

**Adipositas bei Kindern und Jugendlichen deutscher und
türkischer Herkunft und deren ambulante Versorgung in der
Adipositas-Sprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums der
Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow**

vorgelegt von
Dipl. Soz.-Päd., MPH
Petra Rücker
aus Berlin

an der Fakultät VII – Wirtschaft und Management
der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktorin Public Health (Dr. PH)

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzende: Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl
Gutachterin: Prof. Dr. Birgit Babitsch
Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Tag der wissenschaftlichen Disputation: 05.07.2013

Berlin 2013

D 83

*Am Ende wird alles gut.
Wenn es nicht gut wird,
ist es noch nicht das Ende.
(Oskar Wilde)*

Danksagung

Diese Arbeit entstand mit der Hilfe und Unterstützung vieler Menschen, denen ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen möchte.

Zunächst möchte ich mich bei den Jugendlichen bedanken, die bereit waren, in einem Interview Fragen zu beantworten und zu einem wesentlichen Teil dieser Arbeit beizutragen.

Mein besonderer Dank gilt meinen beiden Gutachterinnen: Frau Professorin Dr. Birgit Babitsch, die diese Arbeit auf den Weg gebracht hat und Frau Professorin Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, die insbesondere in den letzten Monaten der Betreuung viel Zeit gewidmet hat.

Ein großes Dankeschön sei dem Team der Adipositas-Sprechstunde gewidmet, insbesondere der Leiterin Frau Dr. Susanna Wiegand. Ebenso war die Unterstützung von Frau Dr. Almut Dannemann von unschätzbbarer Weise.

Dankbar bin besonders meinem Förderer Herrn Professor Dr. Dr. Johannes Meinhardt, der mich viele Jahre meines beruflichen Werdegangs begleitet hat und mir immer Mut gemacht hat, diese Arbeit zu schreiben.

Ohne den wunderbaren Humor von Frau Renate Ganzauer wäre die Auswertung der Interviews niemals so gut von der Hand gegangen. Sie und Frau Dr. Renate Schüssler waren unermüdliche und kritische Korrekturleserinnen, auch dafür bin ich sehr dankbar. Herr Tobias Drossel war bei der Dateneingabe und -aufbereitung unersetzlich, Herr Matthias Neureither war ebenfalls eine große Hilfe.

Frau Dr. Beate Galm sprach mir nicht nur immer wieder Mut zu, sondern war mit ihrem fachlichen Rat unentbehrlich. Ebenso geht mein Dank an Herrn Professor Dr. Norbert Hirschauer, dessen Analysen oft zu neuer Klarheit führten. Er und seine Frau Christa Gunsenheimer waren besonders in Krisenzeiten eine wunderbare Stütze.

Ein ganz besonderer Dank geht an Herrn Sven Pogge, nicht nur sein technisches Know-how war von unschätzbarem Wert. Seine Geduld wurde oftmals auf eine harte Probe gestellt.

Last but not least möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die alle Höhen und Tiefen in den letzten fünf Jahren mit mir durchlebten und -litten und mir dabei immer Mut machten, nicht aufzugeben und diese Arbeit zu beenden.

Eidesstattliche Erklärung

Name: Petra Rücker
Geburtsdatum: 08.02.1966
Geburtsort: Eberbach

Hiermit erkläre ich an Eides statt,

- dass ich die vorgelegte Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe angefertigt und verfasst habe, dass alle Hilfsmittel und sonstigen Hilfen angegeben und dass alle Stellen, die ich wörtlich oder dem Sinne nach aus anderen Veröffentlichungen entnommen habe, kenntlich gemacht worden sind;
- dass die Dissertation in der vorgelegten oder einer ähnlichen Fassung noch nicht zu einem früheren Zeitpunkt an der TU Berlin oder einer anderen in- oder ausländischen Hochschule als Dissertation eingereicht worden ist.

Berlin, 05.12.12

Ort, Datum

Petra Rücker

Unterschrift

Zusammenfassung

Problem- und Fragestellung

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stellen ein ernst zu nehmendes Problem dar. Das Robert-Koch-Institut ermittelte in Deutschland einen Anteil von 8,7% übergewichtigen und 6,3% adipösen Kindern und Jugendlichen. Dabei sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder einem Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht oder Adipositas betroffen (Kurth BM und Schaffrath Rosario A, 2007).

Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, welche Patientinnen und Patienten die Adipositas-Sprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums der Charité - Universitätsmedizin Berlin aufsuchen und wie sich deren Therapieverläufe gestalten. Dabei wird der Fokus auf die Gruppe der deutschen und türkischen Patientinnen und Patienten gelegt und überprüft, ob relevante Zielgruppen erreicht werden.

Methodisches Vorgehen

Die Studienkohorte beinhaltet Daten von 612 Kindern und Jugendlichen mit folgenden Auswahlkriterien: 1. Adipös oder extrem adipös, 2. Deutsch oder türkischer Migrationshintergrund, 3. Erstvorstellung zwischen 2003 und 2008. Häufigkeiten wurden mit dem Chi²-Test verglichen. Einflussfaktoren auf Grad der Adipositas, Therapieerfolg sowie Therapieabbruch mit den unabhängigen Variablen Migrationshintergrund, Geschlecht, Altersgruppen und Bildung der Eltern wurden anhand eines multivariaten logistischen Regressionsmodells gerechnet. Des Weiteren wurden Daten durch Interviews mit acht Jugendlichen erhoben. Diese wurden nach der inhaltsanalytischen Methode von Mayring (2000) ausgewertet. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse wurden trianguliert und anschließend diskutiert.

Ergebnisse

Das höchste Risiko bei Erstvorstellung extrem adipös zu sein, bergen die Faktoren eines türkischen Migrationshintergrundes (OR=1,82), eine niedrige Schulbildung der Eltern (OR=1,81) und das Vorschulalter (OR=0,38). Sind die Kinder und Jugendlichen schon bei der Erstvorstellung extrem adipös, ist das Risiko für einen Therapieabbruch am höchsten (OR=0,56). Insgesamt verbleiben 38,3% in der Therapie. Jungen haben eine fast doppelt so große Chance (OR=1,92) bei der Gewichtsabnahme erfolgreich zu sein wie Mädchen. Bei den unter Sechsjährigen sind die Erfolgsaussichten allerdings am größten. Im Therapieverlauf zeigen sich keine Unterschiede zwischen den deutschen und türkischen Patientinnen und Patienten. Die Betreuung durch die Sprechstunde wirkt auf die Jugendlichen motivierend, gleichzeitig ist die familiäre Unterstützung von enormer Wichtigkeit.

Schlussfolgerungen

Die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin erreicht relevante Zielgruppen. Da die Herkunft eine entscheidende Rolle auf das Ausmaß der Adipositas spielt, muss erforscht werden, welche Schwierigkeiten Familien mit türkischem Migrationshintergrund daran hindern, das Gesundheitssystem früher in Anspruch nehmen. Des Weiteren gilt es zukünftig zu untersuchen, welche Faktoren für die hohe Abbruchrate verantwortlich sind. Kooperationen, insbesondere mit den Jugendämtern, wären hilfreich Eltern in ihrem Erziehungsverhalten zu stärken, damit sie ihre Kinder sowohl in der Prävention, als auch bei der Adipositas-Therapie unterstützen können.

Abstract

Problems and Questions

Overweight and obesity in childhood and adolescence are a serious problem. The Robert-Koch-Institute found 8.7% of all children and adolescents in Germany to be overweight and 6.3% obese. Children from families with a lower social status or with a migration background are at a greater risk of becoming overweight or obese (Kurth BM und Schaffrath Rosario A, 2007).

In view of these facts, this study aims to investigate which patient clientele consults the Obesity Outpatient Clinic of the Center for Social Pediatrics of the Charité – Universitätsmedizin and to examine the treatment results. The study focuses on German as well as Turkish patients and analyzes, whether these relevant target groups are reached.

Methods

A study population of 612 children and adolescents were selected under the following criteria: 1. Obese or extremely obese, 2. German or Turkish origin, 3. First patient contact between 2003 and 2008. Frequencies were compared with the Chi²-Test. The factors for the stage of obesity as well as the success, or the discontinuation of therapeutic treatment were calculated with a multivariate logistic regression model. Variables like migration background, gender, age and educational level of the parents were factored into the calculation. In addition, data from interviews with eight adolescents were evaluated by utilizing the method of content analysis of Mayring (2000). The quantitative and qualitative results were triangulated and discussed.

Results

The highest risk factors for extreme obesity at the first consultation date correlate with a migration background of Turkish origin (OR=1.82), a low educational level of the parents (OR=1.81) and an age under six years (OR=0.38). Being extremely obese at the first consultation date bears the highest risk for discontinuing the therapy (OR=0.56). A total of 38.3% continue their therapy. Boys have a higher success rate than girls: their chance of a significant weight loss is almost twice as high (OR=1.92). Statistically significant is also the age: Children under six years of age have the best chance of a successful therapy. No differences were found between Turkish and German patients during the course of a therapy. The appointments at the clinic have a motivating effect on the patients, but equally important is the support of the patients' families.

Conclusion

The Obesity Clinic of the Charité – Universitätsmedizin Berlin accomplishes its objective in reaching the relevant target groups. Since the ethnic background is an important factor in the measure of obesity, it needs to be determined why families with a Turkish background seem to have greater difficulties in making use of the healthcare system at an earlier time point. Further research needs to be conducted in order to find factors leading to the high drop-out rate from treatment. Cooperations with institutions like the child protective services could encourage parents in their educational efforts to prevent obesity or enhance support of their children during the course of obesity therapy.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	11
1.1	PROBLEMSTELLUNG	11
1.2	ZIELSETZUNG UND VORGEHENSWEISE	14
2	STAND DER FORSCHUNG	16
2.1	ADIPOSITAS	16
2.1.1	Das Gesundheitsproblem Adipositas	16
2.1.2	Soziale Einflussfaktoren	21
2.1.3	Die Versorgung von juveniler Adipositas im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin	33
2.2	SOZIALE DETERMINANTEN DER GESUNDHEITSLAGE UND -VERSORGUNG	37
2.2.1	Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitslage und -versorgung	37
2.2.2	Einfluss von Migration auf die Gesundheitslage und -versorgung	39
2.3	VERSORGUNGSFORSCHUNG	45
2.3.1	Definition und Aufgaben der Versorgungsforschung	45
2.3.2	Systemtheoretisches Modell nach Pfaff	47
2.4	ÜBERTRAGUNG AUF DAS PFAFF'SCHE MODELL ANHAND DER FORSCHUNGSFRAGEN	48
3	DATENGRUNDLAGE UND METHODISCHE VORGEHENSWEISE	50
3.1	DATENGRUNDLAGE	50
3.1.1	Datenschutz	50
3.1.2	Herkunft der Daten	52
3.1.3	Auswahl der quantitativen Daten	53
3.1.4	Die Erhebung der qualitativen Daten	55
3.1.5	Interview-Leitfaden	59
3.2	METHODISCHE VORGEHENSWEISE	62
3.2.1	Übertragung auf das Pfaff'sche Modell anhand der Variablen	62
3.2.2	Triangulation als grundsätzliche Analyseverfahren	64
3.2.3	Operationalisierung der Variablen	66
3.2.4	Statistische Auswertungsverfahren	68
3.2.5	Inhaltsanalyse der Interviews	69
3.2.6	Kategorienbildung	71

4	ERGEBNISSE	74
4.1	EINFLÜSSE UND THERAPIEVERLAUF BEI DER KOHORTE	74
4.1.1	Charakteristika und sozialer Kontext der Kinder aus der Kohorte	74
4.1.2	Versorgung	83
4.1.3	Erfolg bei der Gewichtsabnahme	84
4.1.4	Weitere Aspekte der Betreuung	86
4.2	EINFLÜSSE UND THERAPIEVERLAUF BEI DEN INTERVIEWTEN JUGENDLICHEN	88
4.2.1	Vorgeschichte der Gewichtszunahme	88
4.2.2	Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum	90
4.2.3	Soziales Umfeld der Jugendlichen	97
4.2.4	Leidensdruck / Motivation	100
4.2.5	Zielsetzung der Therapie	109
4.3	KONTRASTIERUNG DER ERGEBNISSE DER QUANTITATIVEN UND QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG	111
4.3.1	Determinanten der Patienten	111
4.3.2	Determinanten des Behandlungsablaufs	113
4.3.3	Determinanten der Versorgungsleistungen der Sprechstunde	115
4.3.4	Determinanten der Versorgungswirkung	116
5	DISKUSSION	118
5.1	DIE PATIENTEN DER ADIPOSITAS-SPRECHSTUNDE IM SPZ	118
5.2	EINFLÜSSE AUF DEN THERAPIEVERLAUF	122
5.3	DAS „OUTPUT“ IM THERAPIEVERLAUF	126
5.4	DER ERFOLG EINER BEHANDLUNG	128
5.5	BEWERTUNG DES FORSCHUNGSMODELLS UND GRENZEN DER UNTERSUCHUNG	130
6	AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN	133
7	LITERATUR	137

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Erziehungsstile nach Baumrind.....	24
Abbildung 2: Systemtheoretisches Modell nach Pfaff	48
Abbildung 3: Anzahl der Erstvorstellungen pro Jahr in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin	54
Abbildung 4: Interview-Leitfaden.....	60
Abbildung 5: Variablen der Studie im Pfaff'schen Modell.....	63
Abbildung 6: Methodische Vorgehensweise bei der Analyse der Hauptdatenquellen	65
Abbildung 7: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring.....	70
Abbildung 8: Schulbildung der Eltern unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds.....	77
Abbildung 9: Mittelwerte des BMI-SDS der Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds und dem Schulabschluss der Eltern	81
Abbildung 10: Jugendamtskontakte der Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin.....	88

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Auswahl und Pseudonyme der Interviewpartner und -partnerinnen nach den Kriterien Bildungsstand der Eltern, Migrationshintergrund und Ergebnis der Gewichtsabnahme	59
Tabelle 2: Kategorien und Subkategorien	72
Tabelle 3: Aufteilung der Altersgruppen unter Berücksichtigung des Geschlechts und des Migrationshintergrunds	75
Tabelle 4: Grad der Adipositas unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen	79
Tabelle 5: Vergleich des Mittelwerts des BMI-SDS nach Migrationshintergrund und Schulbildung der Eltern	82
Tabelle 6: Multiple Regressionsanalyse der extremen Adipositas unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen	82
Tabelle 7: Multiple Regressionsanalyse des Abbruchs unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen	84
Tabelle 8: Multiple Regressionsanalyse des Therapieerfolgs unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen	85

ABKÜRZUNGEN

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
APV	Adipositas-Patienten-Verlaufsbeobachtung
BGH	Bundesgerichtshof
BMI	Body Mass Index
BMI-SDS	Body Mass Index Standard Deviation Score
bzw.	Beziehungsweise
CI	Confidence Interval
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DJI	Deutsches Jugendinstitut e.V.
ebd.	ebenda
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
Hrsg	Herausgeber
HzE	Hilfen zur Erziehung
IOTF	International Obesity Task Force
KgAS	Konsensusgruppe Adipositas-Schulung
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
Mio	Millionen
M-W-U-Test	Mann-Whitney-U-Test
n.s.	nicht signifikant
OR	Odds Ratio
P	p-Wert (probabiliy = Wahrscheinlichkeit)
PASW	Predictive Analysis SoftWare
SD	Standard Deviation
SES	Socioeconomic Status
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
vs.	versus
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stellen insbesondere in den westlichen Industrienationen ein zunehmendes gesundheitliches Problem dar (Wang und Lobstein 2006). Beispielsweise verdoppelte sich der Anteil übergewichtiger Kinder in den USA seit Anfang der 80-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts innerhalb von nur einem Jahrzehnt (Troiano und Flegal 1998). Auch in europäischen Ländern ist der zunehmende Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher alarmierend (Frederiks et al. 2000, Stamatakis et al. 2005). Für Deutschland liegen mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) erstmalig repräsentative Daten vor, die nicht nur einen Anteil von 8,7% übergewichtigen und 6,3% adipösen Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 -17 Jahren belegen, sondern auch, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko haben (Kurth und Schaffrath Rosario 2007).

Starkes Übergewicht auf zu wenig körperliche Aktivität und hochkalorische Ernährung zu reduzieren erscheint aufgrund der Komplexität der Ursachen zu einfach. Durch die multifaktoriellen Ursachen von Übergewicht und Adipositas ist es notwendig, die Behandlung und Therapie nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial auszurichten sowie die Prävention von Übergewicht und Adipositas komplex anzugehen. Es besteht gesundheitspolitischer und gesamtgesellschaftlicher Handlungsbedarf. Die Folgen von Adipositas sind nicht nur im individuellen Leid der Betroffenen zu sehen, sondern es entstehen auch hohe Kosten einerseits durch Therapien, andererseits durch Ausfallzeiten für die Gesellschaft (Kurth 2010). Dies zeigt, welche große Public Health-Relevanz dieses Thema hat (Lobstein et al. 2004, Müller und Kurth 2007).

Vor diesem Hintergrund gibt es viele ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen in Deutschland (Hoffmeister et al. 2011a und b). Die Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin mit ihrem ambulanten Therapieprogramm BABELUGA betreut Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre aus Berlin und dem Umland. „BABELUGA“ bedeutet **B**erliner – **A**dipositas-Therapie-Programm für Kinder, Jugendliche und ihre Familien – **B**ewegung, **B**eratung, **B**egleitung – **E**ssen und

Trinken, Eigeninitiative – Lernen, Lebensqualität – Unterstützung der Familie – Gruppentherapie für Kinder und Eltern – Adipositas-Diagnostik. Das Programm beinhaltet neben ärztlicher, psychologischer ernährungswissenschaftlicher Betreuung auch soziale Beratung und erfolgt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ). Die meisten Patientinnen und Patienten werden mit ihren Familien mit einem individualisierten, multimodalen Therapiekonzept von den unterschiedlichen Professionen des Adipositas-Teams (Kinderärztinnen, Kinderkrankenschwestern, Ernährungstherapeutinnen, Kinder- und Jugendtherapeuten und -therapeutinnen, einer Psychologin und einer Sozialpädagogin) gemeinsam betreut. Das langfristige Ziel jeder Adipositas-Behandlung ist die Stabilisierung eines günstigen Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im Sinne einer Lebensstiländerung mit verbesserten Körperfunktionen und -strukturen und einer verbesserten Aktivität und sozialen Teilhabe. Dabei wird die stetige Verbesserung des adipositasrelevanten Verhaltens in den Bereichen Essen, Ernährung, Bewegung als das Hauptveränderungsziel verstanden (Ernst und Wiegand 2010).

Oftmals sind die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage, die notwendige Motivation für Lebensstiländerungen im Alltag aufzubringen. Besonders die Teilnahme an einem strukturierten Adipositasprogramm ist aufgrund der multiplen Probleme in der Familie wie Arbeitslosigkeit, Trennung der Eltern, Suchterkrankungen, Gewalt etc. nicht möglich. Dies führt oftmals zu hohen Abbruchraten in den Therapieprogrammen. Die Untersuchung von Hoffmeister et al. (2011b) in Deutschland zeigt eine Abbruchrate von 10,5%, wobei sich die Gruppen-Therapiedauer auf 6 Monate belief. Der Loss to follow-up in der Nachbeobachtungsphase war jedoch mit insgesamt 72,3% fehlenden Nachbeobachtungen sehr hoch. Arbeiten aus anderen Ländern belegen hohe Raten, wobei es sich meist um Gruppentherapien handelt: eine Studie aus Österreich mit 61,9% (Denzer et al. 2004), eine aus Frankreich mit 65% bei Gruppen- und 41% bei Individualtherapie (Dufresne et al. 2006), eine Publikation aus Italien mit 77,3% nach einem Jahr (Inelmen et al. 2004) sowie aus den USA mit 93,4% nach einem Jahr (Finley et al. 2006). Unterschiede nach Herkunft wurden in diesen Studien nicht untersucht, lediglich Grønbaek et al. (2009) können von ihrer Studie aus Kopenhagen berichten, dass die Abbruchraten deutlich höher waren bei Familien mit Migrationshintergrund und niedriger Bildung.

Aufgrund der Adipositas und ihrer körperlichen Komorbidität ist für diese Patientinnen und Patienten eine Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm dringend erforderlich, gleichzeitig jedoch ohne ausreichende Motivation nicht anwendbar (Böhler et al. 2004, Wiegand und Ernst 2010). Die Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin bietet auch solchen Familien durch das BABELUGA-Therapieprogramm neben der Motivationsförderung kleinschrittige Lebensstiländerungen zu erreichen. (Ernst und Wiegand 2010).

Im Jahre 2006 lag in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin der Anteil an Familien mit niedrigem Sozialstatus bei über einem Drittel sowie mit Migrationshintergrund bei knapp der Hälfte. Eine besonders große Gruppe in der Sprechstunde stellen die Kinder und Jugendlichen aus türkischen Familien dar, die nicht nur durch eine höhere Ausprägung der Adipositas, sondern auch durch ein größeres Ausmaß der Komorbiditäten hervorstechen (Dannemann et al. 2010, Rücker et al. 2008).

Dem Thema „Migration und Gesundheit“ wurde in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet, dennoch ist der Forschungsstand über die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland immer noch dürftig. So werden trotz zunehmender Anzahl an Studien Migrantinnen und Migranten nicht in die epidemiologische Forschung und Gesundheitsberichterstattung einbezogen (Zeeb und Razum 2006). Des Weiteren werden Aspekte von Geschlecht und Migrationsstatus nicht ausreichend berücksichtigt (Maschewsky-Schneider und Fuchs 2000). Borde (2005) beklagt, dass zwar die soziokulturelle Vielfalt von Kindern und Jugendlichen zunehmend in der Gesundheitsforschung berücksichtigt wird, jedoch die daraus erwachsenden Aufgaben nicht gezielt verfolgt werden.

Vor all diesem Hintergrund fehlt es an Wissen bezüglich der Entstehung von Adipositas im Hinblick auf kulturelle Einflüsse im Vergleich zur sozialen Lage. Auch liegen ungenügend Informationen zu Therapieverläufen und Prädiktoren für Therapieerfolge vor. Diese Arbeit wird nicht alle Wissenslücken schließen können, soll aber einen Beitrag dazu leisten, einige Fragen zu diesem Thema zu beantworten.

1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Das Forschungsvorhaben verfolgt drei Zielsetzungen:

Erstens die Untersuchung, welches Klientel die Adipositas-Sprechstunde des SPZs der Charité - Universitätsmedizin Berlin aufsucht. Es soll erforscht werden, welchen kulturellen Hintergrund und welche soziale Lage die Patienten und ihre Familien haben. Dabei wird der Fokus auf die Gruppe der deutschen und türkischen Patientinnen und Patienten gelegt. Generell geht es um die Frage, ob eine von Adipositas betroffene relevante Zielgruppe erreicht wird.

Zweitens wird der Frage nachgegangen, ob es unterschiedliche Therapieverläufe gibt. Wenn ja, wird untersucht, welchen Einfluss der kulturelle Hintergrund und die soziale Lage haben.

Drittens werden durch den gewonnenen Kenntnisstand bezüglich der Ursachen und des Therapieverlaufs Vorschläge für eine bedarfsgerechte Versorgung entwickelt.

Um diese Ziele zu erreichen, müssen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

Welche Kinder kommen in die Adipositas-Sprechstunde und wie sind ihre familiären Hintergründe? Welche Unterschiede gibt es zwischen Kindern deutscher und türkischer Herkunft bei der Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin? Gibt es Unterschiede im BMI, sozialen Status, in der Vorgeschichte und im Zustandekommen des ersten Termins in der Sprechstunde?

Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim Therapieverlauf? Wird eine der Gruppen häufiger betreut? Gibt es in einer der beiden Gruppen häufiger Therapieabbrüche? Wie gestaltet sich der Verlauf der Betreuung durch die Adipositas-Sprechstunde?

Was beeinflusst den Erfolg einer Behandlung der Adipositas bei deutschen und Kindern türkischer Herkunft? Bestehen Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim Therapieerfolg bzw. Misserfolg? Welche

der beiden Gruppen ist erfolgreicher in der Therapie? Spielen dabei die soziale Schicht und der kulturelle Hintergrund der Familie eine Rolle?

Um diese Fragen beantworten zu können, werden Daten von Kindern und Jugendlichen aus der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin in triangulierter Form dargestellt. Es werden einerseits quantitative Sekundärdaten statistisch, andererseits Primärdaten qualitativ ausgewertet. Die vorliegende Arbeit wird dazu folgendermaßen gegliedert:

Zunächst wird in Kapitel 2 eine Übersicht über den Stand der Forschung dargestellt, in der zunächst Adipositas definiert und die Folgekrankheiten beschrieben werden. Der Zusammenhang mit sozialen Faktoren wird beleuchtet sowie die Versorgung juveniler Adipositas im Sozialpädiatrischen Zentrum an der Charité - Universitätsmedizin Berlin dargestellt. In Kapitel 3 wird die methodische Vorgehensweise der Arbeit beschrieben. Zum einen wurden statistische Berechnungen mit den quantitativen Sekundärdaten, zum anderen qualitative Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 dargestellt. Analog der Fragestellungen dieser Arbeit werden die Ergebnisse in triangulierter Form in Kapitel 5 diskutiert, um in Kapitel 6 entsprechende Empfehlungen in einem Ausblick zu formulieren.

2 Stand der Forschung

2.1 Adipositas

2.1.1 Das Gesundheitsproblem Adipositas

Definition und Prävalenz von Adipositas

Die hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen besonders in niedrigen sozialen Schichten und bei Migrationshintergrund in Deutschland (Kurth und Schaffrath Rosario 2007) ist Anlass für eine breit geführte Diskussion in der Gesellschaft, in der Politik und in der Wissenschaft. In der Literatur werden jedoch die Begriffe nicht immer einheitlich definiert. Im Folgenden werden zunächst Übergewicht und Adipositas voneinander abgegrenzt, des Weiteren wird auf die Bedeutung des sozialen Status und des Migrationshintergrunds als Risiko für Adipositas eingegangen.

Wenn der Körperfettanteil eines Menschen ein als normal definiertes Maß übersteigt, liegt Übergewicht vor. Überschreitet das Übergewicht darüber hinaus ein definiertes Maß, wird es als Adipositas bezeichnet. Übergewicht kann durch verschiedene Messmethoden bestimmt werden. Der Broca-Index, benannt nach Pierre Paul Broca, einem französischen Arzt, Chirurgen und Anthropologen (1824–1880), errechnet das Normalgewicht in kg durch die Größe in cm minus 100 (Flegal, 2010). Der Body Mass Index (BMI) errechnet sich aus dem Verhältnis des Gewichts durch das Quadrat der Körperlänge (kg/m^2). Er wurde von dem belgischen Mathematiker Adolphe Quételet (1796–1874) entwickelt. Die Bezeichnung Body Mass Index für die von Quételet entwickelte Maßzahl entstammt einem 1972 veröffentlichten Artikel von Ancel Keys (Keys et al. 1972). Nachdem längere Zeit der Broca-Index üblich war, hat sich international seit Anfang der 1980-er Jahre der Body-Mass-Index (BMI) zur Messung von Übergewicht durchgesetzt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat für Erwachsene Übergewicht und Adipositas durch feste Grenzwerte definiert. Übergewicht liegt ab einem BMI von 25 vor, ab einem BMI von 30 spricht man von Adipositas (WHO 2006).

Diese fixen Grenzwerte können für Kinder nicht angewandt werden, da die alters- und geschlechtsabhängigen physiologischen Veränderungen dabei nicht berück-

sichtigt sind. Deshalb sollte im Wachstumsalter die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas anhand des altersbezogenen BMI - in Form von populationsspezifischen BMI-Perzentilen für Jungen und Mädchen - erfolgen. Derartige BMI-Perzentile wurden für Kinder und Jugendliche in Deutschland erstellt (Kromeyer-Hauschild et al. 2001) und deren Anwendung zur Feststellung von Übergewicht und Adipositas von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA) empfohlen (AGA 2009). Das 90. alters- und geschlechtsspezifische Perzentil o. g. Referenzdaten für deutsche Kinder und Jugendliche gilt als Grenzwert zur Definition von Übergewicht und das 97. Perzentil als Grenzwert zur Definition von Adipositas. Eine extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn der BMI das 99,5. alters- und geschlechtsspezifische Perzentil überschreitet (Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

Für Stichproben mit einer großen Altersspanne wird der BMI-SDS (BMI-Standard Deviation Score) nach der LMS-Methode (Cole 1990) berechnet. Durch diese Methode lässt sich die Verteilung eines Messwerts (z. B. BMI) bei jeder Kovariante (z.B. Alter) durch drei Parameter charakterisieren: 1. die Box-cox-power-Transformation (L), 2. den Median (M) und 3. den Variationskoeffizienten (S). Durch diese Methode ist es möglich zu sehen, um wie viel die Standardabweichung eines individuellen BMIs ober- oder unterhalb des BMI-Medians der alters- und geschlechtsspezifischen Referenzgruppe liegt. Durch die Berechnung des BMI-SDS wird ein Vergleich der BMI-Werte bzw. der Veränderungen der BMI-Werte von Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Altersstufen möglich. Entsprechend der Festlegung von Grenzwerten für biologische Parameter bei deutschen Kindern und Jugendlichen wurden anhand der statistischen Verteilung der Referenzwerte beim BMI das Überschreiten des 90. Perzentils (ca. 1 Standardabweichung (SD)) als übergewichtig, das Überschreiten des 97. Perzentils (ca. 2 SD) als adipös, und des 99,5 Perzentils (ca. 2,5 SD) als extrem adipös definiert (AGA 2009).

Für internationale Vergleiche bezüglich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas wird die Verwendung der Referenzwerte der International Obesity Task Force (IOTF) empfohlen (Cole et al. 2000), die speziell für diesen Zweck erstellt wurden. Eine generelle Verwendung dieser Referenzwerte für deutsche Kinder wird nicht empfohlen, da diese Referenzwerte auf Daten von 6 nationalen Untersuchungen

bei ethnisch sehr unterschiedlichen Populationen beruhen. Bei der Verwendung der IOTF-Referenzwerte bei deutschen Kindern und Jugendlichen wären aufgrund von Entwicklungsverschiedenheiten vor allem während des Kleinkindesalters und der Pubertätsentwicklung größere Abweichungen zu erwarten (AGA 2009).

Auf o.g. Definition von Übergewicht und Adipositas nach Kromeyer-Hauschild (2001) beruhen die Berechnungen der KIGGS-Ergebnisse (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Danach sind 15% der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig, das entspricht jedem 6. bis 7. Kind bzw. Jugendlichen in Deutschland. Eine Adipositas liegt bei etwa 6,3% vor. Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9% bei den 3- bis 6-Jährigen über 15% bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17% bei den 14- bis 17-Jährigen. Eine Adipositas haben nach KIGGS 2,9% der 3- bis 6-Jährigen, 6,4% der 7- bis 10-Jährigen und 8,5% der 14- bis 17-Jährigen.

Für Berlin liegen Prävalenzen durch die Schuleingangsuntersuchungen vor, auch die Gesundheitsberichterstattung der Berliner Senatsverwaltung verwendet das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild (2001). Die 26.258 Berliner Einschüler und Einschülerinnen waren im Jahre 2008 zu 6,9% übergewichtig und zu 4,5% adipös (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009).

Folgeerkrankungen

Die Adipositas ist bereits im Kindes- und Jugendalter mit einer Vielzahl von Folgeerkrankungen verknüpft. Unterschieden wird zwischen den medizinischen und psychiatrisch / psychologischen Folgeerkrankungen. Die medizinischen Komorbiditäten lassen sich wiederum in zwei Gruppen einteilen. Zum einen Erkrankungen, die bereits im Kindes- und Jugendalter zu Symptomen führen, und Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter meist symptomarm verlaufen, aber vor allem durch Gefäßveränderungen die Mortalität maßgeblich beeinflussen. Diese sind:

- Fettstoffwechselstörungen (Dyslipidämie)
- Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)
- Zuckerstoffwechselstörungen (Glucosetoleranzstörungen, Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ 2).

All diese Erkrankungen führen schon im Kindes- und Jugendalter zu Gefäßwandveränderungen, die dann im Erwachsenenalter zu Herzinfarkt und Schlaganfall, sowie bei Zuckerstoffwechselstörungen auch zu Nerven-, Nieren- und Augenschä-

den führen können. Insbesondere bei der Kombination mehrerer Folgeerkrankungen (metabolisches Syndrom) steigt das Mortalitätsrisiko deutlich an (Dieterle und Landgraf 2006, Reinehr 2005, Wiegand et al. 2004). Das metabolische Syndrom wird als ein Cluster aus Adipositas und o.g. Erkrankungen definiert, wobei mindestens drei Komponenten vorliegen müssen, um die Definition zu erfüllen (Viner et al. 2005).

Das Risiko für Folgeerkrankungen der Adipositas wird kaum von Alter und Geschlecht beeinflusst, sondern wesentlich vom Ausmaß des Übergewichts und von einer genetischen Disposition (Reinehr 2005).

Als weitere mögliche Folgeerkrankungen sind zu benennen:

- Hyperurikämie (Gicht)
- Nicht alkoholische Fettleberkrankheit (NASH)
- Polyzystisches Ovarsyndrom
- Orthopädische Erkrankungen wie Gelenkschäden (Arthrose) und Gelenkfehlstellung (X-Beine, Plattfuß)
- Hautinfektionen
- Proteinurie (erhöhte Eiweißausscheidung)
- Asthmaähnliche Beschwerden v.a. bei Anstrengung
- Schlaf- Apnoe- Syndrom
- Gallensteine: v.a. bei Gewichtsreduktion
- frühzeitige Pubertätsentwicklung bei Mädchen (Pubertas praecox)
- verspätete Pubertätsentwicklung bei Jungen (Pubertas tarda)
- Gynäkomastie bei Jungen, da Fettgewebe Androgene zu Östrogenen umformen kann (Dieterle und Landgraf 2006, Reinehr 2005, Wiegand et al. 2004).

Psychiatrische / psychologische Folgeerkrankungen sind:

- Depressionen
- Angststörungen
- Somatisierungsstörungen
- Essstörungen (Bulimie und binge eating disorder) (Britz 2000).

Roth et al. (2008) stellten in ihrer klinischen Studie fest, dass über ein Drittel übergewichtiger Kinder psychische Störungen aufweist. Dabei waren externalisierende

Störungen wie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen und oppositionelles Verhalten am häufigsten vertreten, gefolgt von Angststörungen.

Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche sind Vorurteilen und Stigmatisierung ausgesetzt: Bereits 1967 zeigte Staffieri in seiner Studie, dass Jungen im Alter von Sechs bis Zehn die Erscheinung eines übergewichtigen Kindes als faul, schmutzig, dumm und sozial eher aggressiv beurteilen. Schon Kindergartenkinder haben ein negatives Bild Adipöser verinnerlicht (Turnbull, Heaslip und McLeod, 2000). Die Folgen von Stigmatisierung haben Lemeshow et al. (2008) untersucht, indem sie Fragebögen von 4446 Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren ausgewertet haben. Sie sollten ihren sozialen Status mit Hilfe eines bildlichen Vergleichs bewerten: An der Spitze einer Leiter stehen die beliebtesten Menschen der Schule, unten stehen diejenigen, mit denen keiner etwas zu tun haben will. Die Mädchen, die sich auf den unteren vier der zehn Stufen platzierten, hatten ein um 69 Prozent erhöhtes Risiko, im Body Mass Index (BMI) um mindestens zwei Punkte zuzulegen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lag ihr BMI bereits um einen Punkt höher als bei anderen Mädchen.

Nicht nur Stigmatisierung, sondern auch Mobbing sind übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche häufiger ausgesetzt, insbesondere Mädchen. Wiegand et al. (2004) beschreiben, dass adipöse Mädchen viermal häufiger von Aggressionen innerhalb von ihrer Gruppe Gleichaltriger betroffen sind im Vergleich zu normalgewichtigen Mädchen, aber auch zu Jungen. Tang-Perónard und Heitmann (2008) vergleichen 17 Studien zum Thema Stigmatisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Geschlechts. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass übergewichtige Mädchen in einem höheren Ausmaß stigmatisiert werden als übergewichtige Jungen. Sie werden stärker gehänselt wegen ihres Gewichts und häufiger sowohl verbal, als auch physisch gemobbt. Zusätzlich werden sie häufiger sozial ausgegrenzt. Van Cleave und Davis (2006) zeigen aus den USA, dass Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen 1,5- bis 2-mal häufiger Opfer von Mobbing werden als Kinder und Jugendliche ohne chronische Erkrankungen. Des Weiteren berichten sie von der Meta-Analyse von Di Matteo (2000), die den Zusammenhang von Mobbing und fehlender Adhärenz aufzeigen (van Cleave und Davis 2006). Die Untersuchung von Storch et al. (2007) zeigt, wie sich die Schikanen von Gleichaltrigen bei übergewichtigen Jugendlichen in man-

gelder Teilnahme an Sportangeboten äußern und sich in der psychosozialen Regulierung widerspiegelt. Die Ergebnisse der europäischen KIDSCREEN-Studie zeigen einen weiteren Aspekt: Kinder und Jugendliche erleben weniger Mobbing in Assoziation mit höherer Bildung der Eltern (von Rueden et al. 2005).

Neben den Effekten beim Mobbing und bei der sozialen Akzeptanz (Ottova et al. 2011) berichten im European KIDSCREEN Survey übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche aus 10 europäischen Ländern von signifikant schlechterem körperlichen Wohlbefinden und dem Selbstbild.

Schwimmer et al. (2003) berichten in ihrer Studie, dass adipöse Kinder und Jugendliche eine ähnlich schlechte Lebensqualität aufweisen wie an Krebs Erkrankte. Warschburger (2011) spricht von einem negativeren Selbstkonzept der adipösen Kinder und Jugendlichen, vor allem mit Blick auf die körperliche Leistungsfähigkeit, die Einschätzung der eigenen Attraktivität sowie die soziale Einbindung und Kompetenz. Auch Ravens-Sieberer et al. (2001) berichten von schlechterer Lebensqualität von adipösen im Vergleich zu anderen chronisch erkrankten Kindern.

Kinder, die sich für eine Behandlung melden, stellen eine hoch belastete Patientengruppe dar, die mehrdimensional behandelt werden sollte. Dabei ist ein Umdenken in der Behandlung übergewichtiger und adipöser Kinder von der prioritären Umstellung von Ess- und Bewegungsverhalten hin zu einer umfassenden Prävention von Chronifizierung und Entstehung komorbider psychischer Störungen und deren Behandlung erforderlich (Roth et al. 2008).

2.1.2 Soziale Einflussfaktoren

Sozialer Status

Der soziale Status gibt Auskunft über die Stellung einer Person im Vergleich zu anderen Personen innerhalb einer Gesellschaft hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Merkmale (Schäfers et al. 2006). Der soziale Status wird entsprechend konkreter Merkmale bestimmt, beispielsweise durch Bildung und Einkommen. Von der deutschen Arbeitsgruppe für Epidemiologie wird zur Erfassung der sozialen Schicht ein Index empfohlen, der sich aus den Kriterien „Schulbildung“, „berufliche Qualifikation“, „berufliche Stellung“ sowie dem „Haushaltsnettoeinkommen“ zu-

sammensetzt (Jöckel et al. 1997). Die Veränderung eines der Merkmale kann den sozialen Status eines Menschen insgesamt nachhaltig beeinflussen. Die Möglichkeit, einen von der Herkunftsfamilie unterschiedlichen sozialen Status einnehmen zu können, wird als vertikale Mobilität einer Gesellschaft bezeichnet (Senger 2011).

Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung sowohl für die berufliche als auch die ökonomische Lebenssituation. Sie prägt den Lebensstil und die sozialen Netzwerke eines jeden Menschen und beeinflusst dessen Handlungsweisen (Babitsch 2005). Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten sollte gerade das Bildungsniveau und insbesondere die Schulbildung mit berücksichtigt werden, da diese als ausschlaggebend für zugrunde liegende Einstellungen und Kompetenzen angesehen werden kann (Lampert und Kroll 2006). Im Vergleich zum Einkommen oder der beruflichen Stellung ist die Schulbildung ein zeitlich stabiles sowie relativ einfach zu erfassendes Kriterium, von daher stellt sie ein geeignetes Maß für den sozialen Status dar (Lange 2009). Insbesondere bei Adipositas im Kindesalter ist die Schulbildung der Eltern stark assoziiert (Lamerz et al. 2005).

Sowohl in nationalen als auch internationalen Studien zum Thema „Adipositas und sozialer Status“ ist letzterer unterschiedlich definiert. In der KIGGS-Studie wird der soziale Status anhand von Angaben beider Eltern zu ihrer Schulbildung, ihrer beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen analog der o.g. Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie ermittelt. Den Familien wurde damit ein hoher, mittlerer oder niedriger Sozialstatus zugeordnet (Lange 2007). Im Ergebnis haben die Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas. Die Prävalenz von Adipositas ist dreifach so hoch wie bei Kindern mit hohem Sozialstatus: In der Altersgruppe der 7 – 10-jährigen lag die Prävalenz bei 9,8% mit niedrigem Sozialstatus versus 3% mit hohem Sozialstatus, in der Gruppe der 11 – 13-jährigen lag sie bei 12% mit niedrigem Sozialstatus versus 3,6% mit hohem und in der Altersgruppe der 14 – 17-jährigen lag sie bei 14 % mit niedrigem und bei 5,2% mit hohem Sozialstatus (Kurth und Schaffrath Rosario 2007).

Die Berliner Schuleingangsuntersuchungen bildeten bislang einen Index zur sozialen Schicht, der aus der Schulbildung und Erwerbstätigkeit beider Eltern gebildet

wird. Auch daraus ergaben sich drei Schichten: untere, mittlere und obere soziale Schicht. Im Jahr 2008 waren 7,6% der Einschülerinnen und Einschüler aus der unteren sozialen Schicht adipös, während 4,2% aus der mittleren und 1,7% aus der hohen sozialen Schicht an Adipositas litten (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009). Im neuesten Bericht zu Sozialstruktur und Kindergesundheit in Berlin (Meinlschmidt 2011) sowie des Berichts zu den Einschulungsuntersuchungen von 2009 (Senatsverwaltung für Gesundheit 2011) wurde in den Index die Kategorie der Berufsausbildung der Eltern aufgenommen. Daraus ergeben sich auch wieder drei Schichten, die den neuen sozialen Statusindex beschreiben. Des Weiteren werden im neuen Faktorenmodell der o.g. Gesundheitsberichte der Senatsverwaltung Berlin (Meinlschmidt 2011, Senatsverwaltung für Gesundheit 2011) weit mehr Informationen zur sozialen Lage einbezogen als in den Schicht- bzw. Statusindex eingehen. So werden neben Schulabschluss der Eltern, Berufsausbildung der Eltern sowie Erwerbsstatus der Eltern auch erstmalig die Familienkonstellation im Haushalt des Kindes („Kind lebt bei“) neben Anzahl der Kinder im Haushalt und Anzahl der Erwachsenen im Haushalt erhoben.

Erziehungsstil

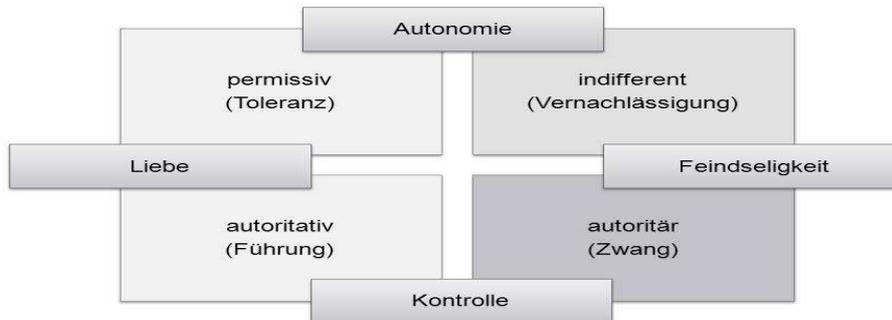
„Unter Erziehungsstil versteht man, dass Eltern sowohl in verschiedenen spezifischen kindbezogenen Situationen als auch zu verschiedenen Zeitpunkten relativ stabil gegenüber ihren Kindern reagieren.“ (Ratzke et al. 2008)

In Anlehnung an Baumrind (Baumrind 1966) wird zwischen vier Erziehungsstilen unterschieden, diese sind in Abbildung 1 dargestellt:

1. Der autoritäre Erziehungsstil, bei dem die elterlichen Vorstellungen unter Einsatz von Machtmitteln durchgesetzt werden.
2. Der autoritative Erziehungsstil, bei dem Verständnis und klare Erwartungen an das Kind gestellt werden. Die Einhaltung von Regeln, die Unterstützung von Selbständigkeit sowie offene Kommunikation sind Bestandteil dieses Erziehungsstils.
3. Der permissive Erziehungsstil, bei dem es zwar eine akzeptierende Haltung gegenüber Wünschen des Kindes gibt, aber auch wenig Regeln und Forderungen, sondern Kontrolle und Bestrafung.

- Der vernachlässigende Erziehungsstil, bei dem minimale Zeit und Aufwand für das Kind betrieben wird.

Abbildung 1: Erziehungsstile nach Baumrind



Quelle: Tippelt (2004, S. 12)

Konsequentes Erziehungsverhalten sowie eine unterstützende Eltern-Kind-Beziehung spielen eine bedeutende Rolle für den Erfolg beim Gewichtsmanagement. Psychosoziale Belastungen der Familie, ein niedriger Bildungsstand und damit häufig verbunden niedriges Haushaltseinkommen sowie ein unsicherer Bindungsstil der Bezugspersonen führen zu einem weniger adäquaten Erziehungsverhalten (Pott et al. 2010). Die AOK-Familienstudie berichtet vom protektiven Einfluss des autoritativen Erziehungsstils und zeigt am Beispiel Fernseh- und Computerkonsum von Kindern, dass Übergewicht 1,5-fach wahrscheinlicher ist, wenn es diesbezüglich keine festen Regeln bzw. Zeitbegrenzung gibt. In der untersuchten Kohorte waren knapp 35% der Kinder ohne tägliche Rituale übergewichtig. Das waren 12% mehr als in Familien mit regelmäßigen Ritualen (Settertobulte, 2010). Untersuchungen von Rhee et al. (2006) wiesen nach, dass ein auf standardisierten Verhaltensbeobachtungen basierender Score „sensitive mütterliche Erziehung“ mit 54 Monaten die Prävalenz von Übergewicht zur Einschulung negativ prädizierte. Hubbs-Tait et al. (2008) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass es bei Eltern einen Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstil und der Art, wie sie ihre Kinder ernähren, gibt: Diejenigen Eltern, die beim Essen streng waren, indem sie beispielsweise bestimmte Nahrungsmittel verboten, waren auch im Erziehungsverhalten

ten autoritär. Umgekehrt zeigten Eltern, die ihre Kinder im Ernährungsverhalten wenig beschränkten, auch einen permissiven Erziehungsstil. Viebahn (2006) konnte mit ihrer Studie Hinweise aufzeigen, dass vernachlässigende Tendenzen der Erziehung, die vielfach durch Verwöhnung und überbehütende Verhaltensweisen ergänzt werden, die Passivität von Kindern und damit das Adipositasrisiko erhöhen.

Migrationshintergrund

Der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes erfasst Menschen mit Migrationshintergrund seit 2005 und definiert sie folgendermaßen: „Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Duschek et al. 2006). Dies bedeutet, dass in Deutschland geborene Deutsche einen Migrationshintergrund haben können. Nach den heutigen ausländerrechtlichen Vorschriften umfasst diese Definition somit üblicherweise Angehörige der 1. bis 3. Migrantengeneration. Danach haben auch die Kinder von bereits in Deutschland geborenen Eltern, die durch Einbürgerung Deutsche wurden, einen Migrationshintergrund. Dadurch wird auch deutschen Kindern der dritten Generation, die weder selbst noch deren Eltern zugewandert sind, ein Migrationshintergrund zugeschrieben.

2009 betrug die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland 16,0 Millionen. Von den insgesamt 81,9 Millionen in Deutschland lebenden Menschen haben 19,6% einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Davon machen Ausländerinnen und Ausländer mit 7,2 Mio. oder 8,8% der Bevölkerung weniger als die Hälfte aller Personen mit Migrationshintergrund aus, die Deutschen mit 8,8 Mio. oder 10,8% der Bevölkerung mehr als die Hälfte. Mit 10,6 Mio. stellen die seit 1950 Zugewanderten – „die Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung“ – zwei Drittel aller Personen mit Migrationshintergrund; unter ihnen sind Ausländerinnen und Ausländer mit 5,6 Mio. gegenüber den Deutschen mit 5,0 Mio. in der Mehrheit.

Die in Deutschland geborenen „Menschen ohne eigene Migrationserfahrung“ haben sich in ihrer Zusammensetzung verändert. Ausländerinnen und Ausländer stel-

len mit 1,6 Mio. weiterhin 2% der Bevölkerung, die Zahl der hier geborenen Deutschen mit Migrationshintergrund hat sich gegenüber 2008 aber auf 3,5 Mio. bzw. 4,2% der Bevölkerung erhöht. Auch diese Personengruppe trägt zur Zunahme der Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland insgesamt bei. Gut 3,0 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund haben ihre Wurzeln in der Türkei (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010).

Die KIGGS-Studie hat die Variable „Migrationshintergrund“ konstruiert, indem das Geburtsland des Kindes und der Eltern sowie die Staatsangehörigkeit der Eltern berücksichtigt werden. Ist keine dieser Informationen vorhanden, wurde die im Haushalt gesprochene Sprache einbezogen. Nach dieser Einteilung beträgt der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund 17,1% (Lange et al. 2007).

Auch die Berliner Schuleingangsuntersuchungen berücksichtigen neben den Passverhältnissen der Kinder die Geburtsländer und Staatsangehörigkeiten der Eltern sowie der in der Familie vorwiegend gesprochenen Sprache. Dabei wird hier der Migrationshintergrund als „Herkunft“ bezeichnet. Danach hatten 33,3% Einschülerinnen und Einschüler im Jahr 2008 einen Migrationshintergrund, die größte Gruppe waren die Kinder mit türkischem Migrationshintergrund mit 11,5% (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009). Im bereits o.g. neuen Faktorenmodell der Berliner Senatsverwaltung werden außer dem Migrationshintergrund der Kinder seit den Einschulungsuntersuchungen 2009 zusätzlich die Anzahl der Jahre, die das Kind in Deutschland lebt (inkl. „seit Geburt“) sowie die Deutschkenntnisse des Kindes bei Kindern nichtdeutscher Herkunft und die Deutschkenntnisse des begleitenden Elternteils miteinbezogen (Meinlschmidt 2011, Senatsverwaltung für Gesundheit 2011).

Kultur und Identität

Das vom lateinischen „colere“ (pflegen, urbar machen) bzw. „cultura“ und „cultus“ (Landbau, Anbau, Bebauung, Pflege und Veredlung von Ackerboden) abgeleitete, also aus der Landwirtschaft stammende Wort „Kultur“ verweist auf einen zentralen Aspekt sämtlicher Kulturbegriffe: Es bezeichnet das "vom Menschen Gemachte" bzw. "gestaltend Hervorgebrachte" – im Gegensatz zu dem, was nicht vom Menschen geschaffen, sondern von Natur aus vorhanden ist (Nünning 2009).

Im weitesten Sinne meint "Kultur" die vom Menschen selbst geschaffene Welt der geistigen Güter, materiellen Kunstprodukte und sozialen Einrichtungen. Dieser weite Begriff der Kultur umfasst die Gesamtheit der vom Menschen selbst hervorgebrachten und im Zuge der Sozialisation erworbenen Voraussetzungen sozialen Handelns, d.h. Arbeits- und Lebensformen, Denk- und Handlungsweisen sowie Wertvorstellungen und Normen. Dass früher oft Kultur als Set von Verhaltensregeln, sozialer Struktur und Mythen dargestellt wurde, berichten Walter und Adam. Heute werden Kulturen als komplex, widersprüchlich, gemischt, multipel, fließend, dynamisch und sich entwickelnd angesehen (Walter und Adam 2008). Soeffner (2001) beschreibt Kultur deshalb als Gestaltungsprozess, in dem eine sich fortentwickelnde Welt mit Inhalten entsteht. Schon 1952 wurden 175 verschiedene Definitionen von "Kultur" (bzw. vom englischen Wort "culture") genannt, und die Zahl hat sich seitdem noch erheblich erhöht (Nünning 2009). Knipper und Bilgin (2009) weisen darauf hin, dass es gerade wegen der vielfältigen Bedeutungen und Vorstellungen wichtig sei, wie der Begriff jeweils verstanden und verwendet werde. Kulturzugehörigkeit nur an geographischer Herkunft, gesprochener Sprache und geteilten Wertvorstellungen festzumachen, sei zu simpel. Sen (2007) warnt vor Denken in Kategorien, er begreift den Menschen als Mitglied einer Vielzahl von Gruppen: „Eine Person kann ganz widerspruchsfrei amerikanische Bürgerin, von karibischer Herkunft, mit afrikanischen Vorfahren, Christin, Liberale, Frau, Vegetarierin, Langstreckenläuferin, Historikerin, Lehrerin, Romanautorin, Feministin, Heterosexuelle, Verfechterin der Rechte von Schwulen und Lesben, Theaterliebhaberin, Umweltschützerin, Tennisfan, Jazzmusikerin und der tiefen Überzeugung sein, dass es im All intelligente Wesen gibt, mit denen man sich ganz dringend verständigen muss (vorzugsweise auf englisch).“ (Sen, 2007, S. 8). Die Vielzahl der Gruppen (Herkunft, Staatsangehörigkeit, Wohnort, Geschlecht, Beruf, soziale Schicht, politische Ansichten, sportliche Interessen, soziale Engagements, etc.) verleiht dem Menschen eine Vielzahl von Identitäten. Keine seiner Identitäten darf als einzige Identität verstanden werden. Insbesondere warnt Sen davor, Kultur auf Religion zu reduzieren, womit er sich auf die von Samuel Huntington 1997 publizierten und häufig diskutierten These des „Kampfes der Kulturen“ bezieht (Sen 2007).

Aicher-Jakob (2010) hat türkische Jugendliche zu ihrer Identität befragt, es gab keine Eigenschaft oder Verhaltensweise, die von allen als typisch „türkisch“ be-

zeichnet wurde. Allerdings konnten auch keine Verhaltensweisen von den Jugendlichen als „typisch deutsche“ bestimmt werden. Es stellt sich also in der vorliegenden Arbeit die Frage, inwieweit sich die türkischen Jugendlichen, die interviewt wurden, sich auch als „türkisch“ identifizieren.

Die Diskussion wird nicht nur um eine angemessene Bedeutung des Kulturbegriffs, sondern auch um die qualitative Bestimmung der jeweiligen Vorsilben „multi“, „trans“ und „inter“ (Demorgon und Kordes 2006) geführt. Der Begriff „multikulturell“, entsprechend der lateinischen Bedeutung von „multus“ – „viel, zahlreich“ bezeichnet für Bolton (2007) eine Lebenswelt, die sich aus Angehörigen mehrerer Kulturen zusammensetzt. Folglich handelt es sich um eine soziale Organisationsstruktur. Im Gegensatz dazu verweist das lateinische „inter“ – „zwischen“ auf einen Prozess, „der sich im Wesentlichen auf die Dynamik des Zusammenlebens von Mitgliedern unterschiedlicher Lebenswelten auf ihre Beziehungen zueinander und ihre Interaktionen untereinander bezieht.“ (Bolton 2007, S. 22) Während bei der Vorstellung der Multikulturalität also von vielen homogenen gleichberechtigten Kulturen in einer Gesellschaft ausgegangen wird, so weist der Begriff der Interkulturalität auf einen Dialog zwischen den Kulturen hin. Dabei beharren diese nach wie vor auf ihrer Einheit (Aicher-Jakob 2010). Das Konzept der Transkulturalität hingegen wurde von Welsch begründet und beschreibt, dass die Begegnung zweier unterschiedlicher oder gar gegensätzlicher Kulturkreise als Konsequenz zu einer Verwischung der Grenzen, möglicherweise auch zu einer Aufhebung der Grenzen führen kann (Welsch 1999). Kultur wird somit nicht länger als Kugel im Herderschen Sinne beschrieben, sondern als moderne Form, die durch traditionelle Grenzen hindurchgeht und dabei Prozesscharakter hat (Aicher-Jakob 2010).

Die Forschung nach Gemeinsamkeiten aller Kulturen erbrachte keine wirklich innovativen Erkenntnisse: In allen Kulturen kümmert man sich u.a. um den zu erziehenden Nachwuchs mit den daraus resultierenden Konflikten. Ferner existieren Konflikte zwischen den Geschlechtern und eine Suche nach Verständnis und Ordnung durch Kommunikation. Es gibt in allen Kulturen Konzepte von Schönheit, eine Moral sowie Erklärungsversuche wie Menschen funktionieren (Walter und Adam 2008).

Kultur hat Einfluss auf Krankheits- und Gesundheitskonzepte. Insbesondere das Gesundheitsverständnis und -verhalten von türkischen Patientinnen und Patienten wird in der Literatur beschrieben: Krankheit wird als „definierte, im Umfeld des Menschen existierende Seinsformen verstanden, die von außen in den Körper eindringen.“(Yildirim-Fahlbusch 2003). Der „böse Blick“ wird beispielsweise für seelische Störungen, körperliche Missempfindungen sowie Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsprobleme verantwortlich gemacht (Razum et al. 2004, Schouler-Ocak 2008, Yildirim-Fahlbusch 2003) und erleichtert den Umgang mit der Krankheit, da den Betroffenen die Verantwortung genommen wird.

Auch über den kulturellen Einfluss auf den Erziehungsstil von Eltern sind Publikationen vorhanden, allerdings gibt es wenige Untersuchungen mit teilweise sehr geringen Fallzahlen. Die Untersuchungen lassen sich schwer miteinander vergleichen, da die Erziehungsstile unterschiedlich definiert wurden. Einen Vergleich zwischen deutschen und türkischen Eltern hat Uslucan (2010) aufgestellt: Hier ist der Erziehungsstil der „aggressiven Strenge“ türkischer Eltern signifikant stärker ausgeprägt. Des Weiteren ist das Unterstützungsverhalten deutscher Eltern tendenziell stärker ausgeprägt als das von türkischen Elternteilen. Außerdem verlangen türkische Eltern von ihren Kindern in deutlich stärkerem Maße ein diszipliniertes Verhalten in der Öffentlichkeit. Hinsichtlich des inkonsistenten Erziehungsstils fällt dagegen auf, dass hier türkische Elternteile höhere Inkonsistenzwerte aufweisen (Uslucan 2010). Uslucan weist jedoch explizit auf die Grenzen solcher Untersuchungen hin, in seiner Studie wird der Bildungsstand der Eltern berücksichtigt, was in den anderen Studien nicht der Fall ist.

Die Untersuchung von Toprak (2004) klassifiziert lediglich Erziehungsstile türkischer Migranten und unterscheidet zwischen dem konservativ-spartanischen Erziehungsstil, dem verständnisvoll - nachsichtigen Erziehungsstil und Erziehung zwischen Tradition und Moderne, wobei er sich vor allem auf Erziehungsziele konzentriert: 1. Den Respekt vor Autoritäten, 2. Erziehung zur Zusammengehörigkeit, 3. Erziehung zur türkischen Identität, 4. Erziehung zur religiösen Identität, 5. Erziehung zur Ehrenhaftigkeit, 6. Erziehung zum Lernen und Leistungsstreben. Auf den ersten Blick erscheinen die Erziehungsziele der türkischen Migranten als traditionell und nicht progressiv. Die wichtigsten Erziehungsziele, die die türkischen Migranten in der zweiten Generation auf ihre Kinder übertragen, sind von zwei

elementaren Motiven gekennzeichnet: der Zusammenhalt der Familie in der „Fremde“ und die persönlichen Erfolge der Kinder. Die Erziehung zur türkischen und religiösen Identität wird dem persönlichen Fortkommen untergeordnet. Es kann nicht von einem homogenen Erziehungsstil gesprochen werden. Autoritäre Erziehungsstile werden von den türkischen Eltern mehr praktiziert als der permissive bzw. nachsichtige Erziehungsstil (Toprak 2004).

Schulbildung der Eltern

Personen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in Deutschland deutlich hinsichtlich der Bildungsbeteiligung von jenen ohne Migrationshintergrund; 14,0% haben keinen allgemeinen Schulabschluss und 42,8% keinen beruflichen Abschluss, (Personen ohne Migrationshintergrund: 1,8% bzw. 19,2%) (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010).

Siegert (2008) unterscheidet zwar nur nach deutschen und ausländischen Schülern, zeigt aber auf, dass ausländische Schülerinnen und Schüler seltener auf Realschulen und Gymnasien gehen als deutsche, dafür aber deutlich häufiger auf Hauptschulen und auf Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen. Insbesondere von türkischen, italienischen, griechischen und serbischen Schülerinnen und Schülern ist eine starke Präsenz an Hauptschulen zu beobachten. Der Anteil derjenigen, die auf ein Gymnasium gehen, bleibt vergleichsweise gering. So besuchen nur 12,2% Türken und 14,8% Türkinnen ein Gymnasium (Siegert 2008).

Exkurs: Kindesvernachlässigung

Kindesvernachlässigung wird als eine Form der Kindeswohlgefährdung betrachtet (Galm et al. 2010). Der Bundesgerichtshof nennt Kriterien, damit von einer Kindeswohlgefährdung gesprochen werden kann (Schmid und Meysen 2006):

- Die Gefährdung muss gegenwärtig sein.
- Die (künftige) Schädigung muss erheblich sein.
- Die Schädigung muss sich mit ziemlicher Sicherheit vorhersehen lassen.

Kindesvernachlässigung im Sinne einer Kindeswohlgefährdung kann verstanden werden als „andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns bzw. Unterlassen der Beauftragung geeigneter Dritter mit einem solchen Handeln durch Eltern oder andere Sorgeberechtigte, das für einen einsichtigen Dritten vor-

hersehbar zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet“ (Kindler 2006).

Nicht nur im Hinblick auf die in Kapitel 2.1.1 beschriebenen Folgeerkrankungen und der sozialanamnestischen Daten und damit Voraussetzungen und Risiken der Patientinnen und Patienten, sondern auch im Hinblick auf die Wichtigkeit der elterlichen Unterstützung muss der Bogen zu Kindesvernachlässigung gespannt werden. Dies ruft nicht nur medizinische und therapeutische Versorgung auf den Plan, sondern auch Fachkräfte der Jugendhilfe.

Galm et al. (2010) unterteilen die Grundbedürfnisse von Kindern in Anlehnung an die Kategorisierung von Alderfer (1972) nach

1. grundlegender Versorgung und Schutz („existence“):
regelmäßige, ausreichende und ausgewogene Ernährung, Körperpflege, den Jahreszeiten angepasste Kleidung, angemessener Wach- und Ruherhythmus
2. sozialer Bindung, gesellschaftlicher Verbundenheit („relatedness“):
beständige und liebevolle Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, soziale Kontakte, kulturelle Identität
3. Wachstum: kognitive, emotionale, moralische und soziale Anregung und Orientierung („growth“):
Spiel, Wissen, Anerkennung, Wertschätzung, Ermutigung, anregungsreiche Umwelt, angemessene Erfahrungsmöglichkeiten, klare und erfüllbare Regeln und Grenzen, die Orientierung geben (Galm et al. 2010, S. 31-38).

Diese kindlichen Grundbedürfnisse stehen miteinander in Zusammenhang, werden sie nicht ausreichend erfüllt, kann auch keine gute Entwicklung eines Kindes gewährleistet werden. Derzeit gibt es in Deutschland keine aussagekräftige Datenlage zu Kindesvernachlässigung, geschweige denn Studien über Zusammenhänge zwischen Vernachlässigung und Adipositas. Internationale Studienergebnisse geben Hinweise darauf, dass Zeiten der Fehlernährung in der Kindheit dauerhafte Veränderungen im Stoffwechsel bedingen, die bei einer später üppigeren Ernährung Stoffwechselerkrankungen und Adipositas begünstigen (O’Brien et al. 1999). Lissau und Sørensen zeigten in ihrer Studie 1997, dass vernachlässigte Kinder ein 9,8-mal höheres Risiko tragen, im jungen Erwachsenenalter adipös zu werden.

Kelly et al. (2007) fanden in ihrer Befragung heraus, dass Vernachlässigung im Kindesalter ein erhöhtes Risiko für die Essstörungen Binge Eating Disorder (BED) und Night Eating Syndrome (NES) im Erwachsenenalter hat.

Die Förderung junger Menschen in ihrer Entwicklung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten ist oberster Auftrag der Jugendhilfe. Die Aufgaben der Jugendhilfe sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) geregelt. Danach muss jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt ein Jugendamt einrichten (§ 69 Abs. 3). Zu den Leistungen der Jugendämter gehören die Hilfen zur Erziehung (HzE), die das Jugendamt auf Antrag der Sorgeberechtigten gewährt, sofern die Hilfen geeignet und notwendig sind (BMFSFJ 2000). Diese werden installiert, wenn „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Sie können infolge einer Kindeswohlgefährdung oder unterhalb der Grenze zur Kindeswohlgefährdung in Anspruch genommen werden, in letzterem Fall selbstverständlich auf völlig freiwilliger Basis.

Die Hauptgründe für die Annahme einer Hilfe zur Erziehung waren in Deutschland im Jahr 2009 eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern sowie unzureichende Förderung, Betreuung oder Versorgung des Kindes in der Familie (Statistisches Bundesamt Deutschland 2011). Als Gründe wird eine Überforderung von Eltern gesehen (Kolvenbach 2008). Sie äußert sich in fehlenden sozialen Bindungen, fehlenden Alltagsstrukturen mit verbindlichen Regeln sowie mangelnden Rahmenbedingungen und Vorgaben für die Kinder. Dies bedarf familienunterstützender Hilfen, die die Familien begleiten.

Diese Hilfen sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz beschrieben (§§ 28 bis 35 SGB VIII), ihre Rechtsgrundlage beruht auf § 27 SGB VIII. Sie reichen von Erziehungsberatung über ambulant eingesetzte Sozialpädagogische Familienhilfe bis hin zur Heimerziehung. Rund 509.000 Kinder und Jugendliche haben im Jahr 2009 erzieherische Hilfen durch das Jugendamt erhalten (Statistisches Bundesamt Deutschland 2011). Die Zahlen sind steigend, 1991 erhielten lediglich 1,38% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe, 2006 war der Anteil auf 2,8% gestiegen. Diese Entwicklung ist auch in der Adiposi-

tas-Sprechstunde zu beobachten: Es kommen zunehmend Familien, die bereits Hilfen zur Erziehung (HzE) durch das Jugendamt erhalten.

2.1.3 Die Versorgung von juveniler Adipositas im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin

Seit 1989 sind die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) im Sozialgesetzbuch V (SGB V) als medizinische Versorgungseinheit verankert. Sie sind spezialisierte, sozialpädiatrische Einrichtungen mit einem überregionalen Versorgungsauftrag. Nach § 119 Abs. 1 SGB V werden Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, vom Zulassungsausschuss (der nach § 96 SGB V die Teilnahme an der ärztlichen Versorgung regelt) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren ermächtigt. Die Arbeit eines SPZs richtet sich auf diejenigen Kinder aus, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht ausreichend von niedergelassenen Ärzten, sonstigen Therapeuten und den Frühförderstellen behandelt werden können. Die gesetzliche Grundlage dafür liefert §119 Abs. 2 SGB V (Borusiak 2008, Heinen und Schröder 20,12). Die Familienangehörigen werden in die Behandlung und Therapie immer mit einbezogen, und betroffene Kinder werden gegebenenfalls über die gesamte Kindheit bis ins Jugendalter betreut. Ziele der Behandlungsmaßnahmen in einem SPZ sind Heilung, Linderung und Vorbeugung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen, Behinderungen und deren Komplikationen sowie Verbesserung der Lebensqualität und Stärkung des Selbstwertgefühls, der Selbstbestimmung und der psychischen Adaptation von Kind / Jugendlichen und Familie. Interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team bietet besondere Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen und der Komplexität des Einzelfalles gerecht zu werden (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2002).

Gegenwärtig sind in Berlin fünf sozialpädiatrische Zentren an Kliniken zur speziellen Behandlung und Betreuung behinderter, chronisch kranker und / oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher ermächtigt. Diese krankenhausassoziierte sozialpädiatrische Zentren nehmen hauptsächlich überregionale Versorgungsaufgaben mit hohem Spezialisierungsgrad wahr. Die Grundlagen und Ziel-

vorgaben für die Arbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum wurden im so genannten "Altöttinger Papier" als Beitrag zur Qualitätssicherung im März 2000 in Hannover auf einer Vollversammlung der Sozialpädiatrischen Zentren Deutschlands beschlossen. Die Präambel definiert die Tätigkeit Sozialpädiatrischer Zentren:

"Die Sozialpädiatrischen Zentren sind nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung. Sie sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext mit dem sozialen Umfeld, einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen. Zum Behandlungsspektrum gehören insbesondere Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, drohende und manifeste Behinderungen sowie Verhaltens- und seelische Störungen jeglicher Ursache bedingen." (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2002, S.2)

Die Adipositas-Sprechstunde ist Teil eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) für chronisch kranke Kinder im Centrum 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik der Charité – Universitätsmedizin Berlin und somit eines der fünf krankenhausassoziierten SPZs der Stadt. In die Sprechstunde kommen Kinder und Jugendliche aus Berlin und dem Großraum um Berlin. Die Zuweisung erfolgt über den behandelnden Kinderarzt in das Sozialpädiatrische Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Die bedeutet, dass eine Versorgung gewährleistet werden muss, da das SPZ der Charité – Universitätsmedizin Berlin Teil der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin darstellt.

Eine reguläre Adipositas-Sprechstunde im SPZ der Charité - Universitätsmedizin Berlin besteht seit 2001. Vorher wurden adipöse Kinder und Jugendliche von einzelnen engagierten Kinderärzten in der Allgemeinen Poliklinik behandelt. Als 1999 die Konsensusgruppe Adipositas-Schulung (KgAS) von Mitgliedern der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) gegründet wurde und aus dieser Arbeitsgruppe das Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“ als Rahmenkonzept für die Adipositas-schulung entwickelt wurde, entstand auch im SPZ der Charité – Universitätsmedizin Berlin Bedarf an einem multiprofessionellen Team. Dieses besteht derzeit aus Kinderkrankenschwestern, Kinderärztinnen und -ärzten, Oecothrophologinnen, Kinder- und Jugendtherapeutinnen und -therapeuten sowie einer Sozialpädagogin. Da die Adipositas-Sprechstunde Teil des SPZs ist, besteht ein Versorgungsauf-

trag, was bedeutet, dass alle krankenversicherten Patientinnen und Patienten, die eine gültige Überweisung haben, einen Termin erhalten, wenn sie dies wünschen. Ohne Vorauswahl erhält jede Familie ein Behandlungs- und Therapieangebot.

Nicht deutschsprachige Familien müssen grundsätzlich selbst für einen Dolmetscher sorgen. Es liegt in ihrer Verantwortung, eine Begleitperson mit ausreichenden Deutschkenntnissen zu stellen. Nur bei medizinisch oder rechtlich relevanten Fragen, die bspw. Kinderschutz betreffen, wird vom SPZ ein Dolmetscher bestellt. Sprachkompetenzen liegen auf Seite der Mitarbeiter lediglich in Englisch vor, es sind keine Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in der Adipositas-Sprechstunde beschäftigt.

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas hat Leitlinien für die Betreuung adipöser Kinder und Jugendlicher aufgestellt (AGA 2009). Analog dieser Leitlinien wird allen Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Therapie empfohlen, an einem Sportprogramm teilzunehmen. Für diesen Bereich kann die Adipositas-Sprechstunde kein therapeutisches Angebot machen. Deshalb wird auf Anbieter verwiesen, die entsprechende Sportangebote haben. Ein großes Problem dabei ist bei den einkommensschwachen Familien die Finanzierung. Krankenkassen übernehmen erst die Kosten für Rehabilitationssport, wenn Komorbiditäten als gesicherte Diagnose bestehen. Das Sportangebot wiederum muss bei den Krankenkassen als Rehabilitationssport anerkannt sein. Diese Anerkennung ist nur mit hohem bürokratischem Aufwand durchzusetzen, was kleinen Trägern und Vereinen oft nicht möglich ist. Gleiches gilt für Präventionsmaßnahmen nach § 20 Abs. 1, SGB V (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008). Eltern, die nach dem SGB II leistungsberechtigt sind, also Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Sozialhilfe, den Kinderzuschlag oder Wohngeld beziehen, haben seit April 2011 die Möglichkeit, über das sogenannte „Bildungspaket“ der Bundesregierung einen Zuschuss zur Finanzierung für einen Sportverein ihrer Kinder zu erhalten (Bundesamt für Arbeit und Soziales 2011). Über die Umsetzung des Bildungspaketes kann derzeit noch nicht viel gesagt werden.

Die wichtigste Frage in der Adipositas-Betreuung lautet "Wer braucht was?" (Ernst und Wiegand 2010), da die Familien und deren adipöse Kinder oder Jugendliche mit unterschiedlichen Erfahrungen, Problemen und Erwartungen in die Sprech-

stunde kommen. Ein mit einem Baukastensystem vergleichbares Beratungskonzept ermöglicht es, den Familien eine auf sie zugeschnittene Betreuung zukommen zu lassen, indem nach einer ausführlichen Diagnostik und Problemanalyse ein kleinschrittiger Behandlungspfad mit den unterschiedlichen Berufsgruppen erarbeitet wird.

Welche Professionen in welchem Ausmaß an der Therapie der Kinder und Jugendlichen und deren Familien beteiligt sind, ist der Arbeit von Pöche-Guckelberger (2010) zu entnehmen. Die Daten ihrer Arbeit sind dem quantitativen Datensatz der vorliegenden Arbeit entnommen. Sie fand heraus, dass die Berufsgruppe der Krankenschwestern die häufigsten Patientenkontakte hat, gefolgt von den Kinderärztinnen und -ärzten sowie den Ernährungstherapeutinnen. Sie fügte dem Datensatz die Variable eines Risikoprofils hinzu und kam zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Kontakte durch Ärztinnen und Ernährungstherapeutinnen mit steigendem Risikoprofil abnimmt. Im Gegenzug nimmt die Anzahl der Kontakte mit Psychologinnen und Psychologen sowie mit der Sozialpädagogin zu.

Die Adipositas-Sprechstunde des SPZs ist darum bemüht, Fachkräfte der Jugendhilfe für diese Zusammenhänge zu sensibilisieren. Die Familien wiederum werden dazu ermutigt, sich Unterstützung bei den Jugendämtern zu holen, wenn in der Adipositas-Sprechstunde der Eindruck entsteht, dass „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Dann haben Eltern einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung - auch unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung.

Die Behandlung und Betreuung entspricht im SPZ der bereits o.g. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas (AGA 2009). Darüber hinaus wurde 1999 ein EDV-basiertes Dokumentationsprogramm für Patienten mit Adipositas entwickelt. Damit können multizentrisch erhobene Verlaufsdaten anonymisiert unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet werden. Derzeit nehmen 107 auf pädiatrische Adipositas spezialisierte Zentren an diesem Programm teil, so dass Daten von mehr als 21.000 Patienten verfügbar sind (Reinehr et al. 2009). Die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin nimmt im Rahmen einer Qualitätskontrolle und -zertifizierung an der Adipositas-Patienten-

Verlaufsdokumentation (APV) teil und übermittelt regelmäßig die Daten der Sprechstunde in anonymisierter Form. Die Daten werden aus den Patientenakten in APV eingegeben.

Eine systematische Datenerfassung im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin besteht seit 2001. In den Jahren 1996 bis 2001 wurden adipöse Kinder nur im Rahmen der allgemeinen pädiatrischen Sprechstunde gesehen, weitere Daten wurden jedoch erst im Jahr 2001 nacherfasst. Seit 2003 werden die Daten regelmäßig an APV übermittelt. Somit etablierte sich die Adipositas-Sprechstunde als Versorgungseinheit, in der zwar die Daten der behandelten Kinder und Jugendlichen in einer Datenbank erfasst werden, jedoch ursprünglich nicht zu Forschungszwecken.

Die zentrale APV-Datenbank lässt zu, dass deutschlandweite Versorgungstudien durchgeführt werden konnten (Reinehr et al. 2009, Hoffmeister et al. 2011a und b). Dabei stellten Hoffmeister et al. (2011a) in ihrer Beobachtungsstudie zur Evaluation der Adipositas-therapie bei Kindern und Jugendlichen (EvaKuJ-Studie) fest, dass bislang nur einzelne Therapieprogramme evaluiert wurden, longitudinale Daten bzw. Ergebnisse liegen in Deutschland kaum vor. Diese Lücke konnte die EvaKuJ-Studie schließen und fand heraus, dass AGA-zertifizierte Behandlungszentren mehr Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund betreuen als nicht zertifizierte Zentren. Des Weiteren ist der durchschnittliche BMI-SDS höher bei Therapiebeginn (Hoffmeister et al. 2011b). Wie sich die Betreuung und Behandlung im Detail in den einzelnen Zentren gestaltet, ist bislang nicht beschrieben worden.

2.2 Soziale Determinanten der Gesundheitslage und -versorgung

2.2.1 Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheitslage und -versorgung

Der Begriff der sozialen Ungleichheit sollte anhand von „vertikalen“ und "horizontalen“ Kriterien beschrieben werden. Merkmale vertikaler sozialer Ungleichheit sind die Bildung, der Beruf und das Einkommen und bestimmen den sozialen Status einer Person. Die horizontale soziale Ungleichheit wird durch Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc. gekennzeichnet (Mielck 2005). Eine einheitliche Definition sowohl der vertikalen als auch der horizontalen Merkmale

existiert nicht, was zur Folge hat, dass oftmals wesentliche Determinanten sozialer Ungleichheit sowie unterschiedliche Konstellationen von Lebenslagen nur unzureichend erfasst werden (Babitsch 2005). In der vorliegenden Studie wurde die Bildung der Eltern als vertikales Merkmal und der Migrationshintergrund als horizontales Merkmal einbezogen.

Zahlreiche Arbeiten belegen den schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit niedrigem sozialen Status (niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und/oder niedrigem Einkommen) sowie deren höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten (Lampert und Ziese 2005, Mielck 2008). Diese gesundheitliche Ungleichheit wird mit zwei Hypothesen begründet: 1. der soziale Status beeinflusst den Gesundheitszustand, 2. der Gesundheitszustand beeinflusst den sozialen Status (Babitsch 2005, Mielck 2008).

Zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit werden vor allem folgende Punkte gefordert: Verringerung der Unterschiede bei Ausbildung, beruflichem Status und Nettoeinkommen; Verbesserung der Gesundheitschancen von statusniedrigen Personen durch Verbesserung der gesundheitsfördernden Umweltbedingungen sowie Verringerung ihrer Exposition gegenüber gesundheitsgefährdender Umweltbedingungen; Verbesserung der präventiven und kurativen gesundheitlichen Versorgung sowie Verbesserung der finanziellen Absicherung bei Krankheit (Mielck 2008). Da die meisten dieser Punkte jedoch nur langfristig durch grundlegende strukturelle und oftmals kostenintensive Veränderungen zu erreichen sind, konzentrieren sich die meisten Ansätze auf die Verbesserung der Gesundheitschancen von statusniedrigen Personen. Bei diesem Ansatzpunkt werden oft auf das Gesundheitsverhalten und die Eigenverantwortung hingewiesen, ohne die komplexen Lebensumstände der betroffenen Personen zu berücksichtigen. Mielck (2008) spricht von der Gefahr, dass dem „Opfer die Schuld zugewiesen wird“ (S. 22).

Insbesondere beim Thema Adipositas werden die vielschichtigen Ursachen für das Gesundheitsverhalten nicht berücksichtigt. Bildung ist ein wesentlicher Risikofaktor für Adipositas, diverse repräsentative Studien weisen entsprechende Ergebnisse auf (Dijkshoorn et al. 2008 Kirchengast und Schober 2006, Kurth und Schaffrath Rosario 2007, Meinlschmidt 2011, Senatsverwaltung für Gesundheit 2011).

Die 16. Shell Studie berichtet von schichtbezogener Problembewältigung: Je niedriger die Schichtzugehörigkeit der Jugendlichen ist, desto ungünstiger stellt sich das Verhältnis zu den Eltern dar. 15% der Jugendlichen aus der Unterschicht können oder wollen nicht auf die Unterstützung ihrer Eltern bei ernsthaften Problemen zurückgreifen. Die sozialen Unterstützungsverhältnisse sind in der Oberschicht deutlich in Richtung Eltern verschoben (Gensicke 2010). Epstein et al. zeigten bereits 1994 in ihrer Studie die besseren Resultate bei adipösen Kindern, die Unterstützung durch ihre Familie erfahren haben. Wiederum geht eine höhere psychosoziale Belastung der Kinder mit einem geringeren Therapieerfolg sowie einer geringeren Behandlungssadhärenz einher (Warschburger 2011).

Rücksicht auf das Bildungsniveau der Patienten und deren Familien wird bei den Behandlungsprogrammen nicht immer genommen. Die Arbeit von Schwidergall (2009) zum Thema therapeutische Versorgung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen in Berlin zeigt, dass die breite Masse der Betroffenen nicht effektiv erreicht wird und Risikogruppen nicht zielgruppenspezifisch angesprochen werde. Niederschwellige, aufsuchende Angebote gibt es bislang kaum. Die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin hat bereits ein kleines Projekt solcher Art durchgeführt, indem es Jugendliche zu Sportangeboten begleitet hat (von Dietman 2007). An der Universität Göttingen wurde das Projekt „Mein Coach“ durchgeführt mit dem Ziel, eine Sportart für die Kinder zu finden. Sportstudenten begleiteten Kinder aus der dortigen Adipositas-Sprechstunde ein Semester lang in der Freizeit (Beninga 2011).

In Kombination mit Migration bildet sich ein doppeltes Risiko (Rücker 2010). Aufgrund der immensen Komplexität können Untersuchungen dazu jedoch nur Teilbereiche beleuchten, während sich die Betroffenen mit Forderungen von der breiten Öffentlichkeit konfrontiert sehen, die durch ihre Lebensumstände nur schwer umsetzbar sind.

2.2.2 Einfluss von Migration auf die Gesundheitslage und -versorgung

Die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist unzureichend untersucht, die Studien beschränken sich auf einzelne Aspekte der Gesundheit. Deutlich wird in den meisten deutschen Studien, dass die gesundheitliche Lage von Migrantinnen und Migranten schlechter ist als die der Bevölkerung

deutscher Herkunft. So zeigte der Vergleich verschiedener Hauptdiagnosen der Medizinischen Poliklinik Gießen 1991, dass bei den türkischen Patientinnen und Patienten gegenüber den deutschen Patientinnen und Patienten gastrointestinale Erkrankungen und die Herz-Kreislauf-Erkrankungen überwiegen, während die Häufigkeit von Stoffwechselerkrankungen und Hypertonie bei beiden Gruppen fast gleich waren (Bilgin 2003).

Ebenfalls ist der Forschungsstand über die Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland dürftig. Die bislang vorliegenden Studien beziehen sich nahezu alle auf Erwachsene und auf spezielle Bereiche der Gesundheitsversorgung.

Wagner und Marreel (1998) untersuchten die ambulante gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Berlin-Kreuzberg. Die befragten niedergelassenen Ärzte und kamen zu dem Schluss, dass es zu Defiziten im Bereich der Diagnostik, der Behandlung und Versorgung der Migrantinnen und Migranten kommt und zwar hauptsächlich aufgrund von Sprachproblemen. Eine schlechte Versorgung wird vielfach mit Sprach- und Kommunikationsproblemen aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse erklärt, aber auch mit Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Leistungsspektrum (Babitsch et al. 2008, Brucks und Wahl 2003, Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors 2008).

David und Palachy (2005) verglichen Perinataldaten von Einlingsgeburten im Berliner Virchow-Klinikum. Die Untersuchung konnte zeigen, dass sowohl bei kindlicher perinataler, als auch mütterlicher Mortalität sowie bei Frühgeburtlichkeit keine statistischen Unterschiede mehr zwischen deutschen und türkischen Frauen nachweisbar sind. Dennoch unterscheiden sich die Geburten von deutschen Frauen signifikant von denen von Migrantinnen: Sie haben häufiger geplante Kaiserschnitte, eine geringere Rate an Dammschnitten sowie eine geringere Anämierate. Eine Studie zur psychosomatischen Behandlung von Migrantinnen und Migranten zeigt, dass bei türkischen Patientinnen und Patienten vor der Aufnahme in eine psychosomatische Klinik bereits seit etwa sieben Jahren eine Schmerzsymptomatik bestand (Strate und Koch 2000). Brucks und Wahl (2003) stellten eine Über- bzw. Fehlversorgung von Medikamenten bei Migrantinnen und Migranten fest,

größtenteils im psychiatrischen bzw. psychosomatischen Bereich. Die Fehlversorgung bezieht sich auf nicht indizierte, die Überversorgung auf zu hoch dosierte Medikamente.

Die Versorgung von Migrantinnen und Migranten ist nicht nur unzureichend untersucht, sie weist auch in den bisher vorliegenden Ergebnissen sowohl Unter-, als auch Über- und Fehlversorgung auf. Nicht nur in der klinischen, sondern auch in der ambulanten Versorgung zeigen sich diese Phänomene.

Mielck (2003) benennt in Anlehnung an die vom europäischen Regionalbüro der WHO als „vulnerable groups“ identifizierten Gruppen die Bevölkerungsgruppen, bei denen die sozialen und gesundheitlichen Belastungen besonders groß sind. Dies sind unter anderem Personen mit niedriger Bildung, niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, Wohnorten in einem sozialen Brennpunkt sowie Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, kinderreiche Familien, Migrantinnen und Migranten (inkl. Aussiedlern), Asylbewerberinnen und „Illegale“. Wie Mielck sprechen auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Babitsch (2005) und Bunge (2004) von vertikalen Merkmalen (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) und horizontalen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität bzw. Migrationshintergrund), die Einfluss auf die soziale und gesundheitliche Belastung haben.

Die Prävalenzen von Adipositas bei Migrantinnen und Migranten, insbesondere mit türkischem Migrationshintergrund, bestätigen dies. In der KiGGS-Studie sind Mädchen und Jungen aus der Türkei am häufigsten von Übergewicht und Adipositas betroffen (RKI 2008). Die Berliner Kita-Studie von Bau et al. (2003) zeigt, dass die Prävalenz von Adipositas bei türkischstämmigen 5 - 7-jährigen doppelt so hoch ist wie bei deutschen Kindern. Erb und Winkler (2004) kommen in ihrer Auswertung der U9-Vorsorgeuntersuchung Stuttgarter Vorschüler zu einem Adipositas-Anteil von 5,0% der türkischen Mädchen und 5,5% der türkischen Jungen. Dagegen waren nur 2,3% der deutschen Mädchen und 2,2% der deutschen Jungen von Adipositas betroffen. Auch in anderen europäischen Ländern ist zu beobachten, dass Kinder mit türkischem Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Die Studie von Kirchengast und Schober (2006) bei 15-jährigen Jugendlichen an österreichischen Pflichtschulen zeigt,

dass die türkischen Jungen zwar weniger häufig von Adipositas betroffen sind (9,4%) als die österreichischen Jungen (10,7%), dafür aber weit häufiger übergewichtig sind (14,3% vs. 12,1%). Die Adipositasrate der türkischen Mädchen übertrifft alle anderen Subgruppen deutlich: 16,8% sind davon betroffen, während nur 12,9% der österreichischen Mädchen adipös sind. Ebenso zeigt die niederländische Studie von Brussaard et al. (2001), dass der durchschnittliche BMI bei türkischen und marokkanischen Kindern höher ist als bei den niederländischen Kindern. Nach dieser Studie sind 16% der türkischen und marokkanischen Kinder zwischen 4 und 15 Jahren adipös. Bei den niederländischen Kindern sind es 8%.

Studien zeigen, dass türkische Kinder und Jugendliche nicht nur den höchsten BMI-SDS aufweisen, sondern auch, dass sie am stärksten durch Folgekrankheiten belastet sind. (Dannemann et al. 2010, Rücker 2008, van Vliet et al. 2009). Sie sind häufiger am metabolischen Syndrom erkrankt. Ein Zusammenhang zwischen Immigration und kardiovaskulären Erkrankungen ist belegt (Lear et al. 2009), es werden als mögliche Ursache gestörte Gen-Umwelt-Interaktionen diskutiert (Soriguer 2006) sowie eine MC-4 Rezeptor Mutation, die eine frühe Entstehung von Adipositas auslösen kann (Farooqi 2008). Aber auch Lebensstilunterschiede werden erwogen (Dannemann et al. 2011). Eine Befragung des Projekts „Multikulturelles Kinderleben“ des DJI ergab, dass zwar ein Drittel der nichtdeutschen Jungen, aber nur jedes siebte nichtdeutsche Mädchen sich sportlich engagiert (Multikulturelles Kinderleben 2000). Auch die 13. Shell Jugendstudie vergleicht Freizeitaktivitäten Jugendlicher mit und ohne Migrationshintergrund (Fritzsche 2000). 15% der deutschen Jungen und 24 % der deutschen Mädchen treiben gar keinen Sport im Gegensatz zu 15% der Jungen und 47 % der Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund.

Der Sechste Familienbericht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend thematisiert das Fütterverhalten von türkischen Müttern. Je höher deren Bildungsabschluss ist, desto regelmäßiger füttern sie ihre Kleinkinder und desto höher ist die Einhaltung der Anweisungen über Ernährung der Kinderärzte (Bade et al. 2000). Studien aus Schweden und den Niederlanden berichten ebenfalls, dass türkische Frauen und Mütter Aufklärung benötigen (Brussaard et al. 2001, Kocturk und Mjones 1986, Ujcic-Voortman et al. 2011).

Ernährungs- und Verzehrgeohnheiten sind oftmals Ausdruck einer kulturellen Identität. Studien aus den USA belegen, dass der Konsum von traditioneller Ernährung bei einigen ethnischen Gruppen, beispielsweise der Asiaten, das Adipositasrisiko vermindert, während er bei anderen ethnischen Gruppen (Afroamerikaner, Hispanics) das Risiko erhöht (Caprio et al. 2008). Die türkische Küche per se gilt als gesund, da Gemüse ein wichtiger Bestandteil ist. Jedoch die Kombination der traditionellen türkischen Küche mit zuckerhaltigen Limonaden, Süßigkeiten und Snacks erhöht das Risiko für Übergewicht und Adipositas und wurde in der Berliner Kita-Studie beschrieben (Bau et al. 2003).

Kulturelle Einflüsse auf Gesundheits- und Krankheitskonzepte und somit auf Probleme der Versorgung sind viel diskutiert. So fragen Eshiett und Parry (2003), warum der Patient die eigenen Überzeugungen gegen die des Arztes eintauschen soll, wenn er beispielsweise der Ansicht ist, dass Übergewicht ein Zeichen guter Gesundheit und ein Beleg guter Lebensführung ist. Publikationen aus dem Gesundheitswesen sprechen vielfach von Kultur, es ist von „kulturellen Auffassungen“ (Yildirim-Fahlbusch 2003), „ethnisch-kultureller Vielfalt“ (Knipper 2010) oder „kulturspezifischen Einflüssen“ (Schouler-Ocak et al. 2008) die Rede. Dabei wird der Kulturbegriff nicht immer genau definiert, muss aber eintreten für Erklärungsnot bei mangelnder Compliance, risikoreichen Lebensweisen und gesundheitsschädigendem Fehlverhalten. Differenzierte Studien zu diesem Thema gibt es kaum. Wenige Aufsätze weisen jedoch dezidiert daraufhin, dass es *den* Migranten nicht gibt und die Gruppe der Migranten sehr heterogen ist (Knipper 2010; Razum et al. 2004). Ipsiroglu und Bode (2005) äußern sich über die hohe Heterogenität der Migranten deshalb folgendermaßen: „Die Übersicht über diese Vielfalt bereitet bisweilen auch Fachleuten Schwierigkeiten.“ (S. 10). Eine australische Studie arbeitet unterschiedliche Krankheitsvorstellungen bei türkischen Migranten heraus, betont aber den Einfluss von demographischen und akkulturativen Faktoren (Minas et al. 2007). Franz et al. (2007) haben bislang als einzige Arbeitsgruppe deutsche und türkische Krankheitskonzepte unmittelbar miteinander verglichen: es zeigte sich, dass türkische Patienten weniger an die Wirksamkeit der Behandlung und ihren eigenen Einfluss auf die Erkrankung glauben und stärker von negativen Krankheitskonsequenzen und einem chronischen Krankheitsverlauf überzeugt sind. Dies führt

zu einer Verringerung der persönlichen Verantwortung und des Vertrauens in den eigenen Einfluss.

Interkulturelle Handlungskompetenz

In den letzten Jahren zeichnen sich in Deutschland verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund ab. Während sie in früheren Jahren „irgendwie mitversorgt“ wurden, zeichnet sich seit den 1990er Jahren eine Veränderung ab. Modelle aus anderen Einwanderungsländern, in denen im Zuge einer Anti-Diskriminierungspolitik oder im Rahmen des Diversity-Managements Konzepte und Strategien diskutiert und umgesetzt wurden, dienen der Orientierung, um eine Anpassung der Versorgungskonzepte an die Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen voranzubringen. Im Mittelpunkt der Diskussion in Deutschland stehen Begriffe wie „interkulturelle Öffnung“, „interkulturelle Kompetenz“, „transkulturelle Kompetenz“, „Kultursensibilität“ oder „Migrationssensibilität“.

Gaitanides definiert die interkulturelle Handlungskompetenz mit folgenden vier Anforderungen: 1. Empathie, um die Bereitschaft und Fähigkeit zu zeigen, sich in das Denken und Handeln von Menschen anderer kultureller Herkunft hinein fühlen zu können. 2. Rollendistanz als soziale Selbstwahrnehmung und die Fähigkeit, den Perspektivenwechsel zu vollziehen. 3. Ambiguitätstoleranz, um die Unterschiede zur eigenen kulturellen Identität wahrzunehmen und auszuhalten, die sich aus der Konfrontation mit anderskulturellem Denken und Handeln ergeben. 4. Kommunikative Kompetenz, um sich verständigen zu können (Gaitanides 2003).

Mit Spannung sind die Ergebnisse aus den Niederlanden zu erwarten: Im Januar 2010 startete in Amsterdam eine Studie, in der Therapeuten von marokkanischen und türkischen Patienten mit Depressionen und Angststörungen zuvor ein interkulturelles Kompetenztraining erhalten haben, welches Wissen beinhaltet über spezifische kulturelle Aspekte, den Einfluss der Migration auf die erste und zweite Generation, die religiösen Hintergründe, Gesundheitsverhalten und –überzeugungen etc.. Die Ergebnisse sollen zeigen, ob Patienten mit Migrationshintergrund besser versorgt werden können, wenn Behandler und Therapeuten ein interkulturelles Kompetenztraining absolviert haben (van Loon et al. 2011).

Um solch eine interkulturelle Handlungskompetenz zu erlangen, muss sich eine Institution interkulturell öffnen. Dafür gibt es vielfältige Handlungsanleitungen und -empfehlungen (Genböck et al. 2003, Schröder 2007), Borde und David (2004) haben beispielsweise eine „Checkliste zur interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen“ entwickelt.

Ein entsprechend handlungsorientiertes Konzept zum Umgang mit Diversität, wird als „Diversity Management“ bezeichnet. Ziel dabei ist, einerseits die Motivation und Kreativität der Mitarbeiter durch die Nutzung verschiedener Hintergründe zu steigern, als auch die Strategie des Unternehmens zu unterstützen. Cultural Diversity Management fokussiert dabei die Handhabung von kultureller Heterogenität (Köppel et al. 2007). Mit Hilfe dieses Instruments kann sensibler gegenüber Familien mit Migrationshintergrund reagiert werden und mittels der Förderung der beruflichen und kulturellen Integration von Menschen unterschiedlichster kultureller Herkunft, Religion oder Weltanschauung die entsprechenden Veränderungen angestoßen werden.

2.3 Versorgungsforschung

2.3.1 Definition und Aufgaben der Versorgungsforschung

Zum Begriff der Versorgungsforschung gibt es eine Vielzahl von Definitionen, der Arbeitskreis Versorgungsforschung beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer definiert ihn wie folgt: "Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen." (vgl. Neugebauer et al. 2008, S. 83).

Nach Schwartz und Busse (2003) ist die Versorgungsforschung ein Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung. Diese "befasst sich mit Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten (Outcomes) von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder -bewältigung - d.h. von ganzen Gesundheitssystemen, Subsystemen und größeren Institutionen bzw. Programmen - und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend." (S. 523). Dabei unterscheiden die Autoren drei Analyseebenen der Gesundheitssystemforschung: 1. Die Makroebene, die das Gesund-

heitssystem und die nationale Gesundheitspolitik umfasst. 2. Die Mesoebene, die regionale Strukturen und Organisationen wie die Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen meint und 3. die Mikroebene, die individuelle Versorgungseinheiten wie Kliniken, Arztpraxen oder Gesundheitstechnologien beinhaltet. Diese Mikroebene bezeichnen Schwartz und Busse (2003) als Versorgungsforschung.

Pfaff definiert Versorgungsforschung "als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert." (Pfaff, 2003, S. 13). Dabei unterscheidet er einerseits die Krankenversorgung, welche Diagnose, Betreuung, Pflege, Behandlung und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen beinhaltet und andererseits die Gesundheitsversorgung, welche alle Formen der Prävention und Gesundheitsförderung meint (Pfaff 2003). Das Ziel der Versorgungsforschung ist die Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung der Kranken- und Gesundheitsversorgung.

Pfaff (2003) unterteilt die Versorgungsforschung in Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Die grundlagenorientierte Versorgungsforschung beschreibt die Elemente des Versorgungssystems und deren Zusammenhänge. Sie untersucht den Einfluss von sozialen Faktoren, Finanzierungssystemen, Organisationsstrukturen und -prozessen und/oder Technologien auf die Inanspruchnahme, Qualität und Kosten der Versorgung. Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung beschäftigt sich mit den Aufgaben der Konzeptentwicklung, Begleitforschung und Outcomeforschung.

Anhand folgender Fragestellungen, werden die Funktionen bzw. die Aufgaben der Versorgungsforschung beschrieben:

1. Welche Kranken- und Gesundheitsversorgung ist gegeben? (Beschreibungsfunktion)

Aufgabe der beschreibenden Versorgungsforschung ist es, die medizinische und psychosoziale Versorgung in der Krankenversorgung sowie der Gesundheitsprävention so zu beschreiben, wie sie vorgefunden wird.

2. Welche Ursachen sind für die Kranken- und Gesundheitsversorgung verantwortlich? (Erklärungsfunktion)

Aufgabe der erklärenden Versorgungsforschung ist es, die Einflussfaktoren der Versorgungssituation zu analysieren.

3. Welche Versorgungskonzepte lassen sich auf der aufgrund versorgungswissenschaftlicher Ergebnisse entwickeln? (Gestaltungsfunktion)

Aufgabe der gestaltenden Versorgungsforschung ist es, beratend einen Einfluss auf die Gestaltung der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu nehmen. Neue Versorgungskonzepte sollen implementiert werden.

4. Welche Implementations- und Interventionsprobleme treten bei der Umsetzung auf? (Begleitungsfunktion)

Aufgabe der begleitenden Versorgungsforschung ist es, mittels Evaluation die Umsetzung der neuen Interventionen zu begleiten und dabei Probleme zu identifizieren, deren Lösung dauerhaft im Versorgungssystem verankert werden sollen.

5. Wie wirksam sind die Interventionen unter Alltagsbedingungen? (Bewertungsfunktion)

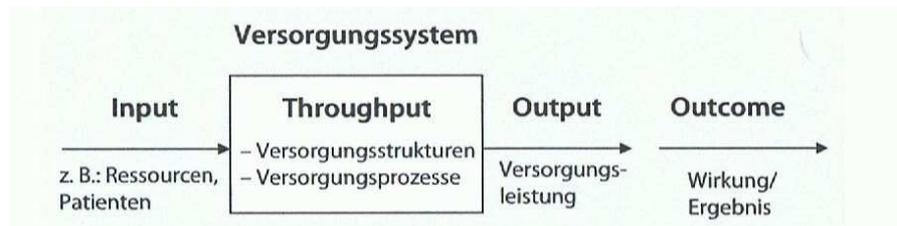
Aufgabe der bewertenden Versorgungsforschung ist es, die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden, Verfahren und Leitlinien zu untersuchen und die Versorgungsstrukturen und -prozesse zu bewerten.

(Pfaff 2003; Neugebauer et al. 2008)

2.3.2 Systemtheoretisches Modell nach Pfaff

Um eine Versorgungssituation sinnvoll untersuchen zu können, sollte ein Modell der Gesundheitsversorgung verwendet werden. Nach Pfaff (2003) besteht aus systemtheoretischer Sicht das Versorgungssystem aus Elementen, die in Beziehung stehen. Wie eine Black Box nimmt das Versorgungssystem Input auf, der innerhalb des Systems verarbeitet wird (Throughput) und als Output wieder gegeben wird. Abbildung 2 stellt das systemtheoretische Modell nach Pfaff dar.

Abbildung 2: Systemtheoretisches Modell nach Pfaff



Quelle: Pfaff (2003), S. 15

Der Input umfasst nach Pfaff (2003) Personal, Material, Ausstattung, Geld, Informationen und Patienten. Bei letzteren wird zwischen Bedarf, Nachfrage sowie Inanspruchnahme unterschieden. Der Bedarf bestimmt die Nachfrage an Versorgungsleistungen. Wird die Nachfrage abgedeckt, so liegt eine Inanspruchnahme des Versorgungssystems vor. Anhand von Versorgungsstrukturen und -prozessen wird das Input gezielt verarbeitet, dieser Vorgang wird als Throughput bezeichnet. Pfaff differenziert beim Ergebnis zwischen Output, unter dem er die konkret erbrachte Versorgungsleistung versteht, sowie dem Outcome, unter dem er durch die Versorgungsleistung erzielten Gewinn, wie beispielsweise Wohlbefinden, Lebensqualität, Gesundheit etc., unterscheidet.

2.4 Übertragung auf das Pfaff'sche Modell anhand der Forschungsfragen

Werden die in Kapitel 1.2 formulierten Forschungsfragen auf das Pfaff'sche Modell (2003) übertragen, so umfasst der Input die Patienten und ihre Familien mit ihren Merkmalen. Es wird hier den Fragen nachgegangen, welche Kinder in die Adipositas-Sprechstunde kommen und wie ihre familiären Hintergründe sind. Ebenfalls wird untersucht, ob es Unterschiede gibt es zwischen Kindern deutscher und türkischer Herkunft bei der Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ob es Unterschiede im Alter, Geschlecht, BMI, sozialen Status, in der Vorgeschichte und im Zustandekommen des ersten Termins in der Sprechstunde gibt.

Das Throughput untersucht die Versorgungsstrukturen und geht der Frage nach, ob es Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim Therapieverlauf gibt. Es wird untersucht, ob eine der Gruppen häufiger be-

treut wird und ob es in einer der beiden Gruppen häufiger Therapieabbrüche gibt. Ebenfalls wird untersucht, inwieweit einerseits die Versorgung durch die Adipositas-Sprechstunde, andererseits die Unterstützung durch das familiäre Umfeld die betroffenen Jugendlichen motiviert.

Das Output stellt Fragen nach der persönlichen Motivation und den Therapiehürden bei den Patientinnen und Patienten. Es wird untersucht, wie häufig die Kinder und Jugendlichen in die Sprechstunde kommen und in welchen Abständen sie zu Wiedervorstellungen in die Sprechstunde kommen.

Das Outcome beschäftigt sich mit der Frage nach dem BMI-Verlauf und den Unterschieden zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim Therapieerfolg bzw. Misserfolg. Das Wissen und die Ziele der Gewichtsreduktion werden beim Outcome ebenfalls erforscht.

3 Datengrundlage und methodische Vorgehensweise

3.1 Datengrundlage

In der vorliegenden Studie werden zwei unterschiedliche Arten von Daten verwendet: quantitative Sekundärdaten und qualitative Primärdaten. Zum Einen bestehen die Daten aus Informationen einer Kohorte von 612 Kindern und Jugendlichen, die nach deren Erstuntersuchung in der Adipositas-Sprechstunde im SPZ der Charité - Universitätsmedizin Berlin in einem quantitativen Datensatz aufgenommen wurden. Zum Anderen bestehen die Daten aus Informationen, die in acht Interviews mit Jugendlichen aus der Sprechstunde erhoben wurden. Diese acht Jugendlichen wurden aus der o.g. Kohorte methodisch ausgewählt (s. Kapitel 3.1.4).

3.1.1 Datenschutz

Um den Datenschutz zu gewährleisten, gab es Auflagen vom Datenschutzbeauftragten der Charité – Universitätsmedizin, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Daten aus der laufenden Versorgung generiert wurden.

Folgende quantitativen Daten wurden in der vorliegenden Arbeit verwendet:

1. personenbezogene Daten:

Geburtsdatum, Geschlecht, Gewicht, Größe und die daraus entstehenden Daten wie Alter, BMI, BMI-SDS

2. soziale Daten:

Migrationshintergrund, Schulbesuch, Schulbildung der Eltern

3. versorgungsrelevante Daten:

Besuchshäufigkeit in der Sprechstunde, Behandlungsdauer, Therapieabbruch.

Die Daten der 612 Kinder und Jugendlichen mussten pseudonymisiert werden. Dies fand statt, indem Vor- und Nachnamen der Patienten durch eine Identifikationsnummer ersetzt wurden. Die Daten wurden am Computer im Raum Nr. 0.0038 in der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, Mittelallee 7b ausgewertet. Der Computer ist passwortgeschützt, die Daten wurden auf der Festplatte und nicht auf dem Server gespeichert. Sicherungskopien der Daten wurden auf

zwei wiederbeschreibbare CDs, welche durchnummeriert und mit „Versorgungsstudie Adipositas-Sprechstunde, SPZ, CVK“ gekennzeichnet wurden, erstellt. Diese werden in einem abgeschlossenen Schrank in o.g. Raum aufbewahrt. Die Daten auf den CDs werden zwei Jahre nach der Verteidigung der Arbeit vernichtet, indem sie gelöscht und neu beschrieben werden.

Darüber hinaus wurden qualitative Daten erstellt, indem acht Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren in einem Interview mündlich befragt wurden. Deren Namen wurden pseudonymisiert, indem ein Kennwort vergeben wurde. Dies stellt sich folgendermaßen zusammen: 1. Die beiden ersten Buchstaben des Vornamens der Mutter, 2. der Geburtstag des Jugendlichen, 3. die beiden ersten Buchstaben des Vornamens des Vaters. Die Gespräche wurden mit einem digitalen Tonaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Transkription der Interviews wurde von einer beauftragten Person durchgeführt. Bei der Durchführung des Interviews sollte möglichst vermieden werden, Namen zu nennen. Wurden dennoch Namen genannt, wurden diese gelöscht, bevor die beauftragte Person die digitalen Audiodateien erhielt. Nach der Überprüfung der Transkription wurden die Audiodateien datenschutzgerecht vernichtet. Die Transkripte wurden ebenfalls an o.g. Computer in der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, in o.g. Raum ausgewertet. Die Sicherungskopien der Transkripte wurden auf den beiden bereits erwähnten CDs gespeichert. Mit den CDs wurden auch die Audiodateien bis zum Zeitpunkt der Löschung in einem abgeschlossenen Schrank in Raum 0.0038 aufbewahrt.

Von Bedeutung war die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie. Die Jugendlichen wurden in der Sprechstunde gefragt, ob sie zu einem Interview bereit sind. Lehnten sie dies ab, wurden die Eltern nicht gefragt, ob ihr Kind teilnehmen würde. Waren aber die Jugendlichen bereit, das Interview mit uns zu führen, wurden die Eltern um ihr Einverständnis gebeten. Dies erfolgte zunächst mündlich während der Sprechstunde. Signalisierten auch die Eltern, dass sie mit einer Teilnahme ihres Kindes an der Studie einverstanden sind, erhielten sowohl die Jugendlichen als auch die Eltern ein Informationsschreiben (Anlage 46: TeilnehmerInneninformation vom 11.06.09) und eine schriftliche Einverständniserklärung (Anlage 47: Einwilligungserklärung_Eltern und Anlage 48: Einwilligungserklärung_Jugendliche). Die

Eltern und die Jugendlichen wurden darin über den Inhalt und Ablauf der Studie unterrichtet. Darüber hinaus erhielten sie die Möglichkeit, sich persönlich zu informieren.

Sobald die Einwilligungserklärungen unterschrieben waren, wurden sie in die Patientenakte mit der entsprechenden Zuweisung des Kennworts geheftet, so dass anhand der Patientenakte nachvollziehbar ist, dass der bzw. die Jugendliche im Rahmen der Forschungsarbeit interviewt wurde. Die Akte wird nach Behandlungsende 10 Jahre lang in der Charité - Universitätsmedizin Berlin archiviert.

Um den Rückschluss, welches Kennwort für welchen Patienten/in steht, nachvollziehen zu können, verbleibt die Liste der Namen und zugewiesenen Kennwörter bei der Leitung der Adipositas-Sprechstunde bis zwei Jahre nach der Verteidigung der Dissertation.

Diese Verfahrensweise wurde eng mit dem Datenschutzbeauftragten der Charité – Universitätsmedizin abgestimmt und von diesem am 15.06.09 genehmigt (s. Anlage 49).

3.1.2 Herkunft der Daten

Die erhobenen quantitativen Daten wurden im Zeitraum zwischen Juli 1996 und Mai 2008 erfasst. Eine systematische Datenerfassung im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité - Universitätsmedizin Berlin besteht seit 2001. In den Jahren 1996 bis 2001 wurden adipöse Kinder nur im Rahmen der allgemeinen pädiatrischen Sprechstunde gesehen, ihre Daten wurden jedoch erst im Jahr 2001 nacherfasst.

Wie bereits in Kapitel 2.1.3. erwähnt, dienten die erfassten Daten der behandelten Kinder und Jugendlichen ursprünglich nicht zu Forschungszwecken. Aus diesem Grund ist der Umfang der Daten begrenzt, was auch in der vorliegenden Arbeit zum Ausdruck kommt. Die Daten wurden nicht zielgerichtet erhoben aufgrund eines zuvor entwickelten Studiendesigns, sondern die Studiendaten wurden aus der praktischen Arbeit der Sprechstunde heraus generiert.

Die Informationen der behandelten Kinder und Jugendlichen der Adipositas-Sprechstunde werden während und teilweise direkt nach dem Patientenkontakt in einen eigens für die Sprechstunde entwickelten Anamnese- bzw. Verlaufsbogen

handschriftlich eingetragen. Diese Daten werden regelmäßig in die Datenbank der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) eingepflegt. Der Anamnesebogen enthält Informationen über Nationalität, Geburtsland, im Haushalt gesprochene Sprache, Alter, Größe, Gewicht der Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern und Geschwister. Des Weiteren werden Informationen über Schwangerschaftsverlauf und Geburt erfragt. Die frühkindliche Entwicklung, die Vorsorgeuntersuchungen und bisherige Erkrankungen der Patienten sowie deren Eltern und Großeltern werden erfasst sowie die Vorgeschichte der Adipositas. Informationen über Alltagsbewegung, Teilnahme an einem Sportverein sowie der tägliche Medienkonsum werden ermittelt. Von der Ärztin oder dem Arzt werden die Daten der körperlichen Untersuchung einschließlich der Blutdruckwerte in den Bogen eingetragen, die Sozialpädagogin fragt nach Kontakten zu Jugendämtern, Hilfen zur Erziehung sowie dem Schul- oder Kitabesuch des Kindes oder Jugendlichen. Die Ökotrophologinnen erfragen Mahlzeitenstrukturen, Ernährungsverhalten und Trinkgewohnheiten der Familie, die Psychologinnen und Kinder- und Jugendtherapeuten erfassen die psychische Befindlichkeit des oder der Patientin.

Die Verlaufsbögen werden bei den nachfolgenden Terminen in der Sprechstunde eingesetzt, mit ihnen wird erfasst, inwieweit sich Größe und Gewicht verändert haben.

Diese Angaben sowie die Laborbefunde der Blutentnahmen werden fortlaufend und kontinuierlich von einer studentischen Hilfskraft in die Maske des APV eingegeben.

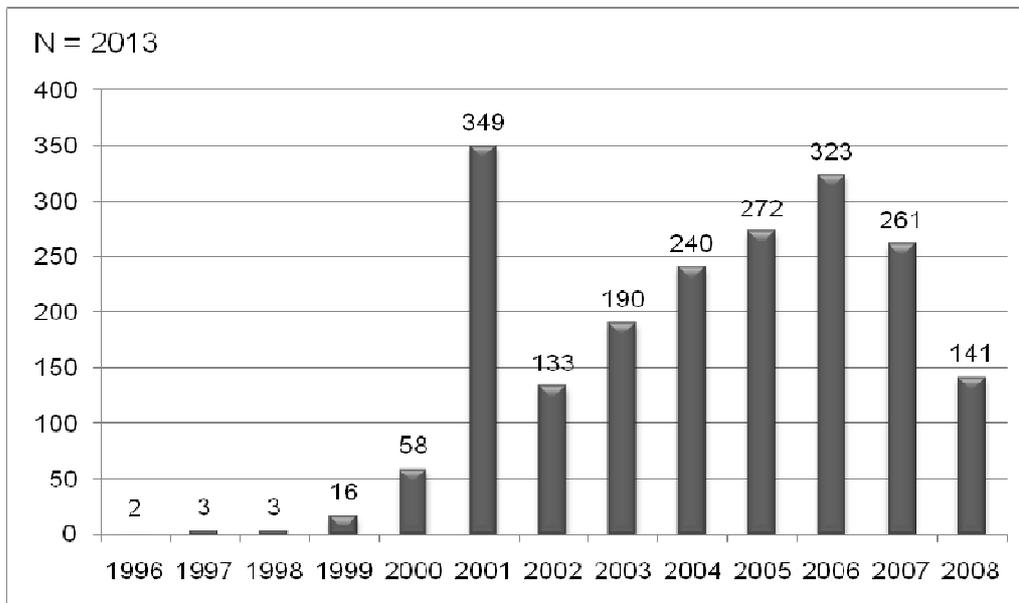
3.1.3 Auswahl der quantitativen Daten

Der Datensatz der vorliegenden Arbeit wurde am 23.05.2008 dem APV entnommen und, wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben, pseudonymisiert. Diese Datei beinhaltet Informationen von insgesamt 2013 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 1 und 18 Jahren im SPZ, die im Zeitraum von 01.01.1996 - 23.05.2008 ihre Erstuntersuchung in der Adipositas-Sprechstunde im SPZ hatten (s. Abbildung 3).

Davon sind 1066 Mädchen (53%) und 947 Jungen (47%). Von 1214 Kindern liegen Informationen zum Migrationshintergrund vor: 635 Kinder sind deutsch (31,5%),

294 Kinder haben einen türkischen Migrationshintergrund (24,2%) und 285 Kinder haben einen anderen Migrationshintergrund (23,5%).

Abbildung 3: Anzahl der Erstvorstellungen pro Jahr in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Quelle: eigene Berechnungen

Seit dem Jahr 2001 wurden die Daten systematisch erfasst. Die hohe Anzahl an Neuvorstellungen im Jahr 2001 ($n = 349$) ist mit der Nacherfassung von Daten aus Vorjahren zu erklären. Mit der Erfassung von sozialanamnestischen und nicht nur rein medizinischen Daten wurde im Jahr 2003 begonnen. Für die vorliegende Arbeit wurden daher ausschließlich die Daten von Patientinnen und Patienten mit Erstvorstellungen ab 2003 verwendet.

Um in die Studienkohorte eingeschlossen zu werden, mussten die Kinder bzw. Jugendlichen folgende Kriterien erfüllen:

1. Sie sind bei der Erstvorstellung adipös oder extrem adipös,
2. sie sind deutsch oder haben einen türkischen Migrationshintergrund,
3. sie waren nach dem 01.01.2003 erstmalig in der Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin vorstellig.

Der extrahierte Datensatz nach den oben beschriebenen Kriterien beinhaltet Daten von insgesamt 612 Kindern und Jugendlichen. Die Auswertungen erfolgten durch den Vergleich von

- Gewicht
- Größe
- dem sich daraus errechneten BMI
- Geschlecht
- Schulbildung der Eltern
- Abbruch der Therapie
- Dauer der Therapie
- Anzahl der einzelnen Besuche
- zeitlicher Abstand der einzelnen Besuche
- Entwicklung des BMIs.

Die Daten werden mit besonderem Fokus auf die Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kinder und Jugendlichen ausgewertet. Anhand statistischer Zusammenhänge sollen Risikofaktoren ermittelt und Vergleiche angestellt werden zwischen den beiden Gruppen. Dabei werden auch Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen untersucht.

Dieser Datensatz wurde nicht nur in der vorliegenden Arbeit ausgewertet, sondern diente auch der Studie von Pöche-Guckelberger (2010). Sie untersuchte die Beteiligung der verschiedenen Professionen an der Behandlung der Patientinnen und Patienten der Adipositas-Sprechstunde, indem sie dem quantitativen Datensatz die Variable eines Risikoprofils hinzufügte.

Des Weiteren wurden quantitative Primärdaten in der Sprechstunde in den Jahren 2006 - 2010 über die Jugendamtskontakte der Familien erhoben. In diesem eigenständigen Datensatz sind alle Kinder und Jugendliche der Sprechstunde, also unabhängig vom o.g. Datensatz der Studienkohorte, erfasst.

3.1.4 Die Erhebung der qualitativen Daten

Aus der Studienkohorte wurden acht Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren ausgewählt, die in einem semi-strukturierten Interview befragt wurden. Die An-

forderung, ein klar umrissenes Thema mit eigenen Worten beantworten zu können, ist bei dieser Methode gewährleistet.

Das semi-strukturierte Interview, auch halbstandardisiert oder teilstandardisiert genannt, wurde für die vorliegende Arbeit gewählt, weil es eine Interviewform ist, die ohne Antwortvorgaben arbeitet, sich an einem Gesprächsleitfaden orientiert und dem Befragten weitgehende Freiheit in den Antworten gibt. Dass es bei dieser Interviewform "keine Antwortvorgaben gibt und dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können" (Hopf, 1995, S. 177), ist die wichtigste Abgrenzung zum standardisierten Interview. Ein strukturiertes Interview, beispielsweise ein Fragebogen, hätte den Jugendlichen nicht nur die Struktur des Interviews vollständig vorgegeben, sondern auch der Alltagssprache der Jugendlichen nicht entsprochen (Reinders 2005). Da sich jedoch das Sample der Befragten sehr unterschiedlich zusammensetzt, wären bei einem strukturierten Interview wichtige Informationen verloren gegangen. Im Gegensatz dazu sind Aussagen, die in einem unstrukturierten Interview gegeben werden, nur schwer vergleichbar, da der Verlauf des Interviews nahezu komplett dem Befragten überlassen wird (Reinders 2005). Durch die Eingrenzung des Themas und damit der Daten, die Vergleichbarkeit der Antworten sowie die Beibehaltung der alltagssprachlichen Nähe ist die Methode des halbstandardisierten Interviews geeignet und kann die hier vorliegende Fragestellung adäquat beantworten.

Juvenile Adipositas und deren Behandlung wurde bislang kaum mit qualitativen Methoden erforscht, ein Großteil der Studien zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wurde mit quantitativen Daten analysiert. Zunehmend wird jedoch das Phänomen Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit qualitativen Methoden untersucht.

Twiddy et al. (2012) befragten 23 Familien mit semi-strukturierten Interviews zum WATCH-IT-Programm des britischen National Health Service, das zum Ziel hat, Familien in Leeds und Birmingham darin zu unterstützen, ihren Lebensstil zu ändern um das Übergewicht ihrer Kinder zu reduzieren. Ähnlich wie die Behandlung im SPZ der Charité - Universitätsmedizin Berlin erhalten die Familien medizinische Untersuchungen, ausführliche Beratungen im Bereich Ernährung sowie ein Sportangebot für die Kinder. Falls es die soziale Situation der Familie notwendig erscheinen lässt, werden Kontakte zu lokalen Trägern hergestellt. Die Ergebnisse

der Interviews zeigen wie wichtig zum Einen die Unterstützung der Eltern ist aber auch das Verhältnis zwischen Trainer und Kindern.

Eine weitere qualitative Untersuchung zeigt, wie wichtig individuelle Unterstützung für die gesamte Familie ist. Den Fokus nur auf Ernährung und Sport zu legen, ist nicht ausreichend nach Ansicht der Autoren, die insgesamt 61 Interviews mit vier betroffenen Kindern bzw. Jugendlichen und deren Familien im Zeitraum von zwei Jahren und sechs Monaten durchführten und analysierten (Lorentzen et al. 2011). Die qualitative Analyse von Pretlow (2011) wertete die Daten von Kindern und Jugendlichen eines Chatrooms aus mit dem Ergebnis, dass seine interaktive Webseite als Intervention keinen Erfolg bei der Gewichtsabnahme brachte.

Die Interviews der vorliegenden Arbeit wurden alle in den Räumen der Adipositas-Sprechstunde durchgeführt und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Bezüglich der Durchführung handelt es sich bei der gewählten Interviewform um Einzelinterviews. Es war im Vorfeld dafür gesorgt worden, eine angenehme Gesprächsatmosphäre für die Jugendlichen herzustellen. Während der Interviews gab es keinerlei Störungen. Das erste Interview wurde ursprünglich als Pre-Test durchgeführt, da es sich als geeignet und auswertbar herausstellte, wurde es in die Auswertung miteinbezogen.

Nach den Interviews wurden zu jeder Befragung Feldnotizen, sogenannte Memos verfasst, um Besonderheiten während des Interviews festzuhalten und zu beschreiben.

Alle acht Interviews der bestehenden Audiodateien, d. h. die aufgezeichneten Interviews wurden im ersten Schritt vollständig transkribiert. Unter Transkription versteht man die Übertragung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Form (Mayring 2002). Die Transkription des ersten Interviews wurde von der Studienleiterin vorgenommen, die weiteren sieben wurden von einer externen Person eines professionellen Schreibdienstes transkribiert. Bislang hat sich bei Transkriptionen kein Standard durchgesetzt (Flick 2007). Es wurde aber auf Genauigkeit und Darstellung geachtet und wortgetreu übertragen. Da das Hauptinteresse an thematisch-inhaltlichen Informationen liegt, wurden Sprechpausen und Fülllaute wie „Ahs“ nicht berücksichtigt (Mayring 2002).

Auswahl des Samples

Die Auswahl der zu interviewenden Jugendlichen wurde systematisch vorgenommen und erfolgte in Anlehnung an die vergleichende Methode nach dem „most similar systems design“ und nach dem „most different systems design“ von Przeworski und Teune (1970). Wiederkehrende Probleme beim empirischen Vergleich von Ländern und Bevölkerungsgruppen veranlasste die beiden Politikwissenschaftler, eine Systematisierung der vergleichenden Forschung zu entwickeln. Die vergleichende Methode gilt neben der statistischen Methode in der Politikwissenschaft als ein nicht-experimentelles wissenschaftliches Verfahren (Jahn 2005). Ziel vergleichender Forschung ist es, die Bedeutung sozialer Systeme auf einem nachvollziehbaren methodischen Weg bestimmen zu können (Pickel 2007). In der vorliegenden Arbeit wurden erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verläufe mit Hilfe dieser Methode ausgewählt, indem mögliche Einflussfaktoren als Ursachen für die Ergebnisse „erfolgreiche Gewichtsreduktion“ und „erfolglose Gewichtsreduktion“ verglichen wurden. Jeweils vier Familien deutscher und türkischer Herkunft wurden so ausgewählt. Für den Vergleich stehen als unabhängige Variablen die Herkunft und der Bildungsstand der Eltern, als abhängige Variable der Erfolg bei der Gewichtsreduktion (Beichelt 2005). Die Auswahl ist in Tabelle 1 zu sehen. Die Methode von Przeworski und Teune wurde zwar nicht auf die Auswertung übertragen, dennoch ist der Bezug insofern hergestellt, als dass die Auswahl der Interviewpartner auf einem nachvollziehbaren methodischen Weg getroffen wurde und damit ein Vergleich von Beziehungsmustern innerhalb unterschiedlicher sozialer Systeme stattfinden kann.

Es ergibt sich folgende systematische Auswahl der Familien:

Tabelle 1: Auswahl und Pseudonyme der Interviewpartner und -partnerinnen nach den Kriterien Bildungsstand der Eltern, Migrationshintergrund und Ergebnis der Gewichtsabnahme

	Türkisch		Deutsch	
	Gewichtsabnahme		Gewichtsabnahme	
	erfolgreich	nicht erfolgreich	Erfolgreich	nicht erfolgreich
Niedrige Bildung der Eltern	1a	1b	3a	3b
	EL02ER	YA30NN	KA18TH	MA11NN
Hohe Bildung der Eltern	2a	2b	3a	4b
	HA16AD	FA13HA	SU06IN	UT18RU

3.1.5 Interview-Leitfaden

Für die Erhebung der qualitativen Daten wurde zunächst ein Interview-Leitfaden entwickelt, der nach fünf thematischen Bereichen konstruiert war:

1. Vorgeschichte der Gewichtszunahme
2. Behandlung im SPZ
3. Soziales Umfeld der Jugendlichen
4. Leidensdruck / Motivation
5. Zielsetzung der Therapie

Aus diesen thematischen Bereichen wurden Fragen erarbeitet, deren Antworten Aufschluss darüber geben sollen, durch wen die Jugendlichen in die Sprechstunde kommen, wie sie die Betreuung durch die Sprechstunde erleben, wer sie in ihrem sozialen Umfeld bei ihrem Gewichtsmanagement unterstützt, welche Probleme die Jugendlichen mit ihrem Übergewicht haben und welche Ziele die Jugendlichen haben.

Im Detail sieht der Interview-Leitfaden wie folgt aus:

Abbildung 4: Interview-Leitfaden

Vorgeschichte

- Seit wann bist Du bei uns in der Sprechstunde?
- Kannst Du Dich erinnern, wann Du angefangen hast, zuzunehmen?
- Wer hat es als erster bemerkt?
- Für wen war es zuerst ein Problem? Für Dich selbst, Deine Eltern oder jemand anderen?
- Für wen ist es derzeit ein Problem?
- Was genau ist das Problem für Dich bei Deinem Übergewicht, was stört Dich dabei am meisten?
- Wie ist Dein erster Termin in der Adipositas-Sprechstunde zustande gekommen? Wie bzw. durch wen bist Du zu uns gekommen?
- Warst Du vorher woanders?
- Hast Du vorher eine Diät gemacht?

Behandlung im SPZ

- Wie lange kommst Du in der Zwischenzeit in die Sprechstunde. Wie häufig warst Du da?
- Wie war der erste Termin in der Adipositas-Sprechstunde der Charité? Was hast Du dabei in guter Erinnerung?
- Was ist in schlechter Erinnerung geblieben?
- Gab es Termine, nach denen Du dachtest, dass Du nicht wieder zu uns kommen wirst? Wenn ja, woran lag es? Warum bist Du dann doch wieder gekommen?
- Was gefällt Dir am besten in der Sprechstunde?
- Was stört Dich am meisten am Ablauf in der Sprechstunde?
- Was würdest Du ändern bei uns, wenn Du die Möglichkeit hättest etwas zu ändern?
- Auf was würdest Du gerne in der Sprechstunde verzichten?
- Welche Rolle spielen die Termine in der Sprechstunde für die Gewichtsstabilität bzw. -abnahme?

Soziales Umfeld

- Wer unterstützt Dich am meisten bei Deinem Gewichtsproblem?
- Bist Du aufgrund Deines Übergewichts schon gehänselt / gemobbt worden?

Leidensdruck/Motivation

- Was waren bislang die schlimmsten Rückschläge?
- Eigentlich ist es ganz einfach: weniger essen, mehr bewegen. Dennoch wissen alle, dass es enorm schwierig ist, es umzusetzen. Was ist das größte Hindernis für Dich, den Empfehlungen von uns nachzukommen? Wer oder was hindert Dich?
- Was ist am einfachsten für Dich? Was schaffst Du am besten?

Ziele

- Was willst Du erreichen? Welches Ziel hast Du Dir gesetzt?
- Gibt es dafür einen Zeitplan?
- Wer kann Dich dabei unterstützen? Was hilft Dir dabei?
- Was ist dabei die größte Schwierigkeit?

All diese Fragen sollen aus der Perspektive der Jugendlichen beantwortet werden, mit einer standardisierten Befragung wäre die Breite und Detaillierung, die ein Interview bietet, nicht möglich. Es sollen qualitative Daten aus Wahrnehmungen und Deutungen der Jugendlichen in ihrem sozialen Kontext anhand der Methode des halbstandardisierten Interviews gewonnen werden. Die bereits erhobenen quantitativen Daten geben beispielsweise keinerlei Aufschlüsse, ob die Jugendlichen Mobbing Erfahrungen haben; wenn ja, welche und wie sie diese erleben. Diese persönlichen Empfindungen sollen in der vorliegenden Arbeit so dargestellt werden, wie die Jugendlichen sie erleben, ohne dass sie unter Vorgaben gefiltert wurden. Die subjektive Bedeutung von Adipositas für die Jugendlichen und ihre Familie und der Umgang damit können nur mit einer qualitativen Befragung in Erfahrung gebracht werden. Sowohl die Auswahl der qualitativen Befragung als auch die Auswahl der interviewten Jugendlichen berücksichtigen die unterschiedlichen subjektiven Perspektiven als auch die sozialen Hintergründe der Jugendlichen.

Mit Hinblick auf die in Kapitel 1.2 formulierten Forschungsfragen wird insbesondere der Frage, was den Verlauf der Therapie beeinflusst, vertieft nachgegangen. Indem bei einem Interview gezielt nachgefragt werden kann, erhalten die Betroffenen die Möglichkeit, ihre Erlebnisse zu berichten. Sowohl den Einfluss der Adipositas-Sprechstunde, als auch den des sozialen Umfeldes werden erfragt.

Auch die Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Jugendlichen kann aufgrund des Antwortverhaltens beobachtet werden. Dennoch werden bewusst keine Fragen gestellt, die der hypothetischen Prognose entsprechen, dass die türkischen Jugendlichen benachteiligt sind. Es werden keine direkten Fragen, die auf einen kulturellen Unterschied schließen lassen, gestellt um Antworten "zu Willen" der Interviewerin zu erhalten (Trautmann 2010).

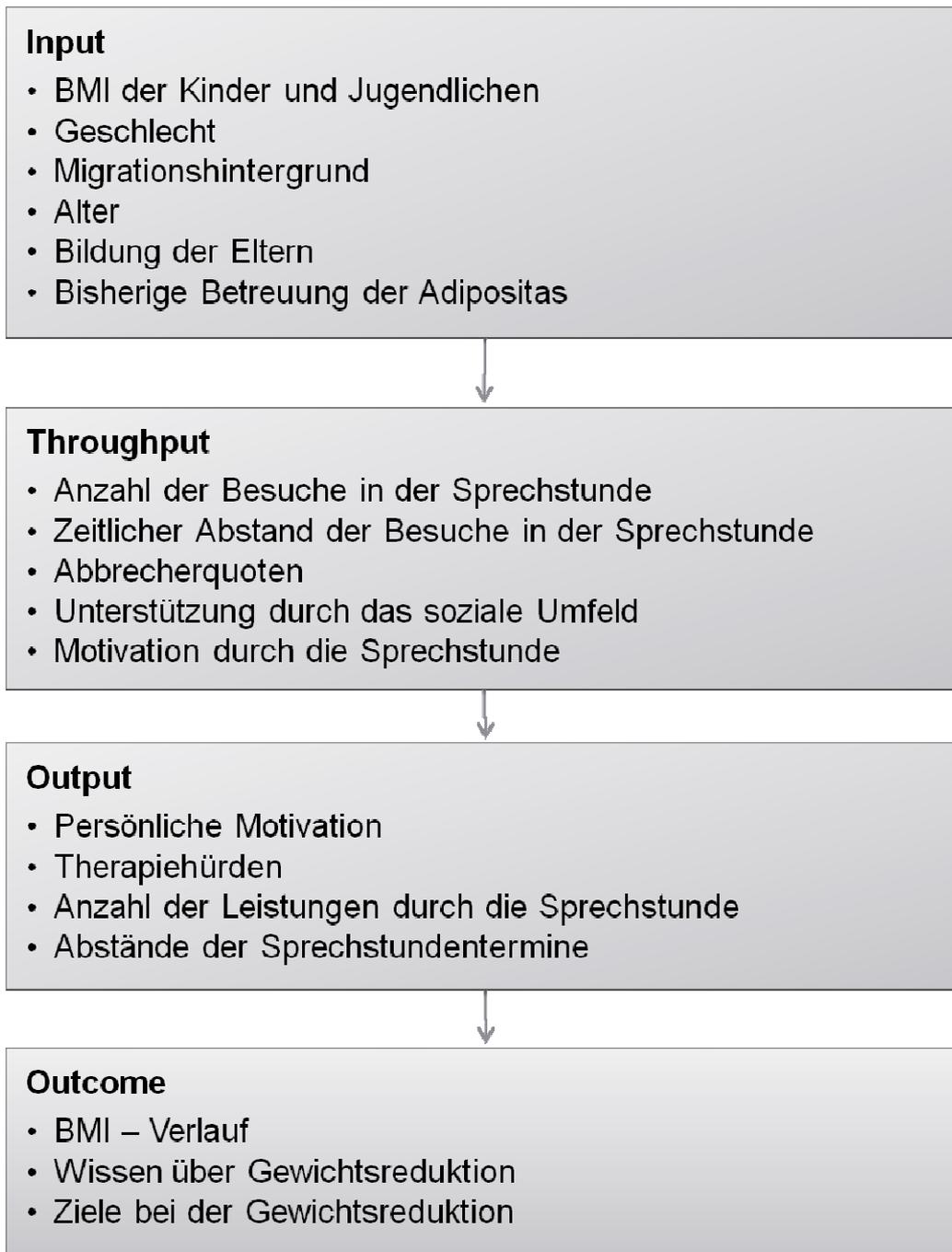
3.2 Methodische Vorgehensweise

3.2.1 Übertragung auf das Pfaff'sche Modell anhand der Variablen

Betrachtet man das in Kapitel 2.3.2 dargestellte systemtheoretische Modell nach Pfaff (2003) und überträgt dies auf die vorliegende Studie, nimmt das Versorgungssystem die Kinder und Jugendlichen auf. Sie gelangen als Patientinnen und Patienten in die Adipositas-Sprechstunde, dort werden ihre Voraussetzungen und Bedingungen als quantitative Daten mit Informationen über ihr Gewicht, Größe, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und der Schulbildung der Eltern aufgenommen. Diese Informationen fließen als "Input" in den Versorgungsprozess bzw. den Behandlungsablauf der Sprechstunde ein und beeinflussen u.a. den "Throughput": die Anzahl der Besuche in der Sprechstunde, den zeitlichen Abstand der Besuche in der Sprechstunde sowie den Einbezug der unterschiedlichen Professionen. Daraus entsteht das "Output", die Versorgungsleistung: es wird erkennbar, welche Patienten wieviel und welche Leistungen erhalten. Die Wirkung der Versorgung, ist am Ende als "Outcome" am BMI-Verlauf der Kinder und Jugendlichen zu erkennen.

Angelehnt an das systemtheoretische Modell nach Pfaff (2003) können die Daten wie in Abbildung 5 entsprechend zugeordnet werden:

Abbildung 5: Variablen der Studie im Pfaff'schen Modell



Quelle: eigene Darstellung nach Pfaff (2003)

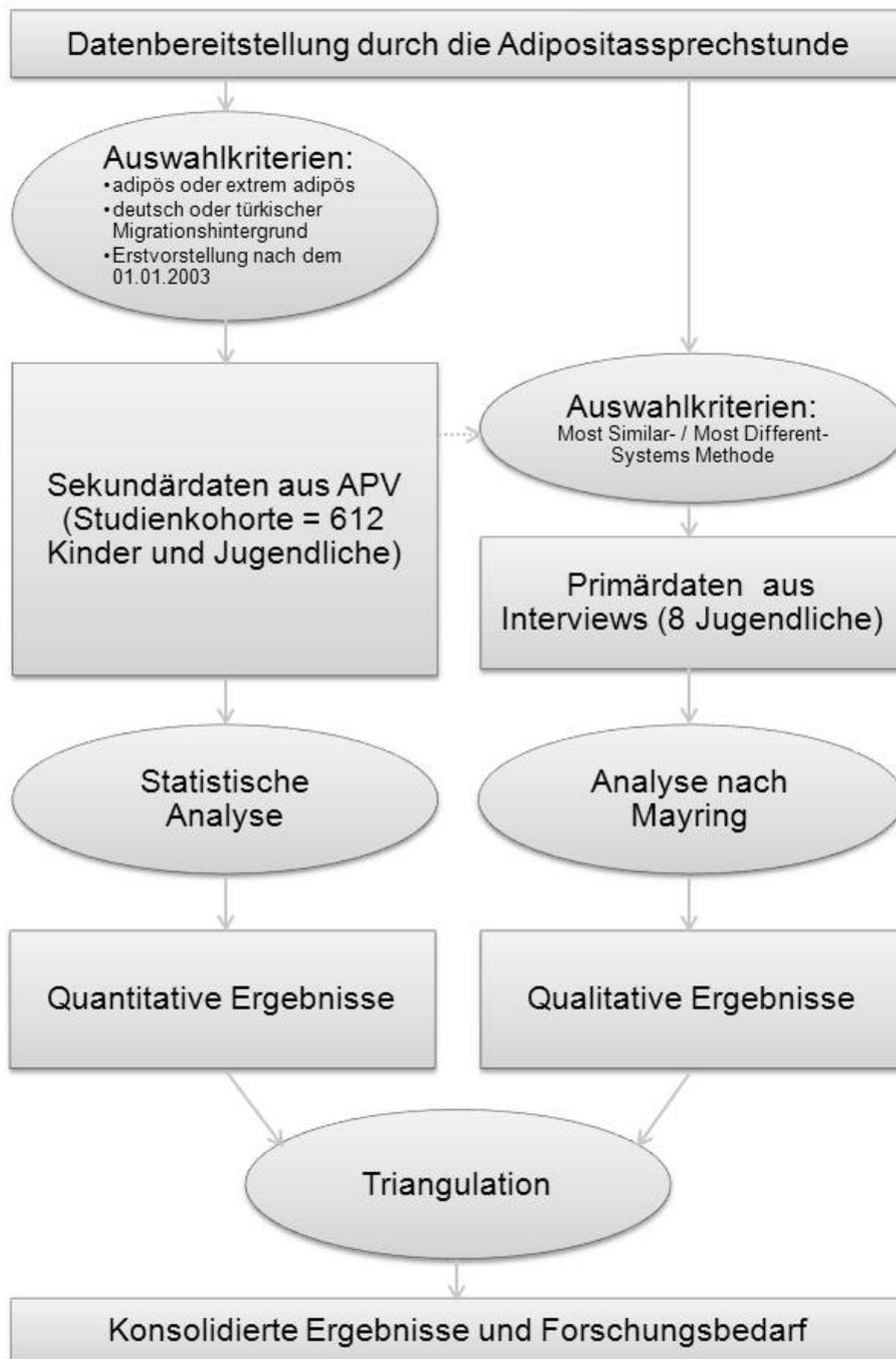
3.2.2 Triangulation als grundsätzliche Analysemethode

Die Übertragung auf das Pfaff'sche Modell gelingt nur, indem die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen zusammengefügt werden. Nach Auswertung der quantitativen Daten mit statistischen Methoden sowie Analyse der qualitativen Daten nach der Methode nach Mayring (2007), werden sie mittels Triangulation miteinander verbunden. Entgegen der häufig getätigten Aussage stehen quantitative und qualitative Methoden nicht in Konkurrenz, sondern sind vielmehr kombinationsfähig. Das Verfahren der Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Dabei beziehen sich die Daten auf denselben Untersuchungsgegenstand und werden zur Beantwortung unterschiedlicher, aber verwandter Forschungsfragen im gleichen Forschungskontext miteinander kombiniert. Durch die Triangulation sollen Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die weiter reichen, als es mit nur einem Zugang möglich gewesen wäre (Flick 2008).

Triangulation, ursprünglich von Norman K. Denzin 1970 entwickelt, wird in vier Formen unterschieden: Datentriangulation, Forschertriangulation, Theorietriangulation und Methodentriangulation. Während bei der Datentriangulation Daten aus verschiedenen Quellen oder verschiedenartige Daten aus derselben Quelle verwendet werden, analysieren bei der Forschertriangulation verschiedene Forscher die Daten. Bei der Theorientriangulation werden verschiedene theoretische Perspektiven auf dieselben Daten angewandt. Die Methodentriangulation ist laut Flick (2008) die am weitesten verbreitete Methode der Triangulation und wird auch in der vorliegenden Arbeit angewendet: Daten aus verschiedenen Quellen werden in einer Methodenkombination mit verschiedenen Methoden ausgewertet (Flick 2008).

Das detaillierte methodische Vorgehen mit den Hauptdatenquellen in der vorliegenden Arbeit wird in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6: Methodische Vorgehensweise bei der Analyse der Hauptdatenquellen



Quelle: eigene Darstellung

3.2.3 Operationalisierung der Variablen

Die quantitativen Daten wurden aus der Datenbank der Adipositas-Patienten-Verlaufsbeobachtung (APV) in das Statistikprogramm SPSS (IBM SPSS Statistics) übertragen und mit den Versionen 15.0, 17.0 und 18.0 PASW (Predictive Analysis SoftWare), zunächst deskriptiv ausgewertet.

Operationalisierung

Der *Gewichtstatus* der Kinder und Jugendlichen wurde mit Hilfe des BMI ermittelt. Er wurde aus den Variablen Körperhöhe und Körpergewicht (kg/m^2) errechnet. Für die Bestimmung der Adipositas wurden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild (Kromeyer-Hauschild et al. 2001) verwendet. Entsprechend der Festlegung von Grenzwerten für biologische Parameter bei Kindern und Jugendlichen wurde anhand der statistischen Verteilung der Referenzwerte beim BMI das Überschreiten des 97. Perzentils (ca. 2 SD) als adipös und des 99,5. Perzentils (ca. 2,5 SD) als extrem adipös bezeichnet.

Das Körpergewicht und die Körpergröße wurden bei den Untersuchungen immer mit der gleichen Messmethodik bestimmt. Die Messung der Körperhöhe erfolgte ohne Schuhe in aufrechter Haltung und horizontaler Blickrichtung mit einem kalibrierten Stadiometer (Seca 764). Das Körpergewicht wurde mit einer kalibrierten digitalen Präzisionswaage (Seca 764) bestimmt. Die Kinder und Jugendlichen wurden alle in Unterwäsche und ohne Schuhe von einer Kinderkrankenschwester gewogen.

Der *Migrationshintergrund* der Kinder wurde über das Merkmal „Nationalität“ erfasst. Besaßen die Kinder einen deutschen Pass, wurde sowohl die Nationalität beider Elternteile als auch deren Herkunft erfragt. Um auszuschließen, dass Kinder der sogenannten „dritten Generation“ als solche nicht erkannt werden, wurde systematisch die Sprache, die im Alltag zu Hause gesprochen wird, erfasst. Im Datensatz sind nur Kinder enthalten, die aufgrund dieser Kriterien als „deutsch“ oder „türkisch“ identifiziert wurden. Kinder bzw. Jugendliche, die lediglich einen einseitigen türkischen Migrationshintergrund haben, wurden ebenfalls in die Gruppe der türkischen Kinder und Jugendlichen aufgenommen.

Die *Altersbereiche* wurden nach den Schularten in Berlin gewählt: in der Altersgruppe unter 6 Jahre sind alle Kinder vor der Einschulung, in der Altersgruppe von 6 – 13 Jahre sind alle Grundschüler, da in Berlin die Grundschule bis einschließlich der 6. Klasse geht. Die Kinder bzw. Jugendlichen über 13 Jahre sind demnach alle schon in den weiterführenden Oberschulen.

Der Grad der *Schulbildung der Eltern* wurde in vier Ausprägungen kategorisiert:

- Eltern ohne Schulabschluss
- Eltern mit „Hauptschulabschluss“
- Eltern mit „Mittlerer Reife“
- Eltern mit (Fach-)Abitur

Die Kategorie „Mittlere Reife“ beinhaltet nicht nur den Realschulabschluss, sondern auch den Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS) sowie eine 10-jährige Schulbildung in der Türkei, die mit der Mittleren Reife vergleichbar ist.

Den höchsten Schulabschluss des Haushaltes bestimmte der jeweils höchste Schulabschluss von Mutter oder Vater, auch wenn einer der Elternteile nicht im Haushalt wohnt.

Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die vier Kategorien des Schulabschlusses im Haushalt dichotomisiert:

- Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss – „niedrigere Bildung“
- Realschulabschluss oder (Fach-)Abitur – „höhere Bildung“

Ein Therapieabbruch wurde individuell in den Patientenakten vermerkt. In einigen Fällen teilten uns die Patienten explizit mit, dass sie keine weitere Betreuung wünschen. War dies der Fall obwohl das Kind adipös und von daher behandlungsbedürftig ist, wird dies als Therapieabbruch gewertet. Wurden drei aufeinanderfolgende Termine nicht wahrgenommen, ohne dass die Sprechstunde benachrichtigt und ein neuer Termin vereinbart wird, wurde dies in der Patientenakte ebenfalls als Therapieabbruch vermerkt. Je nach Alter, Schweregrad der Adipositas und Komorbiditäten des Kindes sowie sozialer Lage der Familie wurde entweder durch die behandelnde Ärztin oder das Sprechstundenteam entschieden, ob das Jugendamt oder der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) über den Therapieabbruch informiert werden musste.

Es wurde nicht als Abbruch bewertet, wenn Familien eine Weiterbetreuung in Wohnortnähe wünschten. Dann wurden die Patientinnen oder Patienten von der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin in andere Adipositas-Zentren oder in die Betreuung zu einem niedergelassenen Kinderarzt übergeben, indem Befundergebnisse weitergeleitet wurden und eine, meist telefonische, Übergabe von Kinderarzt zu Kinderarzt erfolgte. Ebenso wurde es nicht als Abbruch bewertet, wenn Jugendliche das 18. Lebensjahr erreicht hatten und deshalb in der Kinderklinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin nicht mehr behandelt werden durften. War eine Weiterbehandlung notwendig, wurden die Patientinnen und Patienten in eine Erwachsenenprechstunde übergeleitet.

3.2.4 Statistische Auswertungsverfahren

Es wurden Häufigkeiten zu den Merkmalen Alter (aufgeteilt in Gruppen), Geschlecht, Migrationshintergrund sowie Schulbesuch der Kinder und Schulabschluss der Eltern mit der Chi-Quadrat-Methode untersucht. Die Mittelwerte des BMI-SDS bezüglich der Gruppen Geschlecht, Migrationshintergrund und in den einzelnen Altersgruppen wurde anhand des T-Tests bei unabhängigen Stichproben verglichen. Dieser wurde gewählt, da die Gruppengrößen sehr groß sind.

Die Lagemaße der zentralen Tendenz des BMI-SDS der Kinder hinsichtlich des Migrationshintergrundes und des Schulabschlusses der Eltern wurden mit dem nichtparametrischen Test von Kruskal-Wallis getestet, da nicht bekannt ist, ob eine Normalverteilung bei den Gruppen vorliegt. Ergaben sich Unterschiede, wurde im Anschluss aufgrund der geringen Gruppengrößen mit dem U-Test von Mann & Whitney getestet. Damit konnten festgestellt werden, an welcher Stelle sich diese Unterschiede identifizieren lassen. Geprüft wird damit, ob ein Unterschied zwischen zwei unabhängigen Stichproben hinsichtlich der stetigen Variablen, in diesem Fall dem Mittelwert des BMI-SDS der Kinder und Jugendlichen, existiert. Der Abbruch der Therapie hinsichtlich des Migrationshintergrundes wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests untersucht. Die Therapiehäufigkeit und damit die Anzahl der Beratungen wurden mit Mittelwerten beschrieben. Um die zentrale Tendenz der jeweiligen Gruppen (Ethnizität, Geschlecht, Alter) zu vergleichen, wurde auch bei der Therapiehäufigkeit die Testmethode nach Kruskal-Wallis gewählt.

Da die Zielvariablen binär sind (Adipositas/extreme Adipositas und Therapie/Therapieabbruch), wurde die Methode der binären logistischen Regression gewählt. Anhand multivariater logistischer Regressionsmodelle wurde der Einfluss von „Geschlecht“, „Altersgruppen“, „Bildung der Eltern“ (in zwei Gruppen) oder Gewicht auf die unabhängigen Variablen „Ausmaß der Adipositas“ und „Therapieabbruch“ getestet. Gruppenunterschiede mit p-Werten von kleiner als 0,05 oder mit 95%-Konfidenzintervallen, die sich nicht überschneiden, wurden als statistisch signifikant gewertet (Coggon 2007).

Um den Verlauf darzustellen, wurde die Differenz des BMI-SDS (Δ BMI-SDS) berechnet. Dazu wurde der BMI-SDS des letzten im Datensatz festgehaltenen Termins vom BMI-SDS bei Erstuntersuchung subtrahiert. In Anlehnung an die Empfehlungen der AGA wurde Erfolg definiert als eine Abnahme des BMI-SDS um 0,2 innerhalb eines Jahres. Diese entspricht -0,0166 BMI-SDS pro Monat (Hoffmeister et al. 2011b, Reinehr 2002). Für den jeweils letzten Termin wurde der Quotient Δ BMI-SDS/Zeit berechnet. Daraus ergibt sich die Definition von erfolgreicher Gewichtsabnahme als ein Quotient $\leq -0,2/12$ ($\leq -0,0166$) und die Definition von nicht erfolgreicher Gewichtsabnahme als ein Quotient von $> -0,2/12$ ($> -0,0166$). In die Berechnungen wurden nur Patientinnen und Patienten einbezogen, die die Therapie nicht abgebrochen haben sowie mindestens seit 6 Monaten Termine in der Adipositas-Sprechstunde wahrnahmen.

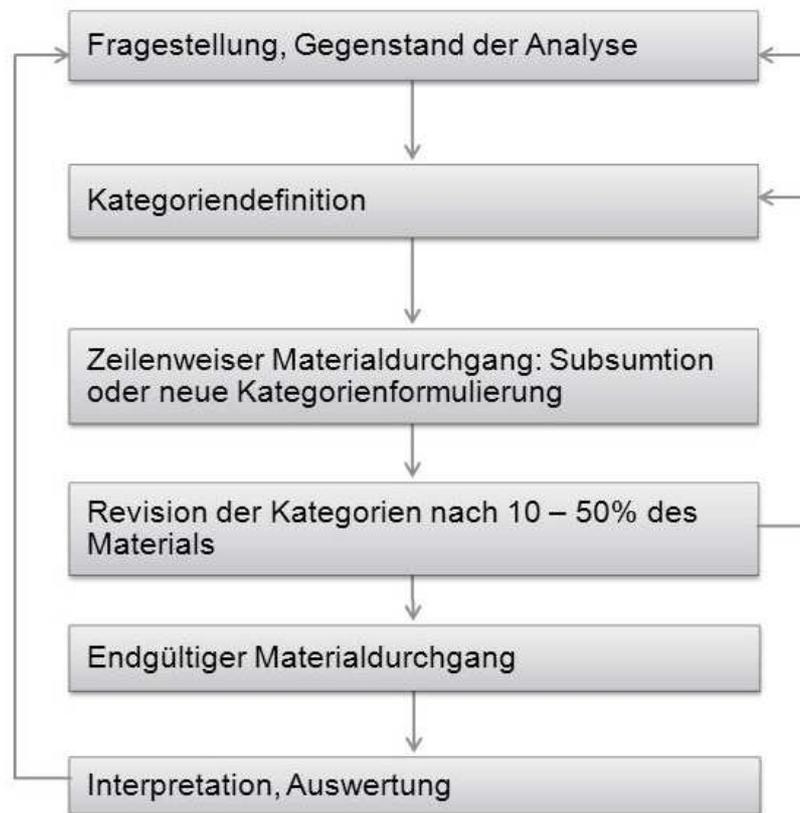
Der Einfluss von Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildung der Eltern auf den Erfolg wurde mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht, der Einfluss der einzelnen Altersgruppen wurde mit dem Test von Mann-Whitney berechnet. Mit einem multivariaten logistischen Regressionsmodell wurde der Einfluss von „Geschlecht“, „Migrationshintergrund“, „Altersgruppen“, und „Bildung der Eltern“ (in zwei Gruppen) auf den Erfolg getestet (Backhaus 2006).

3.2.5 Inhaltsanalyse der Interviews

Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte nach der inhaltsanalytischen Methode von Mayring (2000) und orientiert sich an seinem Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung (s. Abbildung 7). Diese Methode wurde gewählt, weil sie eine systematische, das heißt regelgeleitete Analyse sprachlichen Materials ermöglicht. Des Weiteren ist eine Inhaltsanalyse theoriegeleitet, d. h. der Text wird nicht

nur referiert, sondern unter einer bestimmten Fragestellung in theoriegeleiteten Schritten analysiert (Mayring 2007).

Abbildung 7: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring



Quelle: Mayring 2007, S. 75

Im ersten Schritt wurden die inhaltstragenden Textstellen des Originaltexts paraphrasiert. Dabei wurden die nicht oder wenig inhaltstragenden Textbestandteile sowie Ausschmückungen und Wiederholungen gestrichen. Des Weiteren wurden die Paraphrasen auf eine einheitliche Sprachebene gebracht. Diese Paraphrasen wurden anschließend auf ein Abstraktionsniveau verallgemeinert, was als Generalisierung bezeichnet wird. Die Paraphrasen wurden so generalisiert, dass ein direkter Bezug auf die zu untersuchenden Annahmen hergestellt werden konnte. Im dritten Schritt erfolgte die Reduktion. Bedeutungsgleiche und nicht inhaltstragende Paraphrasen wurden dabei gestrichen, außerdem wurden nur Paraphrasen übernommen, die als zentral wichtig scheinen. Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage wurden zusammengefasst. Die entstandenen komp-

rimierten Aussagen können als Kategoriensystem verstanden werden. Der endgültige Materialdurchgang erfolgte, indem die reduzierten Aussagen als Beispiele den Subkategorien zugeordnet wurden. Dabei wurde überprüft, ob neue Kategorien konstruiert werden müssen, was als Kategoriendefinition bezeichnet wird. Das gewonnene Kategoriensystem ermöglichte, dass die einzelnen Interviews untereinander verglichen und im Zusammenhang der Fragestellung interpretiert werden konnten (Mayring 2007).

Qualitätskriterien

Um einen Bias bei der Durchführung der Interviews zu verhindern, wurden nur die Jugendlichen von der Studienleiterin interviewt, die ihr unbekannt waren. Die Jugendlichen, die von ihr in der Sprechstunde betreut werden, wurden von einer externen Interviewerin befragt. Diese war vorher mit dem Interview-Leitfaden vertraut gemacht worden.

Sechs der acht ausgewerteten Interviews wurden ohne Kategorien und Subkategorien, sondern nur mit Inhalten, einer externen Forscherin vorgelegt. Diese ordnete eigene Kategorien und Subkategorien anhand des Datenmaterials zu. Das Hinzuziehen der externen Forscherin diente der Qualitätsüberprüfung der Auswertungen bzw. der Bestimmung der Kategorien. Mayring (2000) spricht hierbei von „semantischer Gültigkeit“ als inhaltsanalytisches Gütekriterium.

Die Namen der Jugendlichen wurden durch ein Kennwort pseudonymisiert.

3.2.6 Kategorienbildung

Aus der Fragestellung heraus wurden Kriterien, sogenannte Kategorien, festgelegt, die sich im Leitfaden der Interviews widerspiegeln. Sie entsprechen den in Kapitel 3.1.5. genannten fünf thematischen Bereichen des Interviewleitfadens:

1. Vorgeschichte der Gewichtszunahme
2. Behandlung im SPZ
3. Soziales Umfeld der Jugendlichen
4. Leidensdruck / Motivation
5. Zielsetzung der Therapie

Daraus wurden die Aspekte bestimmt, die berücksichtigt werden sollen um das Material danach durchzuarbeiten, wobei sich der induktive Prozess an systematischen Reduktionsprozessen orientiert. Die entwickelten Subkategorien leiten sich in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen (Mayring 2007).

Den fünf Kategorien lassen sich die entstandenen Subkategorien wie folgt zuordnen:

Tabelle 2: Kategorien und Subkategorien

Kategorie	Subkategorie
Vorgeschichte der Gewichtszunahme	Zustandekommen des ersten Termins in der Adipositas-Sprechstunde
	Vorherige Behandlung
	Gewichtsverlauf vor der Betreuung
Behandlung im SPZ	Erster Termin
	Organisation der Sprechstunde
	Ergebnisse der Betreuung
Soziales Umfeld der Jugendlichen	Familie
	Freunde / Schule
Leidensdruck / Motivation	Konfrontation im Alltag
	Therapiehürden
	Motivation durch die Sprechstunde
	Motivation durch das Umfeld
	Motivation durch sich selbst
Zielsetzung der Therapie	Wünsche
	Erfahrung

Beim endgültigen Materialdurchgang wurden folgende Kategorien definiert:

1. Zustandekommen des ersten Termins in der Adipositas-Sprechstunde
2. Vorherige Betreuung
3. Gewichtsverlauf vor der Betreuung
4. Wahrnehmungen beim ersten Termin
5. Positive Kritik an der Sprechstunde
6. Negative Kritik an der Sprechstunde
7. Betreuungsverlauf
8. Veränderungsvorschläge für die Sprechstunde
9. Wirkung der Betreuung
10. Familie
11. Freunde / Schule
12. Leidensdruck und Einschränkungen im Alltag
13. Therapiehürden
14. Motivation durch Sprechstunde
15. Motivation durch soziales Umfeld
16. Persönliche Motivation
17. Definition der zukünftigen Gewichtsreduktion
18. Konkrete Ziele
19. Wünsche und Erwartungen

Anhand dieser endgültigen Kategorien wurden die Interviews interpretiert und miteinander verglichen.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt. Zunächst werden in Kapitel 4.1 die Ergebnisse der quantitativen Analyse dargestellt, indem die Charakteristika und der soziale Kontext der Kinder aus der Kohorte, deren Versorgung sowie der Erfolg bei der Therapie beschrieben werden. In Kapitel 4.2 erfolgt die Beschreibung der Ergebnisse der Interviews mit den Punkten Vorgeschichte, Behandlung im SPZ, Soziales Umfeld, Leidensdruck / Motivation und Zielsetzung. Kapitel 4.3 fasst diese Ergebnisse kurz zusammen und kontrastiert sie.

4.1 Einflüsse und Therapieverlauf bei der Kohorte

4.1.1 Charakteristika und sozialer Kontext der Kinder aus der Kohorte

Anhand der in Kapitel 3.1.3 beschriebenen Auswahl der Kriterien wurden aus der Gesamtkohorte die Daten von 612 Kindern und Jugendlichen ausgewählt.

Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund (s. Anlage 1)

Von den 612 Kindern sind 326 Mädchen (53,3%) und 286 Jungen (46,7%). 67 Kinder (10,9%) sind unter 6 Jahre alt, mehr als die Hälfte (N=319 / 52,1%) ist im Grundschulalter und etwa ein Drittel aller Kinder bzw. Jugendlichen sind über 13 Jahre alt (N=226 / 37%). Differenziert man die Altersgruppen nach Geschlecht, so zeigt sich, dass es 40 (59,7%) unter 6-jährige Mädchen und 27 (40,3%) Jungen gibt, 172 (53,9%) Grundschüler weiblich und 147 (46,1%) männlich sind. Bei den Jugendlichen sind 114 (50,4%) Mädchen und 112 (49,6%) Jungen.

Bei der Aufteilung nach dem Migrationshintergrund zeigt sich, dass 35,9 % (N=220) der Kinder und Jugendlichen einen türkischen Migrationshintergrund haben, demnach sind 64,1 % (N=392) deutscher Herkunft. Hierbei unterteilen sich die deutschen Kinder in 214 (54,6%) Mädchen und 178 (45,4%) Jungen, während es bei den türkischen Kinder und Jugendlichen 112 Mädchen (50,9%) und 108 (49,1%) Jungen sind.

Die Altersgruppen differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund sind in Tabelle 3 dargestellt. Bei den Mädchen ist die Verteilung über alle Altersgruppen recht ähnlich: Sie sind etwa zu zwei Dritteln deutscher Herkunft und zu einem Drittel türkischer Herkunft. Demgegenüber ist bei den Jungen in der Altersgruppe der

6 – 13-jährigen ein Anteil von über 40 % mit türkischem Migrationshintergrund zu beobachten.

Tabelle 3: Aufteilung der Altersgruppen unter Berücksichtigung des Geschlechts und des Migrationshintergrunds

Migrationshintergrund	< 6 Jahre		≥6 – <13 Jahre		≥ 13 Jahre		Gesamt (N)
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	
deutsch (N)	26	17	112	87	76	74	392
türkisch (N)	14	10	60	60	38	38	220
Total (%)	10,9%		52,1%		37%		
Gesamt (N)	40	27	172	147	114	112	612

* = $p < 0,05$

Schulbesuch der Kinder und Jugendlichen (s. Anlage 2)

In Berlin gehen im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern Kinder bis einschließlich der 6. Klasse in die Grundschule. Erst zum 7. Schuljahr erfolgt der Wechsel in die weiterführende Schule. Entsprechend hoch ist der Anteil an Grundschülern in der Adipositas-Sprechstunde. Die Verteilung der Kohorte auf die einzelnen Schultypen war wie folgt:

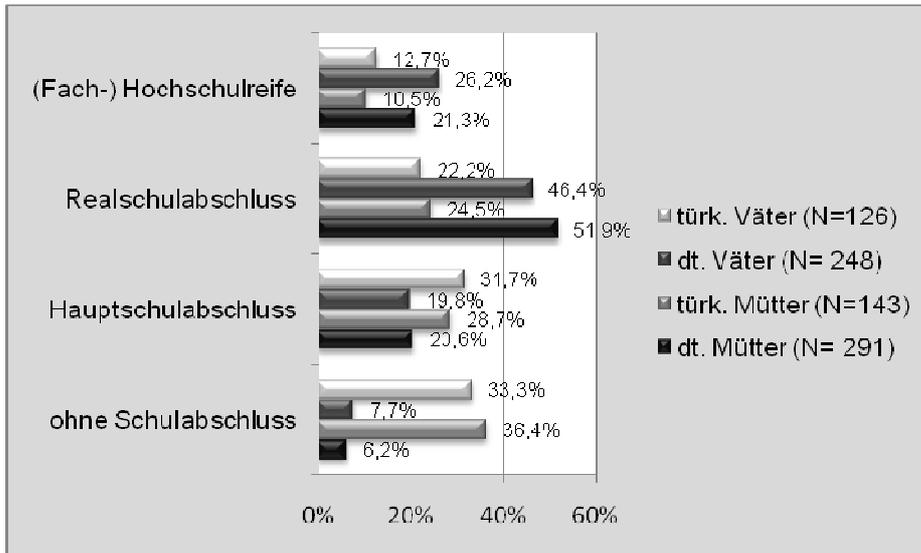
Fast die Hälfte der Kinder (N=278) besucht die Grundschule (45,4%), zur Förderschule gehen 32 (5,2%). 64 Kinder (10,5%) gehen in den Kindergarten. Die restlichen 238 (38,9%) Kinder und Jugendlichen besuchen die weiterführenden Schulen. Dabei werden von 63 (10,3%) eine Gesamtschule, von 55 (9,0%) ein Gymnasium, von 47 (7,7%) eine Realschule und von 33 (5,4%) eine Hauptschule besucht. Von 40 Kindern und Jugendlichen (6,5%) ist unbekannt, welchen Schultyp sie besuchen.

Schulbildung der Eltern (s. Anlage 3)

Für die Schulbildung der Eltern wurde der höchste Schulabschluss im Haushalt berücksichtigt. Von 447 Haushalten liegt diese Angabe vor, dabei sind die 198 Haushalte, in denen der höchste Schulabschluss die Mittlere Reife ist, mit 44,3% am häufigsten. In 51 (11,4%) Haushalten hat keiner der Eltern einen Schulabschluss. Bei 101 (22,6%) Haushalten ist ein Abitur der höchste Schulabschluss, ähnlich hoch ist mit 97 (21,7%) der Anteil an Haushalten, in denen ein Hauptschulabschluss vorliegt. Betrachtet man Mütter und Väter getrennt, so gibt es kaum Unterschiede bei fehlenden Schulabschlüssen (Mütter: N=70 (16,1%), Väter: N=61 (16,3%)) und bei Hauptschulabschlüssen (Mütter: N=101 (23,3%), Väter: N=89 (23,8%)). Erst bei höheren Schulabschlüssen zeigen sich Unterschiede: so verfügen mehr Mütter (N=186, 42,9%) als Väter (N=143, 38,2%) über eine Mittlere Reife, jedoch mehr Väter (N=81, 21,7%) als Mütter (N=77, 17,7%) über ein Abitur.

Abbildung 8 zeigt den Schulabschluss der Eltern differenziert nach Migrationshintergrund. Es ist ein deutlicher Unterschied zwischen deutschen und türkischen Eltern zu sehen, sowohl bei den Müttern, als auch bei den Vätern. So haben unter 10 % (Mütter: N=18 (6,2%), Väter: N=19 (7,7%)) der deutschen Eltern keinen Schulabschluss, während bei den türkischen Eltern ca. ein Drittel (Mütter: N=52 (36,4%), Väter: N=42 (33,3%)) über keinen Schulabschluss verfügen. Beim Hauptschulabschluss sind die Unterschiede nicht so extrem: ca. 20% der deutschen Eltern (Mütter: N=60 (20,6%), Väter: N=49 (19,8%)) haben einen Hauptschulabschluss, während 41 türkische Mütter (28,7%) und 40 türkische Väter (31,7%) einen Hauptschulabschluss besitzen. Bei der Mittleren Reife zeigen sich große Unterschiede: über die Hälfte der deutschen Mütter (N=151, 51,9%) und fast die Hälfte der deutschen Väter (N=115, 46,4%) haben auf einer Realschule ihren Abschluss gemacht während 24,5% der türkischen Mütter (N=35) und 22,2% der türkischen Väter (N=28) über einen Realschulabschluss verfügen. Bei der Hochschulreife zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: über 20% der deutschen Eltern (Mütter: N=62 (21,3%), Väter: N=65 (26,2%)) haben ein (Fach-) Abitur, aber nur 10,5% der türkischen Mütter (N=15) und 12,7% der türkischen Väter (N=16) können dies aufweisen.

Abbildung 8: Schulbildung der Eltern unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds



Quelle: eigene Berechnungen

Adipositas und extreme Adipositas der Kinder (s. Anlage 4)

In Anlehnung an die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild (Kromeyer-Hauschild 2001) wurde der BMI-SDS > 2,0 als adipös, > 2,5 als extrem adipös definiert. Von den 612 Kindern und Jugendlichen sind 60,6% (N=371) extrem adipös und 39,4% (N=241) adipös. Unterteilt man diese Gruppen nach Geschlecht, so stellt man fest, dass sich die Verteilung der adipösen Mädchen und Jungen kaum unterscheidet: von den Kindern und Jugendlichen, die einen BMI-SDS > 2,0 und < 2,5 haben, sind 49,4% Jungen (N=119) und 50,6% Mädchen (N=122). Bei den extrem adipösen Kindern und Jugendlichen zeigt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich der Geschlechterverteilung: 45% sind Jungen (N=167) und 55% (N=204) sind Mädchen (n.s.).

Wird nach Migrationshintergrund unterschieden, ergeben sich folgendes Bild: von den deutschen Kindern und Jugendlichen sind 43,9% adipös (N=172) und 56,1% extrem adipös (N=220), während 31,4% der türkischen Patientinnen und Patienten adipös sind (N=69) und 68,6% extrem adipös (N=151).

Wird sowohl nach Migrationshintergrund, als auch nach Geschlecht differenziert, zeigen sich signifikante Unterschiede: während bei den deutschen Jungen 46,1% adipös und 53,9% extrem adipös sind, leiden 34,3% der türkischen Jungen an Adipositas und 65,7% an extremer Adipositas ($p=0,05$). Noch deutlicher ist der Unterschied bei den Mädchen ($p=0,01$): 42,1% der deutschen Mädchen sind adipös und 57,9% extrem adipös. Im Gegensatz dazu sind 28,6% der türkischen Mädchen adipös und 71,4% extrem adipös.

Auch in den Altersgruppen zeigen sich diesbezüglich Unterschiede. Während bei den deutschen Kindergartenkindern 69,8% extrem adipös sind, liegt der Anteil der türkischen Kinder unter 6 Jahren bei 87,5%. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Altersgruppe der 6 – 13-jährigen: während 46,2% der deutschen Kinder extrem adipös sind, beläuft sich der Anteil der türkischen Gleichaltrigen auf 63,3% ($p=0,03$). Der Anteil der deutschen extrem adipösen Jugendlichen (> 13 – 18 Jahre) beläuft sich 65,3%, bei den türkischen Jugendlichen sind es 71,1%. Die Anteile der einzelnen Gruppen an adipösen und extrem adipösen Kindern und Jugendlichen zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Grad der Adipositas unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen

	deutsch		türkisch		p-Wert (Chi ² -Test)
	N (%)		N (%)		
	Adipös	extrem adipös	adipös	extrem adipös	
Mädchen	90 (42.1)	124 (57.9)	32 (28.6)	80 (71.4)	0.02*
Jungen	82 (46.1)	96 (53.9)	37 (34.3)	71 (65.7)	0.05
< 6 Jahre	13 (30.2)	30 (69.8)	3 (12.5)	21 (87.5)	0.10
≥6 – <13 Jahre	107 (53.8)	92 (46.2)	44 (36.7)	76 (63.3)	0.03*
≥ 13 Jahre	52 (34.7)	98 (65.3)	22 (28.9)	54 (71.1)	0.39

* = p<0,05

Der BMI-SDS der Kinder und Jugendlichen (s. Anlage 5)

Der Mittelwert des BMI-SDS aller 612 Kinder und Jugendlichen liegt bei 2,72, wobei der Mittelwert der Mädchen höher liegt als der der Jungen (2,77 versus 2,66). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (p=0,009). Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen den deutschen Kindern und Jugendlichen, deren Mittelwert des BMI-SDS bei 2,66 liegt, und den Kindern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund. Deren Mittelwert des BMI-SDS liegt bei 2,81 (p=0,001).

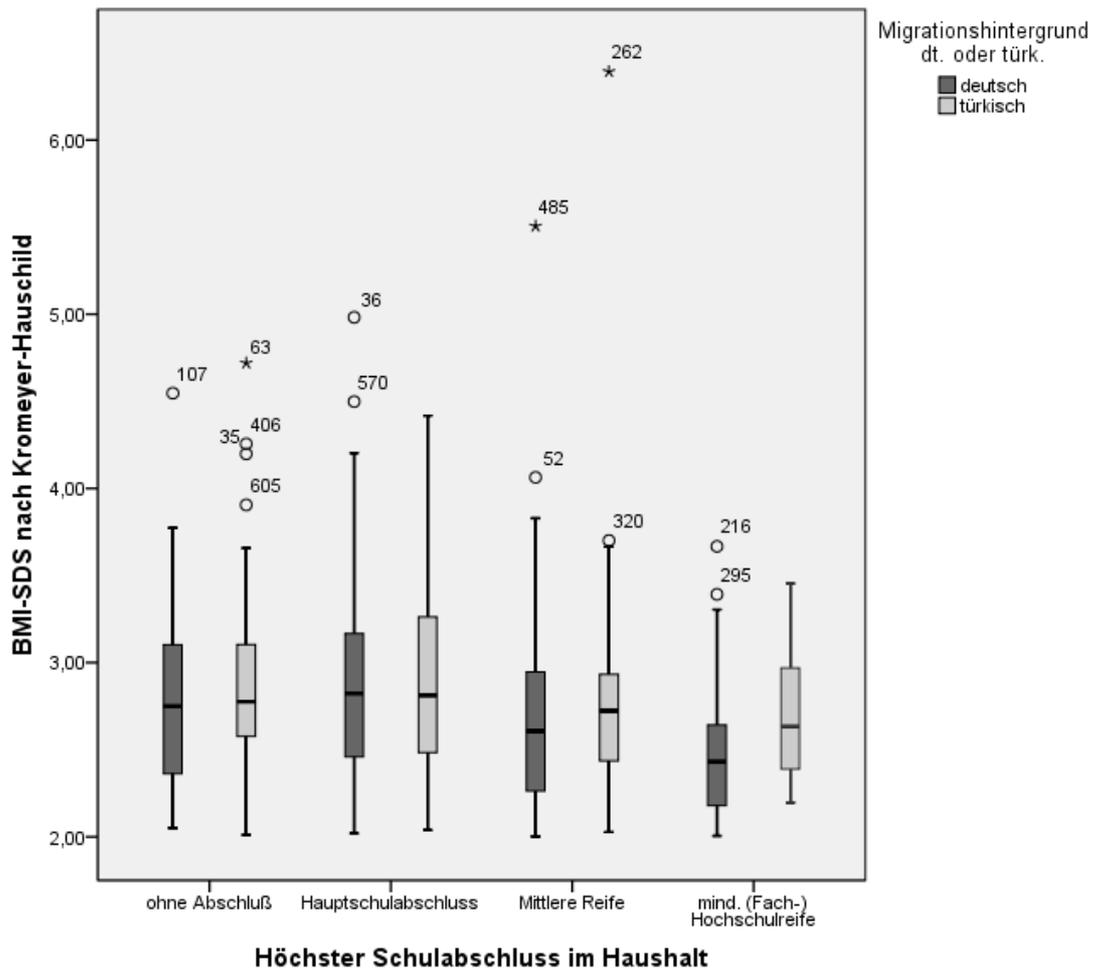
Berechnet man den BMI-SDS in den einzelnen Altersbereichen und differenziert diese nach Migrationshintergrund ergibt sich, dass der Mittelwert des BMI-SDS in der Gruppe der jüngsten Kinder am höchsten ist. Es zeigt sich, dass die Kinder und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund in allen Altersbereichen einen höheren BMI-SDS aufweisen als die deutschen, wobei der Unterschied nur in der Gruppe der 6 – unter 13-jährigen statistisch signifikant ist (unter 6 Jahre: deutsch: 3,08 vs. türkisch 3,45 (p=0,084); 6 – unter 13 Jahre: deutsch 2,52 vs. türkisch 2,67 (p=0,001); 13 bis unter 18 Jahre: deutsch 2,74 vs. türkisch 2,83 (p=0,203)).

BMI-SDS der Kinder und Schulbesuch der Eltern (s. Anlage 6)

Von den 447 Familien, deren höchster Schulabschluss im Haushalt bekannt ist, nimmt der Mittelwert des BMI-SDS der Kinder ab, je höher der Grad der Schulbildung der Eltern ist. Haben die Eltern keinen Schulabschluss, so liegt der Mittelwert des BMI-SDS der Kinder und Jugendlichen bei 2,92, bei einem Hauptschulabschluss der Eltern bei 2,90. Ist der höchste Schulabschluss im Haushalt eine Mittlere Reife, so liegt der Mittelwert des BMI-SDS bei 2,71 und bei einem (Fach-) Abitur liegt er bei 2,54.

Bei der Differenzierung nach Migrationshintergrund zeigt sich in Abbildung 9, dass der Median des BMI-SDS sowohl bei den Kindern, deren Eltern keinen oder einen Hauptschulabschluss haben, auf gleicher Höhe liegen (ohne Schulabschluss: deutsch 2,75, türk. 2,77; Hauptschulabschluss: deutsch 2,82, türk. 2,81) unabhängig vom Migrationshintergrund. Er sinkt mit steigendem Schulabschluss der Eltern: er liegt niedriger bei den Kindern, deren Eltern einen Realschulabschluss (deutsch 2,61, türk. 2,72) haben. Am niedrigsten zeigt sich der Median in den Boxplots bei den Kindern, deren Eltern eine Hochschulreife haben. Allerdings zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied zwischen der deutschen (2,43) und der türkischen (2,63) Gruppe.

Abbildung 9: Mittelwerte des BMI-SDS der Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds und dem Schulabschluss der Eltern



Quelle: eigene Berechnungen

Im Test zeigt sich, dass die Mittelwerte des BMI-SDS der türkischen Kinder keine signifikanten Unterschiede aufweisen in Bezug auf Schulbildung der Eltern ($p=0,48$), während innerhalb der deutschen Gruppe der BMI-SDS der Kinder bezüglich der Schulbildung der Eltern signifikante Unterschiede aufweist ($p=0,00$). Tabelle 5 zeigt, dass signifikante Unterschiede zwischen dem BMI-SDS deutscher und türkischer Kinder und Jugendlicher bestehen, wenn die Eltern ein Abitur haben.

Tabelle 5: Vergleich des Mittelwerts des BMI-SDS nach Migrationshintergrund und Schulbildung der Eltern

	deutsch	türkisch	p-Wert (M-W-U-Test)
Ohne Schulabschluss	2,85	2,95	0,436
Hauptschulabschluss	2,92	2,88	0,823
Mittlere Reife	2,68	2,80	0,246
Mind. (Fach-) Hochschulreife	2,49	2,72	0,012*

* = $p < 0,05$

Risiko extremer Adipositas bei Erstvorstellung (s. Anlage 7)

Das höchste Risiko bei Erstvorstellung extrem adipös zu sein, bergen die Faktoren eines türkischen Migrationshintergrundes ($p=0,011$), niedrige Schulbildung der Eltern ($p=0,012$) und im Vorschulalter ($p=0,005$) zu sein und wird in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Multiple Regressionsanalyse der extremen Adipositas unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen

Abhängige Variable	Unabhängige Variablen	p-Wert	OR	95% CI
Extreme Adipositas	Männliches Geschlecht	0,125	0,73	0,49-1,09
	Türkischer Migrationshintergrund	0,011*	1,82	1,15-2,87
	Niedrige Bildung der Eltern	0,012*	1,81	1,14-2,87
	Alter $\geq 6 - < 13$ Jahre	0,005*	0,38	0,19-0,74
	Alter ≥ 13 Jahre	0,447	0,76	0,37-1,55

* = $p < 0,05$

Jungen haben im Vergleich zu Mädchen ein leicht erhöhtes Risiko bei der Erstvorstellung extrem adipös zu sein (OR=0,73). Die Jugendlichen, die älter als 13 Jahre alt sind, haben im Vergleich zu den Kindern unter 6 Jahre ebenfalls ein nur leicht erhöhtes Risiko bei Erstvorstellung adipös zu sein (OR=0,76). Diese beiden Ergebnisse weisen keine statistisch signifikanten Unterschiede auf.

4.1.2 Versorgung

(s. Anlage 8)

Anzahl der Beratungen

Im Mittel kommen die Familien der gesamten Studienkohorte 5,65-mal im Verlauf der Therapie zu Beratungen, bei denen eine medizinische Untersuchung stattfindet. Die Streuung liegt dabei um bis zu 25 Beratungen. Die türkischen Familien werden etwas häufiger in der Sprechstunde gesehen: bei ihnen liegt der Mittelwert bei 5,81 Beratungen, während der Mittelwert der deutschen Familien bei 5,55 liegt. Dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant ($p=0,731$).

Besonders die Gruppen der unter 6-jährigen Kinder (Mittelwert: 6,21) und über 13-jährigen Jugendlichen (Mittelwert: 6,32) mit türkischem Migrationshintergrund werden häufig in der Sprechstunde beraten und betreut. Bei gleichen Varianzen zeigen diese Ergebnisse jedoch keine signifikanten Unterschiede ($p=0,442$ bei den unter 6-jährigen und $p=0,271$ bei den über 13-jährigen).

Betreuungsintensität

503 (82,2%) Patienten der Kohorte werden in einer Betreuungsintensität von 1 – 3 Monaten in der Sprechstunde gesehen. Nur 63 (10,3%) kommen in Abständen, die größer sind als 3 Monate in die Sprechstunde, von 46 (7,5%) fehlten dazu die Angaben. Dabei ist kein signifikanter Unterschied ($p=0,288$) zwischen deutschen und türkischen Familien zu beobachten: 317 (87,8%) deutsche und 186 (90,7%) türkische Patienten nehmen Termine alle 1 – 3 Monate wahr. Auch der Grad der Adipositas ist nicht ausschlaggebend für die Betreuungsintensität ($p=6,78$): so erhalten 88,2% der adipösen Patienten sowie 89,3% der extrem adipösen Patienten Termine alle 1 – 3 Monate.

Therapieabbruch

Die Daten zum Therapieverlauf lagen von 603 Familien vor. 231 Familien (38,3%) haben die Therapie beendet, während 372 Familien (61,7%) die Therapie abgebrochen haben. Unterscheidet man die Abbrüche nach Migrationshintergrund, so haben 61% der insgesamt 385 deutschen Familien die Therapie abgebrochen sowie 62,8% der insgesamt 218 Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,661$).

Risiko eines Therapieabbruchs (s. Anlage 9)

Das höchste Risiko, die Therapie in der Adipositas-Sprechstunde abubrechen ist in nur einem Faktor zu finden: dem Grad der Adipositas. Die logistische Regressionsanalyse ergab im Einzelnen folgende Ergebnisse (s. Tabelle 7):

Tabelle 7: Multiple Regressionsanalyse des Abbruchs unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen

Abhängige Variable	Unabhängige Variablen	p-Wert	OR	95% CI
Betreuungsabbruch	Männliches Geschlecht	0,215	1,28	0,87-1,88
	Türkischer Migrationshintergrund	0,687	0,92	0,60-1,41
	Niedrige Bildung der Eltern	0,752	1,10	0,69-1,66
	Alter ≥ 6 – <13 Jahre	0,381	1,31	0,72-2,38
	Alter ≥ 13 Jahre	0,304	1,39	0,74-2,60
	Adipositas	0,005*	0,56	0,37-0,84

* = $p < 0,05$

Sind die Kinder und Jugendlichen schon bei der Erstvorstellung extrem adipös, ist das Risiko für einen Therapieabbruch am höchsten ($p=0,005$).

4.1.3 Erfolg bei der Gewichtsabnahme

(s. Anlage 10)

Von den 331 Patienten, die mindestens 6 Monate in Betreuung waren, konnte ein Viertel der Kinder und Jugendlichen (25,1%) ihren BMI-SDS um mindestens 0,2 verringern, waren also in der Therapie erfolgreich.

Differenziert man die Gruppe nach Geschlecht, so zeigt sich, dass 29,5% der Jungen ($N= 41$) und 21,9% der Mädchen ($N=42$) ihren BMI-SDS um mindestens 0,2 verringern konnten. Es konnte kein signifikanter Unterschied hergeleitet werden ($p=0,11$).

Auch beim Vergleich bezüglich des Migrationshintergrundes zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ($p=0,96$): 25,0% der deutschen ($N=53$) und 25,3% der türkischen ($N=30$) Kinder und Jugendlichen waren erfolgreich.

Es liegt ein signifikanter Einfluss des Alters der Kinder auf den Erfolg vor ($p=0,00$). Die Vorschulkinder ($N=21$) sind mit 65,6% signifikant erfolgreicher als die Grund-

schüler (N=40) mit 23,0% ($p=0,00$) bzw. als die Oberschüler (N=22) mit 17,6% ($p=0,00$). Zwischen den erfolgreichen Grundschulern und Oberschülern lassen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen ($p=0,258$).

Auch die Bildung der Eltern scheint keinen Einfluss auf den Erfolg der Therapie der Kinder und Jugendlichen zu haben: 25,6% der Patientinnen und Patienten, deren Eltern über einen niedrigen Schulabschluss verfügen, waren erfolgreich (N=21), während 24,3% der Kinder und Jugendlichen, deren Eltern mindestens über einen Realschulabschluss verfügen, erfolgreich waren (N=42). Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($p=0,82$).

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der logistischen Regression, welche in Tabelle 8 dargestellt ist:

Tabelle 8: Multiple Regressionsanalyse des Therapieerfolgs unter Berücksichtigung des Geschlechts, des Migrationshintergrunds und der Altersgruppen

Abhängige Variable	Unabhängige Variablen	p-Wert	OR	95% CI
Erfolg (BMI-Verringerung \geq 0,2 SD)	Männliches Geschlecht	0,041*	1,92	1,03-3,60
	Türkischer Migrationshintergrund	0,729	1,13	0,56-2,27
	Niedrige Bildung der Eltern	0,731	0,88	0,42-1,82
	Alter \geq 6 – <13 Jahre	0,000*	7,93	3,14-20,02
	Alter \geq 13 Jahre	0,000*	14,67	5,14-41,89

* = $p < 0,05$

Es konnten 255 Kinder und Jugendliche in die Berechnung der multiplen Regressionsanalyse einbezogen werden. Die Chance der türkischen Kinder und Jugendlichen erfolgreich abzunehmen ist nahezu gleich groß im Vergleich zu den deutschen Kindern und Jugendlichen ($OR=1,13$). Jungen sind erfolgreicher bei der Gewichtsabnahme als Mädchen: sie haben eine fast doppelt so große Chance ($OR=1,92$) bei der Gewichtsabnahme erfolgreich zu sein im Vergleich zu Mädchen. Deutliche Signifikanzen zeigen sich beim Alter der Kinder: die jüngsten Kinder (unter 6 Jahre) haben die größte Chance erfolgreich zu sein. Gegenüber Grundschulern (6 bis unter 13 Jahre) haben die unter 6-jährigen eine große Chance, ge-

genüber Jugendlichen über 13 Jahre eine sehr große Chance, erfolgreich in der Therapie zu sein.

4.1.4 Weitere Aspekte der Betreuung

Einbezug unterschiedlicher Professionen

Da die Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) stattfindet, ist die gesetzliche Grundlage für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen und ihren Familien der § 119 SGB V (Hollmann H, 2009). Das Rahmenkonzept des diagnostischen Vorgehens zur Erstellung eines Behandlungsplanes ist festgelegt und beinhaltet, dass u.a. eine pädiatrische Untersuchung zu erfolgen hat. Für die Abrechnung weiterer Leistungen von anderen Berufsgruppen ist die ärztliche Präsenz unabdingbar. Die Untersuchung von Pöche-Guckelberger in der Adipositas-Sprechstunde im SPZ der Charité – Universitätsmedizin Berlin ergab, dass die Berufsgruppe der Krankenschwestern die häufigsten Patientenkontakte aufweist, gefolgt von den Ärztinnen und Ärzten sowie von den Ernährungstherapeutinnen. Je höher jedoch das Risikoprofil einer Familie war, desto weniger Kontakte haben Ärztinnen und Ernährungstherapeutinnen. Dagegen nimmt die Anzahl der Kontakte mit Psychologinnen und Psychologen sowie zur Sozialarbeiterin zu. Nur beim Risikoprofil wurden statistisch signifikante Unterschiede bei der Anzahl der Kontakte gefunden, Grad der Adipositas, Geschlecht und Migrationshintergrund ergaben keine Unterschiede (Pöche-Guckelberger, 2010).

Weiterleitung an externe Versorger

Jede Familie erhält in der Sprechstunde eine Adresse und Kontaktdaten von mindestens einem Sportangebot. Da dieser Baustein der Adipositas-Therapie nicht von der Charité - Universitätsmedizin angeboten wird, liegen keine empirischen Daten darüber vor, wie viele Kinder tatsächlich das empfohlene Angebot wahrnehmen. Individuell wird vom Behandlungsteam entschieden, welche Angebote geeignet für die Familie erscheinen. Der diesbezügliche Haupt-Kooperationspartner der Adipositas-Sprechstunde, der Sport-Gesundheitspark Berlin e.V., hat seinen Standort im Stadtteil Wilmersdorf. Für Familien aus anderen Stadtteilen bedeutet dies oft lange Anfahrtswege. Nicht jede Familie ist in der Lage, diesen Weg auf sich nehmen zu können. Im Jahresbericht 2008 des Sport-

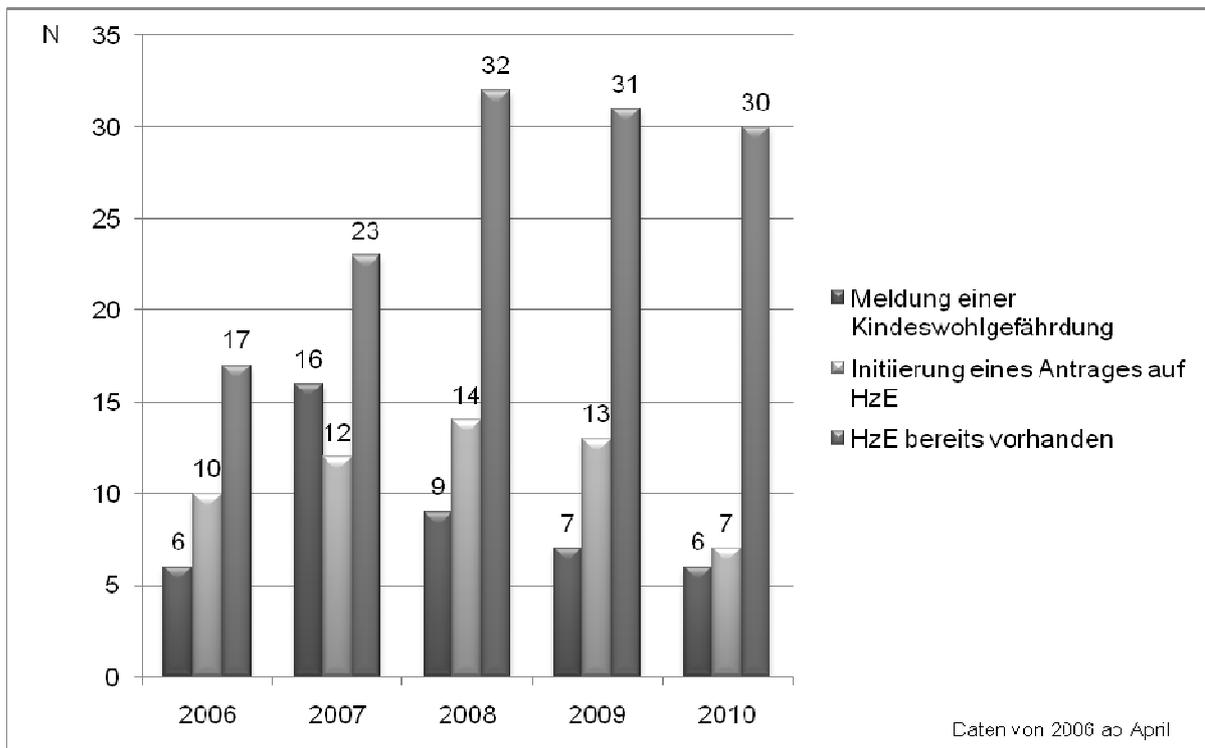
Gesundheitspark Berlin e.V. werden 287 Kinder als Mitglieder genannt, diese sind den Adipositas-Sportgruppen zuzurechnen (Sport-Gesundheitspark Berlin e.V., 2008). Diese Kinder sind jedoch nicht alle Patienten des Babeluga-Therapieprogramms der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ist der Weg nach Wilmersdorf zu weit, werden wohnortnahe Sportangebote recherchiert und der Familie empfohlen (Ernst und Wiegand 2010).

Falls notwendig, werden Kinder und Jugendliche für eine ambulante Psychotherapie zu niedergelassenen Therapeuten verwiesen, auch diese Fallzahlen werden nicht im Rahmen der Adipositas-Sprechstunde erfasst.

Von der Sozialarbeiterin des Teams werden Familien oftmals an freie Träger verwiesen, je nach Bedarf der jeweiligen Familie (Wiegand et al. 2005). Beispiele dafür sind: Deutschkurse für Migrantinnen und Migranten, Berufsqualifizierungskurse für Eltern, Hausaufgabenhilfe für Kinder und Jugendliche, Jugendfreizeiteinrichtungen zur Gestaltung der Freizeit oder Elternkurse, beispielsweise „Starke Eltern – starke Kinder®“ vom Deutschen Kinderschutzbund (Kinderschutzbund 2011) zur Stärkung der Elternkompetenz. Auch diese Daten werden in der Sprechstunde nicht systematisch erfasst.

Es liegen jedoch Daten darüber vor, wie oft ein Jugendamtskontakt durch die Sozialpädagogin angebahnt wird, damit die Familien sogenannte "Hilfen zur Erziehung" (HzE) beantragen. Auch zu Hinweisen einer Kindeswohlgefährdung liegen Zahlen vor. In diesen Fällen war die Gesundheit der Kinder bzw. Jugendlichen gefährdet und die Familie nicht in der Lage, diese Gefahr abzuwenden, aber auch nicht willens sich freiwillig Hilfen zur Unterstützung zu suchen, so dass sich die Adipositas-Sprechstunde gezwungen sah, dem Jugendamt eine Meldung über die Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen zu machen. Wie in Kapitel 2.1.2 bereits erwähnt, zeigt sich ein Trend, dass zunehmend Familien in die Sprechstunde kommen, die bereits Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Form von Betreuungs- oder Familienhelfern erhalten. Andere Kinder bzw. Jugendliche sind bereits in Einrichtungen der Jugendhilfe stationär untergebracht und die Betreuer der Einrichtung haben eine Therapie im SPZ initiiert. Die konkreten Fallzahlen der letzten Jahre sind in folgender Abbildung zu sehen.

Abbildung 10: Jugendamtskontakte der Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin



Quelle: eigene Berechnungen

4.2 Einflüsse und Therapieverlauf bei den interviewten Jugendlichen

Die vollständigen transkribierten Texte der Interviews sowie die Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion sind in den Anlagen 11 -18 zu finden. Die Bestimmung der Kategorien und Subkategorien sowie der Zuordnung der Beispiele und Neudefinierung der Kategorien befindet sich in den Anlagen 19 – 26.

4.2.1 Vorgeschichte der Gewichtszunahme

Zustandekommen des ersten Termins in der Adipositas-Sprechstunde

(s. Anlage 27)

Es zeigt sich, dass es zwei Hauptakteure sind, die den ersten Termin in der Adipositas-Sprechstunde initiieren: die niedergelassenen Hausärzte und die Mütter der Jugendlichen. Die Mütter sind augenscheinlich diejenigen, die das Problem der Adipositas ihrer Kinder wahrnehmen und gezielt den Hausarzt fragen. „*Meine Mutter. Na, ich bin ja ungefähr Mitte 6. Klasse hergekommen und meine Mutter, also die hat das veranlasst, da ich auch damals schon ein bisschen übergewichtig war*

und das hat mir auch meine Kinderärztin geraten, also auch von da aus. Ich glaub, sie hat auch recherchiert, weiß ich jetzt nicht so genau.“ (FA13HA).

Die Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin wird gezielt von niedergelassenen Ärzten empfohlen: *„Also mein Kinderarzt hat mir gesagt, dass es hier im Virchow-Klinikum so’ne Sprechstunde gäbe und dass ich da eben mal vorbeigucken kann und dann bin ich hergekommen.“ (KA18TH).*

Vorherige Betreuung

(s. Anlage 28)

Keine/r der acht Interviewten war in ambulanter Behandlung oder Betreuung wegen ihrer Adipositas, bevor sie in die Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin kamen.

Ein Jugendlicher war vorher in einer Rehabilitationsmaßnahme: *„Hast Du irgendwann mal eine Diät gemacht?“ – „Also eine Diät nicht, aber ich war auf Kur. Auch von dem Kinderarzt, hat der gesponsert.“ (KAT18H).*

Fast die Hälfte der Jugendlichen hat Diäterfahrung, eine Jugendliche berichtet sogar vom Jojo-Effekt: *„Mit meiner Mutter auch zusammen, aber das hat meistens nicht wirklich viel gebracht. Entweder war Jo-Jo-Effekt oder es hat eigentlich gar nichts gebracht oder so.“ (MA11NN).*

Gewichtsverlauf vor der Betreuung

(s. Anlage 29)

Die Jugendlichen berichten alle, sie seien schon jahrelang übergewichtig: die Aussagen schwanken von *„Phh, also ganz normalgewichtig war ich eigentlich, glaube ich, nie.“ (SU06IN)* über *„Das war eigentlich schon seit ich klein war“ (EL02ER)* bis *„Mit Zehn oder so, ungefähr.“ (UT18RU).*

Es sind die Eltern gewesen, die das Übergewicht ihrer Kinder bemerkt haben. *„Und wer hat es zuerst bemerkt, dass du ständig zunimmst? – Na Eltern“ (HA16AD).*

Eine Jugendliche berichtet über den schleichenden Prozess, der nicht bemerkt wurde: *„Ist schon von ganz klein auf. Also ich hab, ich hab auch Fotos wo ich pummelig bin. Also ich hab von klein auf immer wenig, wenig, war jetzt nicht auf einmal. Das haben meine Eltern auch nicht gemerkt. Also weil ich von immer klei-*

nen Mengen zugenommen hab, hat man das bei mir nicht gemerkt. Auch dadurch habe ich Übergewicht bekommen.“ (FA13HA).

4.2.2 Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum

Wahrnehmungen beim ersten Termin

(s. Anlage 30)

Der erste Termin ist für die Jugendlichen positiv verlaufen. „*Ich weiß, dass es eigentlich ganz nett war.*“ (MA11NN). „*Mmh, also ich glaube, ich war erst mal ..., ich war so ein bisschen skeptisch, aber ich meine, alle waren total nett und freundlich, haben erst mal mir alles erklärt.*“ (UT18RU).

Es lässt sich Skepsis bei den Jugendlichen bei ihrem ersten Besuch in der Sprechstunde erkennen, sie wollen erst einmal prüfen, ob ihnen die Sprechstunde gefällt. Die Freundlichkeit der Mitarbeiter des Teams und die Atmosphäre kann die Jugendlichen überzeugen, dass es gut war, in die Sprechstunde zu kommen und dauerhaft zu bleiben: „*(..., aber hm, bin ich halt mit Frau Dr. XYZ (Anmerkung: Ärztin) noch mal ins Gespräch gekommen und hab nähere Information bekommen. Dann hat mir das eigentlich gefallen doch hier. War vielleicht doch gar nicht so schlecht herzukommen.*“ (KA18TH). „*Mmh, also ich glaube, ich war erst mal..., ich war so ein bisschen skeptisch, aber ich meine, alle waren total nett und freundlich, haben erstmal mir alles erklärt. (...)*“ (UT18RU). „*Ja, also ich bin nicht ein Mensch, der gleich auf alle zugeht, also habe ich erst mal ein bisschen..., sagen wir mal ausgelotet, wie hier so der Umgangston ist und wie es hier so ist. (...) Ja, aber die (Ärztin) fand ich eigentlich ganz nett und deshalb..., also ich war zwar noch ein bisschen, nennen wir es mal reserviert, beim ersten Mal, aber doch irgendwie eigentlich gewillt, hier dran teilzunehmen.*“ (SU06IN).

Die Jugendlichen schildern den Ablauf der Sprechstunde beim ersten Termin. Sie berichten das Prozedere bei der Erstaufnahme und welche Leistungen sie erhalten haben: „*(...) und ja, erst mal so beredet was ich so esse, ob ich viel Sport mache, ob ich mich halt bewege und ob, auch dass ich auf Süßigkeiten und so achten sollte, nicht so viel.*“ (EL02ER), „*(...) erstmal haben sich (...) die einzelnen Personen, die mit mir dann zu tun haben werden, vorgestellt und dann halt Ernährungsberatung, Untersuchung, Wiegen und alles halt.*“ (HA16AD).

Die Jugendlichen wurden alle zum ersten Termin von einem Elternteil begleitet, manche sogar von beiden Elternteilen: *„Halt meine Mama war da. Mein Papa war da, also alle waren da (...).“* (HA16AD).

Eine Patientin berichtet, dass sie große Angst beim ersten Termin hatte, da sie vorher noch nie in einem Krankenhaus behandelt wurde: *„Ich hatte voll Angst. Weil, ich hatte ersten Mal einen Termin im Krankenhaus.“*(YA30NN).

Positive Kritik an der Sprechstunde

(s. Anlage 31)

Die positive Kritik an der Sprechstunde bezieht sich in erster Linie auf die Mitarbeiter, die eine angenehme Atmosphäre für die Jugendlichen schaffen. *„Die Atmosphäre würde ich sagen. Also dass es wirklich eine sehr ungezwungene Art ist, wie die Schwestern mit den Patienten umgehen, die Ärzte mit den Patienten umgehen (...).“* (UT18RU). Dabei werden alle Professionen erwähnt, die Ärzteschaft findet allerdings besonders häufig Erwähnung bei der positiven Kritik.

Die Jugendlichen fühlen sich gut in der Sprechstunde aufgehoben, weil ihre Bedürfnisse erkannt werden: *„Ich find gut, dass man also, zum Beispiel bei Frau ABC (Anmerkung: Psychologin) kann man über Probleme reden und so. Das finde ich eigentlich ganz okay. Also, sie versucht ja einen auch zu verstehen und versucht auch Lösungen zu finden (...).“* (FA13HA). *„Zum Beispiel bei Frau Dr. XYZ (Anmerkung: Ärztin), dass sie mehr, also sehr auf mich eingegangen ist halt.“* (HA16AD). *„ (...) dass man mit denen auch richtig reden kann und dass sie einen dann auch verstehen.“* (MA11NN).

Auch der Aspekt, dass genügend Zeit vorhanden ist, um auf die Jugendlichen eingehen zu können, wird erwähnt: *„Auf jeden Fall der Umgangston und solche Sachen, also dass..., man hatte den Eindruck, es wurde sich für einen Zeit genommen, was ich ja natürlich so nicht beurteilen, aber zumindest entstand nicht der Eindruck, als ob man hier gehetzt wird oder als ob die Termine sehr eng gelegt sind, was ja bestimmt manchmal der Fall ist.“* (SU06IN).

Die Jugendlichen schätzen die Empfehlungen und Anregungen der Therapeuten: *„Na ja, die gute Beratung halt. Die gute Ernährungsberatung halt. Was man noch machen kann, was man ergänzen kann und sowas halt.“* (EL02ER). Dabei wird

auch erwähnt, dass die Therapie durch hochqualifiziertes Personal durchgeführt wird: *„Na ja, einfach halt, dass ich gemerkt habe, dass die Leute eine Ahnung haben und dass sie wissen, wovon sie reden (...)“* (UT18RU).

Negative Kritik an der Sprechstunde

(s. Anlage 32)

Nahezu alle Jugendlichen beklagen die inakzeptablen langen Wartezeiten: *„Dass man immer relativ lange..., ich habe auch fast eine Stunde immer gewartet. Also das war halt irgendwie, wenn ich so einen Termin um Vier habe, dann ist es okay, wenn ich um viertel nach Vier rankomme, aber nicht unbedingt um viertel nach Fünf so. Also das war wirklich manchmal etwas... Also ich habe mir dann immer ein Buch mitgenommen, aber irgendwann..., ich dachte, okay Mann, da hätte ich auch um Fünf kommen können und nicht um Vier.“* (UT18RU).

Ein Jugendlicher beanstandet, dass die Schwestern nicht immer freundlich gewesen seien: *„Einige Schwestern könnten vielleicht auch ein bisschen freundlicher sein, aber das ist ..., also das ist jetzt nichts, was extrem negativ aufgefallen wäre, es ist einfach ein bisschen..., manche sind ein bisschen bärbeißig, andere sind sehr nett dafür.“* (SU06IN).

An der Ernährungsberatung wird einerseits kritisiert, sie sei nicht konkret genug, die Patientin hätte sich detailliertere Angaben und Empfehlungen gewünscht: *„Zum Beispiel bei der Ernährungsberatung. Da würde ich zum Beispiel, ich hab's mir, also ich habe ja jetzt abgenommen und ich hab mir das so gemacht. Also ich hab mir so mein Grundbedarf und alles so, also ca. ausgerechnet. (...) Und man sollte schon ein bisschen eingrenzen. Also ein Plan oder wo man sich nach richten kann halt.“* (HA16AD). Andererseits beanstandet ein Patient, die Ernährungsberatung sei zu häufig gewesen: *„Also, wie gesagt, es würde reichen, wenn man so bei jedem zweiten Besuch so eine Ernährungsberatung noch mal hat. Nicht wie bei jedes Mal. Also mir persönlich war es zu viel.“* (KA18TH).

Eine Patientin kann klar für sich einordnen, dass für sie Termine im Abstand von 6 bis 8 Wochen nicht ausreichen. Sie hätte wöchentliche Termine gebraucht um erfolgreich in der Therapie zu sein. Sie sieht zwar, dass sie Termine erhalten hat, die im Rahmen der Möglichkeiten der Sprechstunde im SPZ eng gelegt waren, für ihre Bedürfnisse waren die Intervalle jedoch nicht ausreichend: *„Ich glaube, es lag wirk-*

lich an diesen großen Zeitabständen. Weil, ich war an diesem Tag, an dem ich hier war, war ich total motiviert, da habe ich gesagt, komm, das packst du jetzt. (...) Also für mich gilt auf jeden Fall, je näher die Termine zusammen sind, desto besser hätte ich abnehmen können. (...) Und dadurch, dass sie halt relativ weit auseinander waren, also ich habe, glaube ich, schon den engst möglichen Terminabstand bekommen, aber es hat halt für mich persönlich nicht gereicht.“ (UT18RU).

Das Wiegen und Kontrollieren des Gewichts wird von zwei Jugendlichen erwähnt. Sie empfinden es als notwendiges Übel, das ihnen unangenehm ist. Dennoch ist ihnen klar, dass es eine notwendige Prozedur ist: *„Also hier wieder Herkommen ist ja dann doch immer, mit dem Arzttermin, dass die gucken ob ich abgenommen hab oder so und das ist dann eigentlich immer so, mit dem Wiegen ist natürlich immer so eine Sache. Aber ich komme trotzdem her, weil ich ja gerne wissen will, ob ich abgenommen habe oder zugenommen habe.“ (MA11NN). „Natürlich ist es unangenehm, gewogen zu werden, wenn man weiß, man hat jetzt nicht den Erfolg, den man gerne hätte. Aber ohne wiegen wäre es sinnlos.“ (SU06IN).*

Veränderungsvorschläge für die Sprechstunde

(s. Anlage 33)

Die Veränderungsvorschläge der Jugendlichen weisen eine große Bandbreite auf: sie betreffen den Ablauf der Sprechstunde, sowie die Organisation und auch Äußerlichkeiten.

So würde eine Patientin andere Vorhänge aufhängen: *„Ich würde, ich weiß ja nicht, wer das Geld hier gibt, aber ich würde neue Vorhänge kaufen, fällt mir gerade ein.“ (UT18RU).*

Eine andere würde mehr Lesestoff für Jugendliche im Wartezimmer auslegen, vorzugsweise die „BRAVO“. *„Dass vielleicht im Wartezimmer mehr Lesestoff für Teenager oder so ist. Da sind ja mal eher so Kinderbücher und so, aber die sind natürlich auch gut. Ich lese auch gerne mal ein Kinderbuch, aber so irgendwelche Hefte, die auch Teenager lesen oder so, dass man mal fragt, ob Leute sowas mitbringen oder so. (...) Ja, irgendwelche Magazine so Bravo, Jam oder irgendwelche anderen Bücher, die Teenager interessieren könnten. Ja.“ (MA11NN).*

Als weiterer Vorschlag wird geäußert, dass die Ärzteschaft weiße Kittel tragen soll. *„(...) aber ich würde allen Ärzten weiße Kittel anziehen. (...) die sahen immer so aus wie normale Leute. Und wenn man so einen Arztkittel an hat, mit Stethoskop drin und hier einen Kuli und dann hier "Charité" steht oder so, dann kommt das viel mehr halt wie ein Arzt rüber. Also wie jemand, der wirklich jetzt „Bambambam“ sagt. Und vor dem man dann wirklich so: huuu ein Arzt und der weiß was.“* (UT18RU).

Zwei Patientinnen hätten kürzere Terminabstände als hilfreicher empfunden, die Abstände zwischen den Terminen waren ihnen zu groß. Deshalb würden sie die Möglichkeiten der Terminvergabe ändern: *„Oder wie fandest du diese Abstände? Du hast gesagt, zwei bis drei Monate? – HA16AD: Ja, häufiger wäre besser, weil zwei-, drei-. Also wenn ich jetzt hierher komme, also kam, dann war man, nachdem man gegangen ist, war man ja, och jetzt mach ich und alles und nach ein paar Wochen, huh, was war das.“*

Eine Patientin schlägt vor, dass Termine häufiger angeboten werden verbunden mit einer Vergrößerung der gesamten Sprechstunde, sowohl räumlich, als auch personell: *„ (...) ich würde die Patientenzahl verdoppeln und also die Räume und das Personal auch. Nein, vervierfachen. Also, die Patienten verdoppeln, Räume, Personal vervierfachen. Und dann gäbe es einfach viel mehr..., dann wäre vielleicht sogar die Möglichkeit da, dass man das einmal die Woche macht oder alle zwei Wochen. Aber ich kann mir vorstellen, dass auch mehrere..., also andere Patienten das brauchen oder gebraucht hätte, dass einfach dieser Druck ist und dass einfach dieses Regelmäßige, dass man wirklich jede Woche meinetwegen dienstags hier hin geht und den Arzt sieht quasi. Das würde ich ändern. Ja.“* (UR18RU).

Einer Patientin waren die Empfehlungen der Ernährungsberatung nicht konkret genug. Sie würde den Patienten konkrete Essenspläne mit konkreten Maßangaben mitgeben: *„Und man sollte schon ein bisschen eingrenzen. Also ein Plan oder wo man sich nach richten kann halt. (...) Nicht einfach sagen ja, das ist gesund, das ist nicht gesund. Jeder weiß, dass Cola nicht gesund ist, aber man trinkt ja auch ab und zu ein Glas oder so.“* (HA16AD).

Weiterhin würde ein Patient den ärztlichen Termin von der Ernährungsberatung trennen und es als einzelnen Termin handhaben: *„Ich find's ein bisschen proble-*

matisch mit Ernährungsberatung und der behandelnden Ärztin, sagen wir mal, gleichzeitig, das ist ein bisschen..., ja, manchmal habe ich den Eindruck, das überschneidet sich ein bisschen oder ist auf einmal zu viel des Guten. Es ist vielleicht besser, wenn das nacheinander wäre, weil das wirklich zwei Bereiche sind, die, finde ich, auch nicht so ganz einfach zu kombinieren sind, weil das andere ja ausschließlich Ernährung betrifft oder betreffen sollte. Und mit der Ärztin bespricht man auch Dinge, die in den Bereich Soziales reingehören oder Lebenswandel allgemein, solche Sachen eher. Und vielleicht sollte man das nicht alles in einen Topf werfen, auch wenn es vielleicht schwierig ist, wegen Terminen und so, das zu trennen, aber ich denke, es ist besser Ernährungssachen ein bisschen mit Abstand von dem anderen zu betrachten.“ (SU06IN).

Ein anderer Patient empfand die Häufigkeit der Ernährungsberatungen als zu hoch, er würde sie seltener ansetzen: „ (...) es würde reichen, wenn man so bei jedem zweiten Besuch so eine Ernährungsberatung noch mal hat. Nicht wie bei jedes Mal. Also mir persönlich war es zu viel.“ (KA18TH).

Betreuungsverlauf

(s. Anlage 34)

Was den Betreuungsverlauf betrifft, so sind die Jugendlichen im Schnitt seit ca. zwei Jahren in Betreuung. Ein Patient gab an, er sei seit ca. sechs bis sieben Jahren Patient der Adipositas-Sprechstunde, eine Patientin konnte sich gar nicht an die Dauer ihrer Therapie erinnern, war jedoch der Ansicht, dass sie schon sehr lange in die Sprechstunde kommt. Die Termine waren bei allen Interviewten in einem Abstand von zwei bis drei Monaten angelegt.

Nur eine der Patienten hatte Gedanken an einen Therapieabbruch: „*Es kam denn irgendwie zu viel. Ich hab gedacht, was wollen die alle von mir und so in der Art. (...) Da war, ich kann mich erinnern, da war eine Sprechstunde, ich hab gesagt, ich hab keine Lust mehr hierherzukommen. Ich hör auf damit.*“ Dennoch entschließt sie sich, die Sprechstunde weiterhin zu besuchen und die Therapie doch nicht abzubrechen: „*Aber und dann habe ich eben halt weiter gemacht eigentlich. Fand ich, ich hab auch zum Glück, also dass ich weitergemacht hab ist viel besser als wenn man aufhört. Weil ich weiß nicht, wie ich sonst das alles hingekriegt hätte. Sozusa-*

gen. Also wenn ich aufgehört hätte, wäre ich bestimmt, hätte ich bestimmt vielmehr auf den Rippen.“ (FA13HA).

Alle anderen, unabhängig von einer erfolgreichen bzw. erfolglosen Gewichtsabnahme, wollten zu keiner Zeit die Betreuung abbrechen.

Eine Patientin berichtet, dass ihr Rehabilitationsaufenthalt ein einschneidendes Erlebnis und der Durchbruch zum Erfolg in der Therapie gewesen sei: *„ (...) Aber wenn man jetzt einen Erfolg hat, zum Beispiel in der Kur hatte ich sieben Kilo. Es ist zwar nicht soviel gewesen, aber man hat gesehen, also jetzt im Gegensatz. Man hat gesagt, man hat, also im Gegensatz vorher (...) Oh jetzt habe ich es geschafft. Jetzt weiter und weiter und dann wird es und dann habe ich mir immer ein Ziel gesetzt, ja jetzt werde ich 70, jetzt werde ich 75 und so weiter und so fort und immer so, auch wenn es 500 g waren und dann hat man sich gefreut. Also immer kleine Ziele und dann halt, das war halt eine Motivation. (...)“ (HA16AD).*

Die Nachfrage, warum sie die Empfehlungen vorher nicht umsetzen konnte, beantwortete die Patientin damit, dass das Erleben der erfolgreichen Gewichtsabnahme die entscheidende Erfahrung gewesen sei: *„Ja, weil, weil gewusst hast du das ja vorher auch. - HA16AD: Genau. Aber man hat es nicht erlebt.“*

Wirkung der Betreuung

(s. Anlage 35)

Die Besuche der Sprechstunde bewirken, dass ein Gesundheitsbewusstsein bei den Jugendlichen entsteht: *„(...) aber es ist ja eigentlich für meine Gesundheit (...)“ (MA11NN).*

Eine Patientin kann ihre Erkenntnis, dass die Therapieempfehlungen ausschließlich ihrem Nutzen dienen, klar benennen: *“(...) und vor allem, dass sie immer wieder gesagt haben, dass ich das nicht für Sie mache, sondern für mich selber (...) und so, also dass man wirklich drüber nachgedacht hat und wirklich gemerkt hat, eigentlich mache ich das ja für mich und nicht dafür.“ (UT18RU).*

Zwei große Bereiche sind zu benennen, auf denen die Empfehlungen der Sprechstunde wirken: einerseits werden die Ernährungsempfehlungen umgesetzt und die Ernährung umgestellt: *„Aber jetzt denke ich komplett anders. Jetzt esse ich Sachen, die ich noch nie gegessen hab.“ (EL02ER).*

Andererseits werden die Jugendlichen sportlich aktiver: *„Dass mir viele Möglichkeiten gegeben wurden, wie ich mich eigentlich bewegen kann, auch sportliche Aktivitäten. Mir wurde relativ früh die ... zu Moby Fit (Anmerkung: Sportprogramm) empfohlen. Und das hat mir dann auch Spaß gemacht. Also von daher war ich eher zufrieden.“* (KA18TH).

Eine Patientin kommt zu der Erkenntnis, dass sie von sich sagt, sie brauche mehr Druck als in der Sprechstunde ausgeübt wird. Es sei nicht ausreichend, ein schlechtes Gewissen gehabt zu haben, wenn die Empfehlungen nicht umgesetzt wurden: *„Und es gab zwar dieses Mittel des schlechten Gewissens, aber nicht wirklich, sage ich jetzt mal, das Mittel Sanktionen zu verhängen oder so oder richtig Druck zu machen, was ich gebraucht hätte.“* (UT18RU). Dabei handelt es sich um eine deutsche Jugendliche, deren Eltern über einen hohen Bildungsabschluss verfügen.

4.2.3 Soziales Umfeld der Jugendlichen

Familie

(s. Anlage 36)

Familie spielt eine große Rolle bei den Jugendlichen, auch wenn sie meist alleine in die Sprechstunde kommen. Häufig wird die Familie und deren unterstützende Funktion erwähnt.

Die Hälfte der interviewten Jugendlichen kam auf Initiative ihrer Mütter in die Sprechstunde, die andere Hälfte auf Anraten des Kinderarztes.

Fast alle Jugendliche berichten, dass die Familie sie beim Abnehmen am meisten unterstützt. Die Mütter werden besonders häufig erwähnt, insbesondere was Lebensmitteleinkauf und -zubereitung betrifft. *„Die kauft anders ein. Also sie achtet auch schon. Ich hab ihr auch gesagt, so kauf keine Kohlenhydrate, also wenig und kein Fett halt. Auf sowas achten. - Ah ja und das macht sie? - Ja. Holt mir immer Magerquark.“* (EL02ER).

Eine Patientin benennt eindeutig, dass sie mehr von ihrer Mutter unterstützt wird als von ihrem Vater: *„Aber doch, er versucht auch was zu machen. Aber am meisten unterstützt mich meine Mutter.“* (FA13HA). Weitere Ausführungen, wie die Fa-

milien ihre Kinder unterstützen folgen im Kapitel "Motivation durch soziales Umfeld".

Auch findet eine Großmutter Erwähnung: sie ermuntert ihre Enkelin zu weniger Medienkonsum, den sie als Ursache für das Übergewicht ihrer Enkelin sieht: *„Viele sagen, meine Oma ist auch genauso, ja du willst nicht mehr, hör auf vorm Fernseher rum zu hocken oder am PC, nur am Telefon (...)"* (FA13HA).

Zwei Jugendliche berichten, dass ihre Familie ebenfalls übergewichtig sei, alle anderen erwähnen das Gewicht ihrer Eltern nicht. *„Für mich und meine Mutter und meiner Familie. Weil in unserer Familie ist es ja sowieso sehr bekannt, dass wir so ein bisschen dicker sind und natürlich ist das dann für die ganze Familie mal so, nicht grade so schön, wenn dann jemand schon im jungen Alter ein bisschen dicker ist. Auch wenn meine Mutter oder meine Tante und so, die waren ja auch nicht, meine Kusine waren ja auch nicht so schlank als sie jünger waren.“* (MA11NN).

Nahezu alle Jugendliche berichten von besorgten Eltern, denen die Gesundheit ihrer Kinder wichtig ist und die befürchten, dass das Übergewicht ihrer Kinder gesundheitliche Folgen haben könnte. *„Ich glaube, wer zuerst die Probleme hatte, war meine Mutter, also halt wegen meiner Gesundheit. Sie hat jetzt nicht gesagt, mmh, das sieht nicht gut aus oder so, sondern sie hat einfach gesagt, das ist ungesund.“* (UT18RU).

Es sind manchmal auch weiter entfernte Familienmitglieder, die das Abnehmen der Jugendlichen unterstützen und Erwähnung finden. Es fällt auf, dass die türkischen Jugendlichen innerhalb der weitläufigen Familienstrukturen unterstützt werden. In einem Fall begleitet eine Kusine die Jugendliche zum Fitnessstudio, eine andere Jugendliche soll von der Tante im Fitnessstudio angemeldet werden.

Eine Patientin berichtet, dass es zu Hause lautstarke Streitigkeiten gibt wegen ihres Übergewichts. Dass sie übellaunig sei, wenn sie frustriert vom erfolglosen Kleiderkauf kommt und dies zu Streit führe. Oder sie streite sich mit ihrer Mutter über den Verzehr von Joghurts: *„Zum Beispiel, wenn ich dann traurig bin, dass ich wieder Sachen nicht gekriegt hab, dass es sie dann natürlich auch nervig, dass ich dann die ganze Zeit irgendwie mauilig bin oder so. Das ist auch, finde ich, ver-*

ständig oder mit irgendwelchen Joghurts oder so abends. Aber das hat sich mittlerweile auch schon ein bisschen geändert alles und über das Klamottenthema noch und andere Sachen sind Streitigkeiten. (...) Und werden wir auch schon ein bisschen lauter und schreien uns dann förmlich an und ja, aber dann sind wir erst mal eine Weile zickig gegeneinander und dann irgendwann vertragen wir uns wieder. Aber trotzdem ist das natürlich jedes Mal irgendwann mal doch wieder ein Streitthema und ja.“ (MA11NN).

Lediglich eine Patientin erfährt keine Unterstützung durch ihre Familie: *„Ja, nur meine Freundin hält fest zu mir. Meine Familie eigentlich nicht so. Meine Mutter sagt zwar, aber sie macht nichts und so.“ (YA30NN)*

Freunde / Schule

(s. Anlage 37)

In der Grundschulzeit mussten die interviewten Jugendlichen Mobbing Erfahrungen machen. Im Jugendlichenalter erfahren die sie mehr Akzeptanz durch Freunde. *„Also die aus der Grundschule, mit denen habe ich zum Teil eigentlich gar keinen Kontakt mehr, weil, wir sind ja alle auf unterschiedliche Schulen gegangen und ab und zu sehe ich mal, ab und zu im Bus oder unterwegs wenn ich laufe, welche und dann reden wir mal kurz oder so. Aber ich hab neue Freunde in der Oberschule gefunden, mit denen ich auch gut befreundet bin. Das sind drei Leute, mit denen bin ich richtig gut befreundet. Natürlich auch noch viel, viel mehr Leute, aber sind ja halt nur so Freunde und das sind aber meine besten Freunde und die akzeptieren mich auch so wie ich bin.“ (MA11NN).*

Eine Jugendliche berichtet, dass sie Zuspruch von Lehrern erhält und in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt wird: *„Ich glaub, meine Lehrer stört das gar nicht. Also meine eine Klassenlehrerin, die geht jetzt von der Schule, die will einen anderen Beruf machen. Die sagt auch immer, sie findet es ganz gut, dass ich über den Sachen stehe was die Leute sagen und dass sie das total bewundernswert findet, dass ich da, dass mich das eigentlich so relativ kalt lässt, da wenn die mich da völlig beleidigen oder dass ich so dahinterstehe was ich sage und so. Sie sagt, sie findet das eigentlich gut, dafür dass ich dick bin, dass ich so ein Selbstbewusstsein hab, da drüber zu stehen und so. Und die anderen Lehrer, ich glaub, die stört das*

gar nicht, weil die beurteilen mich ja nicht wegen dem Aussehen. Die beurteilen mich nach Charakter und nach dem, was ich im Unterricht mache.“ (MA11NN).

Ein Jugendlicher berichtet, er habe andere Freunde, seitdem er abgenommen hat: *„Ja, ich hab andere Freunde. Also früher halt die Leute, die mich immer gemobbt haben, rennen jetzt an mir vorbei, mit denen ich auch keinen guten Kontakt auch damals hatte, die gucken mich nicht mal in die Augen. Gucken nur geradeaus.“ (EL02ER).*

Ein Jugendlicher berichtet von Unterstützung durch seinen Sportverein: *„Ja, also das mit dem Muskelaufbau, da unterstützen mich halt meine Leute vom Football oder halt auch ich selber.“ (KA18TH).*

Insbesondere die Mädchen erzählen von Freundinnen, die sie beim Abnehmen sogar unterstützen: *„Ja, meine Freundin passt auf, auf dass ich jetzt nicht so viel Süßigkeiten, wir passen gegenseitig auf uns auf.“ (FA13HA).*

4.2.4 Leidensdruck / Motivation

Einschränkungen im Alltag

(s. Anlage 38)

Leidensdruck haben alle Jugendlichen, für alle Interviewten ergeben sich aus dem Übergewicht Probleme.

Nur zwei Jugendliche berichten, dass sie keine Mobbing Erfahrungen haben. Alle anderen wurden aufgrund ihres Übergewichts gehänselt. Eine Jugendliche beschreibt es als „das Schlimmste“: *„Aber dass ich dann eben doch gehänselt werde deswegen. Ja, das ist für mich das Schlimmste. Weil das Übergewicht macht ja nicht die Person aus, sondern mein Charakter.“ (MA11NN).*

Aber nicht nur die verbalen Angriffe, auch das Nonverbale bekommen die Jugendlichen im Alltag zu spüren: *„Ach so ja, viele haben mich immer angeguckt. Im Urlaub, auf dem Strand. War richtig schlimm. Alle gucken mich an.“ (EL02ER).*

Die Mädchen beklagen die Schwierigkeiten beim Kleiderkauf: *„Dieses Dicksein. Das man so, auch bei Klamottenkaufen. Man findet eben halt nichts und na gut, meine Freunde akzeptieren mich so wie ich bin, aber jetzt sozusagen, mich stört*

das am meisten, weil ich keine Klamotten finde oder in manchen Sachen vielleicht nicht mitmachen kann.“ (FA13HA).

Ein Mädchen sagt in einem Halbsatz von sich: *„Und halt klar, hätte ich mich, glaube ich, hübscher gefunden, wäre ich schlank gewesen (...)“ (UT18RU).*

Aber auch den Jungen geht es ums Aussehen: *„Das halt wirklich zu schaffen, dass ich zu viele Muskeln aufbaue oder na ja, Muskeln wachsen und dafür mein Gewicht reduziert wird. Ich habe mehr so die Befürchtung, dass mein, dass mein Fettgehalt bleibt und dafür halt meine Muskeln zunehmen. Weil dass ich selber schwerer werde, aber mein Fett nicht weniger wird. Das ist halt nur Muskelmasse aufgebaut, aber das Fett wird nicht weniger.“ (KA18TH).*

Ein anderer Jugendlicher berichtet vom Leid im Sommer: *„(...) oder auch wegen Schwimmengehen oder so im Sommer und so, das ist natürlich immer ein bisschen..., nicht so ganz unbeschwert genießbar, wenn man weiß, na ja, das ist nicht so schön.“ (SU06IN).*

Es werden die körperlichen Einschränkungen von starkem Übergewicht benannt: *„Also zum Beispiel ich kann mich nicht bewegen, also so richtig bewegen. Wenn ich renne, bin ich nach fünf Minuten kaputt. Im Sportunterricht kann ich manche Sachen nicht machen.“ (YA30NN).*

Die Jugendlichen empfinden eine Gewichtszunahme als frustrierende Niederlage, ihr Selbstbewusstsein leidet: *„Ja, ein bisschen weil, wenn man dann zunimmt, dann ist man natürlich enttäuscht.“ (MA11NN).*

Auffallend ist, dass es die beiden deutschen Jugendlichen, deren Eltern über hohe Schulabschlüsse verfügen, sind, die keine Mobbing Erfahrungen machen mussten.

Weiterhin fällt auf, wie Jungen und Mädchen unterschiedliche Wünsche bezüglich des Aussehens haben.

Therapiehürden

(s. Anlage 39)

Die Gründe, warum Therapieempfehlungen nicht umgesetzt werden, sind vielfältig. Die Jugendlichen beschreiben das Abnehmen als mühsam und schwierig: *„Es ist nicht einfach. Sagen ist leicht, aber das zu tun und das zu machen ist nicht ein-*

fach, (...) Viele sagen, meine Oma ist auch genauso, ja du willst nicht mehr, (...) aber sie weiß nicht eben halt was ich fühle und was ich durchmachen muss. Es ist nicht einfach abzunehmen. Also, in den Kopf zu setzen ist leicht, aber es zu umsetzen ist schwierig. Es ist schwierig.“ (FA13HA).

Sie erklären es mit „Faulheit“: *„Na, man war faul halt.“ (HA16AD), dem „inneren Schweinehund“: „Ja, ich denke, der innerliche sprichwörtliche Schweinehund, wenn man das so sagen kann.“ (SU06IN) bis hin zur Erklärung, sie hätten kein Glück: „Ist immer irgendwas dazwischen. Ich weiß auch nicht, warum. Ich hab kein Glück.“ (YA30NN). Eine Jugendliche empfindet den „inneren Schweinehund“ als „niederschmetternd“: *„Aber das ist irgendwie, der innere Schweinehund, der ist da so ein bisschen niederschmetternd. Der sagt dann immer nee, das ist jetzt noch so, dann esse es doch einfach, ist doch nicht so schlimm oder so. Aber eigentlich will ich das ja dann gar nicht, weil ich mir denke, so will ich ja nicht aussehen und möchte natürlich abnehmen.“ (MA11NN).**

Die Hälfte der Jugendlichen berichtet, die Schwierigkeit liege darin, sich aufzuraffen, zum Sport zu gehen: *„Also es ist natürlich..., man kann sagen, ja, heute mache ich das und heute gehe ich trainieren und heute gehe ich dann noch eine zweite Runde laufen. Und dann sitzt man so und denkt, nachher ist ja auch noch Zeit, nachher... und das mache ich..., ach nee, doch lieber morgen und dann wird's dann übermorgen. Und das ist so, ja.“ (SU06IN).*

Eine Patientin berichtet, dass die Anmeldung im Fitnessstudio daran scheiterte, weil ihre Mutter ihr nicht das Geld dafür geben konnte. Die plötzliche Erkrankung der Großmutter führte dazu, dass die Mutter Hals über Kopf in die Türkei fliegen musste und der Tochter kein Geld für die Anmeldung zurück ließ: *„Wir waren auch letzten Monat da, haben uns auch diesen Anmeldebogen geholt. Und wollten diesen Monat anfangen. Ich habe auf meine Mutter gewartet bis sie mir das Geld gibt. Danach ist dieser Zwischenfall mit meiner Oma passiert. Jetzt geht gar nicht mehr. Erst wenn ich von der Türkei komme.“ (YA30NN).*

Ein Hindernis, regelmäßig Sport zu treiben, sei bei Übergewicht einen passenden Verein zu finden: *„Aber was ich denke, was ein Problem für Übergewichtige ist, erst mal sich aufzuraffen, in so einen Verein zu gehen. Also ich weiß nicht, ich hatte das Problem nie, aber ich bin sicher, dass andere jetzt irgendwie, wenn sie von*

zehn Spargeltarzans umgeben sind, dass es für die schwierig ist, jetzt mit denen Basketball zu spielen.“ (UT18RU).

Andere Jugendliche berichten, dass es schwierig sei, die Ernährungsempfehlungen umzusetzen. So würde man Portionsgrößen oftmals unterschätzen. *„Weil jetzt, zum Beispiel früher habe ich ja auch Obst gegessen und Gemüse gegessen und alles, aber wenn man übergewichtig ist, dann denkt man auch, so ein Teller ist ja nicht viel. Aber als normaler Mensch denkt man anders als wenn man so ist. Also das habe ich auch bei mir gemerkt.“ (HA16AD).*

Achtlosigkeit bei der Lebensmittelauswahl wird als Grund angegeben: *„Ja, bei mir war das halt so, dass bei mir zu Hause nicht allzu sehr drauf Wert gelegt wird halt, dass man so, dass worauf man Lust halt, also dass ich jeden zweiten Tag zu Burger King oder so und dass war dann halt nicht so praktisch, das umzusetzen.“ (KA18TH).*

Angesichts der Tatsache, dass Essen ein Genuss sei, wäre es besonders schwierig, auf Süßigkeiten zu verzichten: *„Also das größte Hindernis ist der Verzicht, weniger essen klingt so einfach, aber ist es ja nicht. Ich meine, essen ist ja Genuss. Und auf Genuss so zu verzichten ist ja nicht so einfach, das ist ja genau wie mit dem Rauchen, weniger Rauchen, besser leben, klar, auch weniger Lungenkrebs. Aber das heißt ja nicht, dass es total leicht wäre, mit dem Rauchen aufzuhören. Also ich würde jetzt nicht sagen, dass das eine Sucht ist mit dem Essen, sondern es ist dieser Genuss. Das ist einfach..., ich meine, es hat seinen Sinn, dass Süßigkeitenhersteller total viel Geld machen, weil es einfach lecker schmeckt und da dann so drauf zu verzichten, wenn man da sich so eingelebt hat, dass man irgendwie, keine Ahnung, jeden Tag eine Tafel Schokolade isst oder so und dann da drauf zu verzichten, erst mal aus dem Trott rauszukommen und dann halt einfach: Schokolade schmeckt lecker. Darauf zu verzichten ist dann nicht so einfach.“ (UT18RU).*

Die Jugendlichen sind beeinflusst von dem, was die peer-group konsumiert: *“Und dann natürlich, bei den Ernährungssachen, da ist es auch, wenn man unterwegs ist und dann alle Döner essen gehen oder alle fetttriefendes Fastfood von bekannten Ketten essen, dann ist es natürlich schwer, dann Nein zu sagen und zu sagen, nee, ich bleibe beim...“ (SU06IN).*

Die Jugendlichen berichten es sei schwierig, sowohl Sport zu treiben, als auch weniger zu essen: *„Dann fällt mir das ziemlich schwer abzunehmen. Dafür brauche ich nur einmal in jeden Topf gucken und schon habe ich ein Kilo mehr drauf, selbst wenn ich nichts gegessen hab. Also, dann ist halt bei mir schwierig, Sport und Essen soweit zu dezimieren, dass ich wirklich nicht mehr zunehmen kann. Also den Sport so hoch zu treiben und das Essen so niedrig zu halten, dass ich nicht mehr zunehme oder sogar abnehme.“* (KA18TH).

Auf die Frustration in Phasen der Gewichtszunahme reagieren die Jugendlichen mit Resignation: *„Also das ist so bei mir. Zum Beispiel wenn ich zunehme, dann ist man, wie soll ich es sagen, gehemmt. Also man will nicht mehr. Das schaffe ich sowieso nicht. (...)“* (HA16AD).

Eine Jugendliche bezeichnet sich selbst als größtes Problem und erklärt das Scheitern einer Gewichtszunahme folgendermaßen: *„Ich selbst. Also ich, also ich, die Person, die dann natürlich mich dran selbst hindert weniger zu essen, weil ich mir sage, ein bisschen mehr, dann bin ich wirklich richtig satt oder eigentlich ist das schon, bin ich satt, aber eigentlich habe ich doch noch Appetit auf das Essen oder so und ja, das schmeckt so lecker. Das gibt's ja nicht so oft oder so. Aber eigentlich will ich das gar nicht, weil ich ja weiß, dass ich eigentlich abnehmen möchte (...) Ja, also das ist mein Problem. Es ist ganz schlimm für mich natürlich, mich zu überwinden, dass ich selber natürlich durchhalte. Ich weiß natürlich was ich alles falsch mache. Aber irgendwie das umzusetzen ist für mich das größte Problem.“* (MA11NN).

Die langfristige und nachhaltige Veränderung wird als schwierig bezeichnet: *„Ja, die größte Schwierigkeit ist natürlich, meine eigene Faulheit zu überwinden und auch..., ja, und auch dauerhaft sozusagen umzuschalten im Kopf, dass man also jetzt nicht sagt, dies ist hier eine besondere Situation, weil man abnimmt, sondern das hier müsste eigentlich die normale Lebenslage sein. Und das ist, denke ich, meine große Schwierigkeit, da den Schalter umzulegen.“* (SU06IN).

Für diese nachhaltige Verhaltensänderung müsse es „Klick“ machen, meint eine Jugendliche: *„Ich hatte mal mit Frau GHI (Anmerkung: Ernährungstherapeutin) ein sehr lustiges Gespräch, es ging um den inneren Schweinehund. Und der ist es, der mich dran gehindert hat. Also eigentlich stand nur ich selber mir im Weg, ich hatte*

so viele Leute, die mir geholfen haben und die mir helfen wollten, die mir nur Gutes wollten und die mich total unterstützt haben, angefangen bei meinen Eltern, über die Charité hier, aber es war wirklich..., ich selbst stand mir im Weg und habe das nicht hingekriegt, das hat bei mir nicht Klick gemacht. Und das ist, finde ich, das Wichtige, dass es bei jemanden Klick macht. Also dass man halt wie gesagt, dass man zuhört und nicht nur hinhört. Also ich habe zwar das alles zur Kenntnis genommen, aber ich habe es nicht richtig auf mich selbst angewendet, sage ich mal. Und ich denke, das ist das Schwierige, dass man erst mal irgendwie jetzt so realisiert, okay, es geht um mich und nicht um wen anders. Und ich muss das für mich entscheiden und bevor ich das nicht entschieden habe, kann niemand anders, kann mir kein Arzt der Welt helfen.“ (UT18RU).

Es fällt auf, dass alle Jugendliche, unabhängig von Geschlecht, Migrationshintergrund oder Bildung der Eltern, von Schwierigkeiten berichten, die Empfehlungen der Sprechstunde umzusetzen. Es fällt jedoch auch die Tatsache auf, dass die türkische Jugendliche, deren Gewichtsmanagement nicht erfolgreich ist, die Schwierigkeiten mit Unglück erklärt.

Motivation durch Sprechstunde

(s. Anlage 40)

Die Jugendlichen wurden auch befragt, inwieweit die Termine in der Sprechstunde sie unterstützen. Alle Jugendliche sagen aus, dass die Termine wichtig sind für ihre Motivation: *„Ja. Also die (Termine in der Sprechstunde) haben mich so mehr dazu motiviert. Also meinen Willen gestärkt, sage ich mal.“ (HA16AD)*

Eine Patientin, die mit dem Gedanken gespielt hatte, die Therapie abubrechen, beschreibt es folgendermaßen: *„Weil ich weiß nicht, wie ich sonst das alles hingekriegt hätte. Sozusagen. Also wenn ich aufgehört hätte, wäre ich bestimmt, hätte ich bestimmt vielmehr auf den Rippen.“ (FA13HA).*

Die Sprechstunde wird als wichtiger Anlaufpunkt betrachtet, weil hier das heikle Thema Übergewicht besprochen werden kann: *„Was finde ich hier am besten? Eigentlich, dass man mal über das Thema Übergewicht ganz allgemein mal reden kann. Weil, ich sag mal, im normalen Leben bietet sich ja nicht so die Gelegenheit dazu. Also mit meinen Eltern habe ich nicht die Lust, darüber zu reden und mit*

Freunden redet man, glaube ich, nicht über solche persönlichen Sachen.“ (SU06IN).

Eine Jugendliche berichtet sogar, dass sie außerhalb der Sprechstunde keinerlei Unterstützung hat, um ihr Gewichtsproblem zu bearbeiten: *„Gibt es da jemanden, der Dich unterstützt? - Nee. Außer die Ärzte nicht.“ (YA30NN).* Es handelt sich hier um die Jugendliche, die erfolglos in ihrem Gewichtsmanagement ist.

Die Überprüfung der Werte und Kontrolle des Gewichts wirkt motivierend auf die Jugendlichen: *„Also halt die Tipps, die man oder beziehungsweise dass man sich selbst überprüfen kann und die ganzen Werte, zum Beispiel wie viel Muskelmasse man hat, wie viel Wasser in einem Körper drin ist und dann halt auch diese Statistiken, wie sehr man sich verändert hat, jetzt gewichtsmäßig und die ganzen Kurven, die man einsehen kann, ob man weit überm Durchschnitt ist oder ob man relativ noch nah dran ist.“ (KA18TH).*

Hilfreich wurde ebenfalls empfunden, dass es in der Sprechstunde konkrete Hinweise mit Adressen gibt: *„(...) dass Sie mir auch irgendwelche Sportstellen rausgesucht hatten.“ (HA16AD).*

Kritisch wird von einer Patientin geäußert, dass sie sich von der Sprechstunde nicht ausreichend unterstützt fühlt und mehr Druck bräuchte: *„(...) aber wirklich geholfen hat es mir nicht, weil, ich bin nämlich alle sechs Wochen hier gewesen und im Endeffekt habe ich in meinen drei Jahren, die ich hier war, fast 20 Kilo zugenommen und ja, ich weiß nicht, also ich fand das einfach nicht engmaschig genug. Und es gab zwar dieses Mittel des schlechten Gewissens, aber nicht wirklich, sage ich jetzt mal, das Mittel Sanktionen zu verhängen oder so oder richtig Druck zu machen, was ich gebraucht hätte.“ (UT18RU).*

Dieser Druck müsse von einer „Respektsperson“ ausgeübt werden: *„(...) und es war einfach so, dass ich wirklich jemanden brauchte, bzw. brauche, der so sagt, das machst du jetzt, basta. Also wirklich jemanden, ich sage jetzt mal eine Respektsperson (...)“ (UT18RU)*

Diese Respektsperson könnte ihrer Ansicht nach ein Arzt oder eine Ärztin sein: *„Und wenn man so einen Arztkittel an hat, mit Stethoskop drin und hier einen Kuli und dann hier "Charité" steht oder so, dann kommt das viel mehr halt wie ein Arzt*

rüber. Also wie jemand, der wirklich jetzt „Bambambam“ sagt. Und vor dem man dann wirklich so: huuu, ein Arzt und der weiß was.“ Auf die Frage, welche Konsequenzen es für sie hätte, wenn in der Sprechstunde weiße Kittel getragen worden wären, antwortet sie: „Vielleicht hätte ich das Ganze hier ernster genommen. Also das könnte ich mir vorstellen.“ (UT18RU).

Des Weiteren gab es die Idee von einem Jugendlichen, Therapieempfehlungen sehr konkret zu vereinbaren und Sanktionen zu verhängen, wenn diese nicht eingehalten werden: „Genau. Ja, wenn wir es vereinbaren, genau so, das ist richtig. Also es ist ..., dann nehme ich das auch so für mich an und sage, Dienstag und Mittwoch, da musst du das machen. Und das automatisiert natürlich auch irgendwann. Und ja, ich bin eigentlich ein sehr ordnungsliebender Typ und bin mehr der Strukturierer und deshalb ist es wahrscheinlich eine Sache, die mir dann leichter fällt, wenn solche Sachen wirklich sind und wenn man nicht sagt, geh drei Mal die Woche laufen, sondern wenn man sagt, geh Montag, Mittwoch, Freitag laufen. Also ganz speziell auf... (...) Ja. Und wenn man auch eine entsprechende Strafe festlegt, wenn es nicht so ist. - In welcher Form wäre das dann? – Fünf Euro.“ (SU06IN).

Es sind die beiden deutschen Jugendlichen, deren Eltern über einen hohen Bildungsstand verfügen, die sich mehr Autorität von Seiten der Sprechstunde wünschen. Unabhängig, ob sie erfolgreich abnehmen oder nicht, wünschen sie sich klare und konkrete Ansagen. Die Ärzte sollen mit weißen Kitteln mehr Autorität ausstrahlen und es sollen monetäre Strafen festgelegt werden, wenn Vereinbarungen nicht eingehalten werden.

Motivation durch soziales Umfeld

(s. Anlage 41)

Die Jugendlichen werden in erster Linie von ihren Eltern unterstützt. Sie berichten, dass die Unterstützung durch die Eltern hauptsächlich verbal geschehe. Sei es, dass die Eltern ihre Kinder auffordern, weniger zu essen: „Dass sie (Mutter) mir dann sagt nee, esse das jetzt mal nicht.“ (MA11NN) oder dass die Empfehlungen der Sprechstunde zu Hause gemeinsam besprochen werden: „Ich denke, meine Mutter unterstützt mich da schon. Weil sie ja erstens das hier initiiert hat und zweitens, sie ist ja auch bei den ganzen Terminen dabei, was ich auch sehr gut finde

eigentlich, dass zumindest einer von meinen Eltern da dabei ist, weil, ja, sonst ..., wenn man hier alleine ist, hat man keinen, mit dem man es auch rekapitulieren kann im Nachhinein. Und so eine Nachbereitung ist auch ganz wichtig.“ (SU06IN).

Die Jugendlichen werden aber auch von ihren Freunden motiviert: *„Ich hab Freunde hier, ... denen mich sagen, mach so, ernähr dich so, ernähr dich gut, ernähr dich nicht zu wenig.“ (EL02ER).*

Dass ein Rehabilitationsaufenthalt initiiert wurde, bezeichnet ein Jugendlicher als motivationsfördernd: *„Und natürlich die Kur hat mir ganz viel geholfen.“ (KA18TH).*

Persönliche Motivation

(s. Anlage 42)

Bei allen Jugendlichen ist der Wunsch, schlank sein zu wollen, stark ausgeprägt. Dieser Wunsch motiviert sie. Unterschiedlich sind dabei die Ansätze. Von einem Patienten wird geäußert, dass die Motivation mit der mentalen Einstellung zusammen hängt: *„Ja. Hier oben fängt es erst an. Man muss sich erst mal hier oben kontrollieren. Wenn man das schafft, dann hat man sein Körper unter Kontrolle. Das ist genauso wie beim Training. Man muss über seine Grenzen gehen.“ (EL02ER).* Eine andere Patientin benennt den Willen, der notwendig sei: *„Habe ich eben halt dann versucht, wieder diese Kilos runter zu bekommen. Hat ein bisschen schlecht funktioniert, aber im Endeffekt, es geht eben halt. Wenn man will.“ (FA13HA).*

Eine Jugendliche berichtet, dass ihr schlechtes Gewissen sie zum Nachdenken gebracht hat: *„(...) und so, also dass man wirklich drüber nachgedacht hat und wirklich gemerkt hat, eigentlich mache ich das ja für mich und nicht dafür.“ (UT18RU).*

Es wird gesagt, das erfolgreiche Abnehmen würde ein gutes Gefühl mit sich bringen: *„Ja, das ist schon ein ganz gutes Gefühl. Wenn ich merke ich hab abgenommen und so. Das ist ganz schön.“ (YA30NN).*

Der erlebte Erfolg in der Rehabilitationsklinik ist für die Jugendlichen Anlass, sich selbst zu motivieren, weiterhin am Gewicht zu arbeiten: *„Oh, jetzt habe ich es geschafft. Jetzt weiter und weiter und dann wird es und dann habe ich mir immer ein Ziel gesetzt, ja jetzt werde ich 70, jetzt werde ich 75 und so weiter und so fort und immer so, auch wenn es 500 g waren und dann hat man sich gefreut. Also immer*

kleine Ziele und dann halt, das war halt eine Motivation. (...) Also ein Schritt, dass man überhaupt Erfolg hat motiviert einen weiter zu machen.“ (HA16AD).

Die Patientin, die nicht immer motiviert ist, in die Sprechstunde zu kommen: *„Also manchmal, also erst habe ich gedacht: „na toll jetzt muss ich hier hin (...)“ (MA11NN) erkennt, dass sie Schwierigkeiten hat, durchzuhalten: „Ja, also das ist mein Problem. Es ist ganz schlimm für mich natürlich, mich zu überwinden, dass ich selber natürlich durchhalte. Ich weiß natürlich was ich alles falsch mache. Aber irgendwie das umzusetzen ist für mich das größte Problem.“ (MA11NN). Von daher überlegt sie, ob ein Belohnungssystem sie besser unterstützen könnte: „Ja, müsste ich mal schauen. Irgendwie, irgendwie rausgehen mit Freunden oder so. Dass ich dann da meine Belohnung suche oder mit Freunden irgendwas unternehme, dass es dann (...)“ (MA11NN).*

Eines der Mädchen nennt als persönliche Motivation ihr Aussehen: *„Und na klar, ist mir das bewusst, dass es relativ schlecht ist für meine Gesundheit von wegen Diabetes und sonst was, aber mir geht's ehrlich gesagt, wenn ich das mal so ganz oberflächlich sagen darf, ums Äußere.“ (UT18RU).*

4.2.5 Zielsetzung der Therapie

Definition der zukünftigen Gewichtsreduktion

(s. Anlage 43)

Die Jugendlichen haben sich teilweise sehr konkrete Ziele für die Gewichtsabnahme gesteckt. So werden konkrete Gewichtsangaben mit konkreten Zeitfenstern benannt. *„ (...) , dass ich bis Ende des Jahres versuche auf die 100 zu kommen. Und ich versuche ein bisschen mehr runterzukommen als wie nur auf die 100.“ (MA11NN).*

Auffällig ist dabei, dass die deutschen Jugendlichen weitaus konkreter ihre Ziele mit Zahlen benennen als die türkischen Jugendlichen. Diese wollen zwar auch abnehmen, legen sich aber nicht fest: *„Ich habe mir jetzt direkt keinen Zeitplan gesetzt. Ich will das jetzt auch nicht unter Druck machen.“ (FA13HA).* Die einzige türkische Jugendliche, die konkrete Angaben macht, ist diejenige, die bereits erfolgreich viel Gewicht verloren hat: *„Was ist Dein Ziel? (...) Fünfundsechzig ist so. (...) Das ist auch nicht mehr viel zurzeit. Also ich bin zwischen dreiundsiebzig, vierund-*

siebzig. (...) Also jetzt bis September, Oktober würde ich es gerne schaffen, weil ob ich es schaffe, weiß ich nicht, weil die letzten Kilos sind immer schwer, was alle wissen. Und wenn nicht, dann halt bis Januar.“ (HA16AD).

Konkrete Ziele

(s. Anlage 44)

Die Ziele, die sich die Jugendlichen gesteckt haben, spiegeln einerseits die Empfehlungen der Sprechstunde wider, andererseits sind sie sehr individuell.

Bei den Jungen ist zu beobachten, dass sie ihre Ziele eher in den Bewegungsbereich gelegt haben, ihr Ziel ist es, mehr Muskeln zu bekommen: „Wie gesagt, halt noch ein bisschen meine Werte sozusagen verändern, dass mein Fettgehalt runtergeht und dafür mehr Muskelgehalt hochgeht. Das sind so meine Ziele.“ (KA18TH). „Dass sich erst mal die komplette Haut zurückzieht, die noch darunter hängt und dann halt Mukis.“ (EL02ER).

Ein Junge hat sich zum Ziel gesetzt, sein Gewichtsproblem möglichst alleine zu bewerkstelligen. Er möchte nicht, dass sich ein Außenstehender in sein Gewichtsmanagement einmischt. Er lässt zwar zu, dass seine Eltern sich dazu äußern, aber sonst niemand: „Ich denke, ich will gar nicht, dass da so viele Außenstehende mit drin rumfummeln. Also wenn meine Eltern jetzt davon wissen und sagen..., mich dran erinnern sozusagen und sagen, mach mal was und guck mal drauf. Oder letzte Woche war nicht so gut. Oder wenn du weggehst, dann iss vorher was, dann brauchst du dir nichts kaufen, das ist okay. Aber vielleicht bin ich auch vom Typ nicht jemand, der das gerne macht, aber das braucht ja nicht mein ganzes Umfeld wissen. Das ist eine Sache, die muss ich im Endeffekt mit mir selbst ausmachen und da braucht mir auch keiner dann reinreden.“ (SU06IN).

Die Mädchen legen eher ihren Schwerpunkt auf den Ernährungsbereich: „Und Essen. Na ja, da versuche ich zumindest immer nur einen Teller zu haben und davon natürlich einen relativ kleinen Teller und nicht so viel Fetthaltiges eben, also auch mehr Obst und Gemüse. Das habe ich ja jetzt auch schon versucht und (...)“ (MA11NN).

Wünsche und Erwartungen

(s. Anlage 45)

Die Wünsche, die mit einer Gewichtsabnahme verbunden sind, unterscheiden sich stark bei Mädchen und Jungen: vor allem die Mädchen wünschen sich, in bestimmte Kleidungsstücke zu passen: „(...) Also ich will schon mein Idealgewicht haben und in Hosen reinpassen, in andere Hosen und solche Sachen.“ (FA13HA).

Eine Jugendliche beschreibt, sie wünsche sich nicht so auszusehen wie andere Übergewichtige: „(...) dass ich wie da nicht so aussehen möchte wie andere Leute mit dem Übergewicht (...)“ (MA11NN).

Die einzige Jugendliche, die keine Unterstützung vom Elternhaus erhält, wünscht sich das: „Denkst Du denn, dass es jemanden gibt, der dich unterstützen könnte dabei? - Ja, meine Mutter.“ (YA30NN).

Auffällig ist, dass die Jugendlichen, die nicht erfolgreich beim Abnehmen sind, sich besonders wünschen und hoffen, es doch zu schaffen: „Ja. Das würde ich mir selbst wünschen. Also ich hoffe, dass ich das auch schaffe. Ich will jetzt durchhalten. Ich will es versuchen. Ja.“ (MA11NN).

Im Gegensatz dazu wissen die Jugendlichen, die bislang erfolgreich abgenommen haben, dass sie an sich selbst glauben müssen: „An sich selber glauben.“ (EL02ER).

4.3 Kontrastierung der Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Untersuchung

Die gewonnenen Ergebnisse sollen nun anhand der in Kapitel 1.2 formulierten Forschungsfragen und des in Kapitel 2.4 dargestellten Pfaff'schen Modells (2003) zusammengefasst und kontrastiert werden.

4.3.1 Determinanten der Patienten

Als Input im Pfaff'schen Modell gelangen die Patienten und ihre Familien mit ihren Merkmalen in das Versorgungssystem. Diese Merkmale sind:

- BMI der Kinder und Jugendlichen,
- Geschlecht,
- Migrationshintergrund,
- Alter,
- Bildung der Eltern,
- die bisherige Betreuung der Adipositas.

Beim Input wird den Fragen nachgegangen, welche Kinder die Adipositas-Sprechstunde aufsuchen und wie ihre familiären Hintergründe sind. Ebenfalls wird untersucht, ob es Unterschiede zwischen Kindern deutscher und türkischer Herkunft bei der Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ob es Unterschiede bei den o.g. Merkmalen gibt.

In der Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin werden Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund der Patienten quantitativ erhoben. Des Weiteren werden die Kinder und Jugendlichen gemessen und gewogen, diese Daten werden ebenfalls quantitativ erhoben und zum BMI bzw. BMI-SDS berechnet. Im Datensatz der vorliegenden Arbeit unterteilen sich die 612 Kinder und Jugendlichen etwa zur Hälfte als Mädchen (53,3%) und Jungen. Ca. zwei Drittel sind Deutsche, ca. ein Drittel (35,9%) hat einen türkischen Migrationshintergrund. Es zeigt sich, dass die Kinder unter sechs Jahren einen höheren BMI aufweisen als die älteren Kinder bzw. Jugendlichen. Vergleicht man die türkischen Kinder und Jugendlichen mit den deutschen, hat die türkische Gruppe den höheren BMI. Die Bildungsabschlüsse der Eltern korrelieren stark mit dem Migrationshintergrund: es verfügen weitaus mehr deutsche Eltern über hohe Bildungsabschlüsse als türkische Eltern. Wird der BMI der Kinder in Relation zu den Bildungsabschlüssen der Eltern gesetzt, so ist deutlich zu sehen, dass die Kinder, deren Eltern über hohe Bildungsabschlüsse verfügen, einen niedrigeren BMI haben, als die Kinder deren Eltern einen niedrigen oder gar keinen Schulabschluss haben. Dies gilt sowohl für die deutschen, als auch für die türkischen Kinder und Jugendlichen. Je höher der Bildungsabschluss der Eltern ist, desto niedriger ist der BMI der Kinder. Allerdings weicht diese Aussage bei den türkischen Kindern insoweit ab, als dass der BMI der Kinder von Eltern mit Abitur nicht so niedrig ist wie der BMI der deutschen Kinder von Eltern mit Abitur. All diese Aussagen können aufgrund quantitativer Daten bzw. deren Ergebnisse gemacht werden. Die Vorgeschichte der Patienten wurde

qualitativ untersucht und zeigte, dass die Kinder und Jugendlichen schon jahrelang übergewichtig waren, bevor sie in die Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin kommen. Es sind die Mütter oder die Kinderärzte, die dafür sorgen, dass sie in der Sprechstunde angemeldet werden. Ein Jugendlicher war zuvor in einer stationären Reha-Maßnahme. Ansonsten gab es bei den interviewten Jugendlichen keine Therapien in anderen Adipositas-Zentren vor der Behandlung in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

4.3.2 Determinanten des Behandlungsablaufs

Das Throughput untersucht die Versorgungsstrukturen anhand folgender Determinanten:

- Anzahl der Besuche in der Sprechstunde,
- der zeitliche Abstand der Besuche,
- Abbrecherquoten,
- Motivation durch die Sprechstunde,
- Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Mit diesen Determinanten wird der Frage nachgegangen, ob es Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim Therapieverlauf gibt. Es wird untersucht, ob eine der Gruppen häufiger betreut wird und ob es in einer der beiden Gruppen häufiger Therapieabbrüche gibt. Ebenfalls wird untersucht, inwieweit einerseits die Versorgung durch die Adipositas-Sprechstunde, andererseits die Unterstützung durch das familiäre Umfeld die betroffenen Jugendlichen motiviert.

Wie häufig die Familien in die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin kommen, lässt sich anhand quantitativer Daten sagen: Sie werden im Laufe der Behandlung durchschnittlich sechsmal im Abstand von ein bis drei Monaten gesehen. Dabei lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der deutschen und der türkischen Gruppe erkennen. Zwar werden die türkischen Patienten häufiger betreut, hier besonders die Gruppe der unter sechsjährigen und der über dreizehnjährigen, jedoch ohne statistisch signifikanten Unterschiede.

Auch die Abbruchquoten sind Daten qualitativer Herkunft: unabhängig vom Migrationshintergrund wird die Therapie in der Adipositas-Sprechstunde von 61,7% der Familien abgebrochen. Das höchste Risiko für einen Therapieabbruch ist weder Alter, noch Geschlecht, noch Migrationshintergrund, sondern der Grad der Adipositas bei der Erstvorstellung. Sind die Kinder und Jugendlichen schon bei der Erstvorstellung extrem adipös, so ist das Risiko die Therapie abubrechen, am höchsten.

Inwieweit die Sprechstunde motivierend auf die Patienten wirken kann, wurde anhand qualitativer Daten erhoben. Die Jugendlichen berichten in den Interviews, dass die Termine sehr wichtig für ihre Motivation seien und dass häufigere Termine als hilfreicher empfunden werden. Genannt wurden die konkreten Hilfestellungen wie beispielsweise Adressen für Sportangebote sowie die Überprüfung und Kontrolle des Gewichts und der Werte. Überhaupt jemanden zu haben, mit dem sie über ihr Gewichtsproblem reden können, wird als hilfreich empfunden, insbesondere wenn es sonst niemanden gibt, mit dem die Jugendlichen dieses Thema besprechen können oder wollen.

Die Unterstützung durch die Familie ist wichtig für die Patienten, unabhängig wie alt sie sind. Könnte man vermuten, dass es insbesondere für Jugendliche nicht mehr so wichtig ist, durch die Eltern unterstützt zu werden, so ergab die qualitative Untersuchung, dass die elterliche Hilfe von großer Bedeutung ist. Es wurde deutlich, dass die Jugendlichen von ihren Eltern zu den Terminen begleitet werden und die Termine nicht alleine wahrnehmen wollen, damit diese sie dann im Alltag entsprechend unterstützen.

Besonders bemerkenswert ist, dass bei der quantitativen Untersuchung der Versorgungsstrukturen kein Unterschied in der Behandlung zwischen der türkischen und der deutschen Patientengruppe festgestellt werden konnte. Auch die qualitative Untersuchung ließ keine Unterschiede erkennen. In den Interviews wurde nichts von den Jugendlichen geäußert, die den Schluss zulassen, dass eine der Gruppen anders behandelt wird, bzw. dass sich eine der Gruppen anders als die andere Gruppe behandelt fühlt.

4.3.3 Determinanten der Versorgungsleistungen der Sprechstunde

Die Determinanten

- Persönliche Motivation,
- Therapiehürden,
- Anzahl der Leistungen durch die Sprechstunde und
- die Abstände der Sprechstundentermine

stellen Aspekte des Outputs, also der Versorgungsleistung, dar. Es wird untersucht, wie häufig und in welchen Abständen die Kinder und Jugendlichen zu Wiedervorstellungen in die Sprechstunde kommen. Es stellt Fragen nach der Motivation abnehmen zu wollen und was die Patientinnen und Patienten daran hindert.

Die persönliche Motivation der Patientinnen und Patienten, die Therapie nicht abzubrechen, sondern durch zu halten und an ihrem Gewicht zu arbeiten, ließ sich durch die qualitative Befragung erheben. Die Interviews ergaben, dass die Jugendlichen unter Hänseleien leiden und der Wunsch, schlank sein zu wollen, stark ausgeprägt ist. Ihnen ist klar, dass sie für sich und ihre Gesundheit abnehmen, deutlich wird auch in den Interviews, dass Äußerlichkeiten eine große Rolle spielen. So äußerte ein Mädchen, sie würde sich hübscher finden, wenn sie weniger wiegen würde, andere beklagen die Probleme beim Kleiderkauf. Die Jungen hingegen wünschen sich muskulöse Körper.

Als Therapiehürde wird der „innere Schweinehund“ genannt, die Schwierigkeiten, „den Schalter um zu legen“ und die Empfehlungen der Sprechstunde nachhaltig umzusetzen. Von daher spielt nicht nur die eigene Motivation eine große Rolle, sondern auch die bereits o.g. Motivation, die durch die Sprechstunde vermittelt wird. Insbesondere, wenn die Unterstützung durch die Familie bzw. durch das soziale Umfeld nicht sehr groß ist.

An dieser Stelle ist von Bedeutung, was an negativer und positiver Kritik an der Sprechstunde in den Interviews geäußert wurde. Ohne die Erhebung von Daten qualitativer Art an diesem Punkt der Untersuchung wären nachfolgende Aussagen nicht möglich. Die Jugendlichen lassen sich beim ersten Termin trotz anfänglicher Skepsis durch die Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sprechstunde davon überzeugen, dass es ein guter Schritt war, sich in die Betreuung durch das Adipositas-Team zu begeben. Die freundliche Atmosphäre, die durch

die Mitarbeiter aller Professionen geschaffen wird, gibt den Jugendlichen das Gefühl, dass auf sie eingegangen wird und sie mit ihrem Gewichtsproblem verstanden werden.

Einige Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollten auch als Chance für die Sprechstunde verstanden werden, Punkte der Versorgung zu verändern und damit zu verbessern. Alle Jugendlichen beklagen die inakzeptablen, langen Wartezeiten, die ihnen bei einem Termin zugemutet werden. Dies bedarf dringend einer Optimierung in der Organisation im Ablauf der Sprechstunde.

Des Weiteren gab es Jugendliche, die den Wunsch nach mehr Autorität durch das Team der Adipositas-Sprechstunde äußerten. Es wurde deutlich, dass sie sich klare Anweisungen wünschen mit Sanktionen, wenn die Anweisungen nicht eingehalten werden. Dies bedeutet für das Team der Adipositas-Sprechstunde noch differenzierter die Wünsche der Patientinnen und Patienten zu beachten. Sanktionen sind dabei wohl keine Option, dennoch gilt es zu erkennen, mit welchen Patienten therapeutische Empfehlungen ausgehandelt werden und welche Patienten Anweisungen erhalten sollten.

Auch wurde in zwei Interviews geäußert, dass die Jugendlichen kürzere Terminabstände hilfreicher empfunden hätten. Aus den quantitativen Daten konnte berechnet werden, dass über 82% der Patientinnen und Patienten Termine im Abstand zwischen einem bis drei Monaten erhalten, unabhängig von Migrationshintergrund und Ausmaß der Adipositas. Nur ein kleiner Teil erhält Termine in noch größeren Abständen. Wenn durch die Auswertung der qualitativen Erhebung deutlich wird, dass einige Patienten eine engere Betreuung benötigen, so sollte dies für das Mitarbeiter-Team der Sprechstunde bedeuten, ein noch genaueres Augenmerk auf diesen Punkt zu legen und genau zu differenzieren, wer zu diesem Patientenkreis gehört.

4.3.4 Determinanten der Versorgungswirkung

Das Outcome mit der Determinante "BMI-Verlauf" untersucht Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen beim

- Therapieerfolg bzw. Misserfolg,
- das Wissen über die Gewichtsreduktion sowie

- die Ziele der Gewichtsreduktion

werden beim Outcome ebenfalls erforscht.

Die Wirkung der Betreuung durch die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin lässt sich quantitativ anhand des BM-Verlaufs der Kinder und Jugendlichen messen. Dabei ergab sich, dass keine der beiden Gruppen, also weder die deutschen, noch die türkischen Kinder und Jugendlichen erfolgreicher in der Gewichtsabnahme sind. Auch das Geschlecht oder die Schulbildung der Eltern spielen beim Erfolg einer Gewichtsabnahme keine Rolle. Einzig das Alter konnte ein signifikantes Ergebnis hervorbringen: die Kinder, die bei der Erstvorstellung jünger als sechs Jahre alt sind, sind im Verlauf signifikant erfolgreicher als die über Sechsjährigen.

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen konnte den BMI erfolgreich verändern. Dies scheint nicht sehr viel, in den qualitativen Interviews wurde jedoch deutlich, dass die Jugendlichen auch von der Sprechstunde profitieren, ohne dass die Waage eine erfolgreiche Veränderung zeigt. So hilft es Ihnen, dass es eine Anlaufstelle für sie gibt, wo das Gewichtsproblem besprochen werden kann, dass sich dort Zeit für sie genommen wird und dass sie konkrete Anleitung für ihre Verhaltensänderungen erhalten. Ein Jugendlicher spricht konkret davon, dass die Sprechstunde seinen „Willen gestärkt“ habe.

Es zeigt sich auch bei den Plänen für die Zukunft, dass sie im Laufe der Betreuung Wissen darüber erhalten haben, wie eine erfolgreiche Gewichtsreduktion funktioniert. In den qualitativen Interviews äußern die Jugendlichen, dass sie schrittweise abnehmen wollen mit Sport und Bewegung sowie entsprechender Ernährungsweise. Diese Pläne sind realistisch und entsprechen den Empfehlungen der Sprechstunde.

Auch bei der Wirkung, die die Sprechstunde bei den Kindern und Jugendlichen erzielt, lässt sich kein Unterschied zwischen der deutschen und der türkischen Gruppe erkennen. Den Aussagen der Jugendlichen in den Interviews ließ sich entnehmen, dass ihre Wünsche und Ziele unabhängig vom Migrationshintergrund ähnlich sind.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse in Anlehnung an die Systematik nach Pfaff (2003) (input – throughput – output – outcome) in triangulierter Form diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet werden. Dabei werden forschungsrelevante Publikationen den gewonnenen Erkenntnissen gegenübergestellt und die Grenzen der Untersuchung kritisch beleuchtet.

5.1 Die Patienten der Adipositas-Sprechstunde im SPZ

Zunächst wurde der Frage nachgegangen, welche Patientinnen und Patienten die Adipositas-Sprechstunde des SPZs der Charité - Universitätsmedizin Berlin aufsuchen und welchen sozialen und kulturellen Hintergrund die Familien der behandelten Kinder und Jugendlichen haben. Es wurde untersucht, welche Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen deutscher und türkischer Herkunft hinsichtlich des BMI, des Geschlechts, des Alters sowie des sozialen Status bestehen. Des Weiteren wurde erforscht, auf welchem Weg die Patientinnen und Patienten in die Sprechstunde kommen und wie ihre Adipositas bislang behandelt wurde.

Diese Fragen wurden gestellt um beurteilen zu können, ob die Adipositas-Sprechstunde des SPZs der Charité - Universitätsmedizin Berlin relevante Zielgruppen erreicht.

Dafür wurden die Kriterien des „Input“ nach dem Pfaff’schen Modell untersucht, also die Ressourcen der Familien und somit der Versorgungsbedarf, den die Patienten mitbringen. Die Frage, welche adipösen Kinder in die Sprechstunde kommen und wie ihre familiären Hintergründe sind, wurde anhand folgender Merkmale untersucht:

- BMI der Kinder und Jugendlichen
- Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Alter
- Soziale Schicht (Bildung der Eltern)
- Bisherige Betreuung der Adipositas

Die Kohorte dieser Arbeit beinhaltet Daten von 612 Kindern und Jugendlichen, die zwischen dem 01.01.2003 und 23.05.2008 erstmalig die Adipositas-Sprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums der Charité - Universitätsmedizin Berlin mit ihren Familien aufsuchten. Die Daten wurden dem Gesamt-Datensatz der Sprechstunde entnommen, der Informationen über alle betreuten Patientinnen und Patienten beinhaltet. Die Kriterien für die Studienkohorte der vorliegenden Arbeit waren entweder adipös oder extrem adipös zu sein und aus einer deutschen oder türkischen Familie zu entstammen.

Daten von Patientinnen und Patienten, die nicht in diesem Zeitraum behandelt wurden, lediglich übergewichtig waren oder einen anderen Migrationshintergrund haben, wurden nicht in die Auswertung dieser Arbeit einbezogen.

Von daher lässt sich die vorliegende Arbeit nur schwer mit anderen Studien vergleichen. So haben beispielsweise die Berliner Daten nur die Altersgruppe der Schulanfänger berücksichtigt (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009), Danne-
mann et al. (2010) haben in ihre Untersuchung noch zusätzlich Kinder und Jugendliche mit anderem Migrationshintergrund eingeschlossen, die KiGGS-Daten sind repräsentative Daten für Deutschland. Kirchengast und Schober (2006) haben in ihrer österreichischen Studie nur Hauptschüler berücksichtigt, Fredericks et al. (2005) haben in ihre niederländische Studie auch junge Erwachsene, Brussaard et al. (2001) sogar alle Altersgruppen in ihre Kohorte eingeschlossen. Obwohl in jeder Studie unterschiedliche Studienpopulationen einbezogen wurden, haben dennoch alle Studien eines gemeinsam: türkische Kinder und Jugendliche sind häufiger und in stärkerem Ausmaß von Adipositas betroffen. Obwohl sich aufgrund der Methodik die vorliegende Arbeit nur schwer mit anderen Studien vergleichen lässt, zeigt sich dieser Trend auch in der Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Der BMI bzw. BMI-SDS der türkischen Kinder und Jugendlichen bei Erstvorstellung in der Sprechstunde ist deutlich höher als der der deutschen Kinder und Jugendlichen. Dies wiederum zeigt, dass die Adipositas-Sprechstunde des SPZ von einer relevanten Zielgruppe aufgesucht wird.

Sowohl bei der KIGGS-Untersuchung als auch bei den Berliner Einschulungsdaten (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009) finden wir eine fast gleiche Geschlechterverteilung: Bei KIGGS sind 6,3% Jungen und 6,4% Mädchen, in den Schulein-

gangsuntersuchungen sind 4,5% Jungen und 4,4% Mädchen adipös. In der Sprechstunde des SPZs werden etwas mehr Mädchen (53,3%) betreut, dies ist jedoch kein signifikanter Unterschied. Die Geschlechterverteilung in der Sprechstunde ist also ausgewogen und vergleichbar mit repräsentativen Studien. In diesem Punkt kann ebenfalls festgestellt werden, dass die Zielgruppe durch die Adipositas-Sprechstunde des SPZs erreicht wird, denn beide Geschlechtergruppen sind gleichwertig vertreten.

Auch die Verknüpfung der untersuchten Variablen BMI-SDS und Geschlecht zeigt, dass die Sprechstunde des SPZs von relevanten Zielgruppen aufgesucht wird: wie in der österreichischen Studie von Kirchengast und Schober (2006) weisen die türkischen Mädchen im SPZ nicht nur einen höheren BMI-SDS auf, sie sind auch häufiger von extremer Adipositas betroffen.

Ebenfalls zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deutlich, dass der Bildungsgrad der Eltern ein entscheidender Einflussfaktor ist. Diesen Aspekt belegen auch KIGGS (Kurth und Schaffrath Rosario 2007) sowie die Berliner Einschulungsdaten (Senatsverwaltung für Gesundheit 2009): Je niedriger die Bildung der Eltern ist, desto höher ist das Risiko für die Kinder, adipös zu werden. Es gibt in der vorliegenden Arbeit in der Gruppe der türkischen Patienten einen weitaus höheren Anteil Eltern mit niedrigem oder gar keinem Schulabschluss als bei den deutschen Patientinnen und Patienten, entsprechend wurde ein hoher Anteil an türkischen Kindern mit höherem BMI ermittelt. Insgesamt haben ein Drittel (33,1%) der Eltern der Patientinnen und Patienten gar keinen oder lediglich einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss im Haushalt. Auch diesbezüglich kann also geschlussfolgert werden, dass die Patientengruppe bzw. die Eltern mit geringer Bildung durch die Sprechstunde erreicht werden.

Dabei bleibt allerdings ungeklärt, weshalb der BMI-SDS der türkischen Kinder, deren Eltern über ein Abitur, also über einen hohen Bildungsabschluss verfügen, nicht in dem Maße niedrig ist wie bei den deutschen Kindern und Jugendlichen (s. Abbildung 9, S. 81). Hier wird deutlich, dass die Ursachen von Adipositas vielschichtig und komplex und nicht von einem einzelnen Faktor abhängig sind. Nach wie vor liegen darüber kaum Erkenntnisse vor (RKI 2008), diskutiert wird in der Literatur, dass Migration bzw. ein kultureller Einfluss eine Rolle spielt (Caprio et al.

2008, Eshiett und Parry 2003). Belegt ist, dass es unterschiedliche, kulturell beeinflusste, Gesundheits- und Krankheitskonzepte gibt (Razum et al. 2004, Schouler-Ocak 2008, Yildirim-Fahlbusch 2003). Dementsprechend ist anzunehmen, dass solche Krankheitskonzepte auch Eltern der Adipositas-Sprechstunde beeinflussen und sie vor Therapiebeginn eine sehr unterschiedliche Sichtweise darüber haben können, wie sich die Gesundheit ihres Kindes gestaltet.

Der Großteil der interviewten Jugendlichen wurde vom Kinderarzt in die Adipositas-Sprechstunde geschickt. Dies verdeutlicht, dass die Kinderärzte dem Thema gegenüber sensibilisiert sind, aber auch wissen, dass sie im hausärztlichen Setting nicht die Zeit investieren können, wie es einem SPZ möglich ist (Borusiak 2008). Dennoch scheinen die niedergelassenen Kinderärzte türkische Kinder zu einem späteren Zeitpunkt in die Spezialsprechstunde ins SPZ zu überweisen als deutsche Kinder. Eine spätere Überweisung wird vielfach mit Sprach- und Kommunikationsproblemen aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse der türkischen Eltern erklärt, aber auch mit Unkenntnis über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Leistungsspektrum (Babitsch et al. 2008, Brucks und Wahl 2003, Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors 2008).

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist die signifikant höhere Prävalenz extremer Adipositas der türkischen Kinder unter sechs Jahren als in anderen Altersgruppen. In der Literatur wird fehlendes Wissen über (Klein-)Kinderernährung als Erklärung diskutiert, insbesondere bei Müttern mit niedrigen Bildungsabschlüssen (Bade et al. 2000, Brussaard et al. 2001, Kocturk und Mjones 1986, Ujic-Voortman et al. 2011). Damit ist jedoch nicht erklärt, wie diese Zielgruppe in die Sprechstunde gelangt, zumal diese Mütter oftmals nicht ein Bewusstsein für die Brisanz des Gewichtsverlaufs ihres Kindes haben (RKI 2008, Bau et al. 2002). Es stellt sich hier die Frage, ob die unter 6-Jährigen ebenfalls durch den Kinderarzt geschickt werden weil sie beispielsweise durch die Vorsorgeuntersuchungen aufgefallen sind. Die Vorsorgeuntersuchungen finden im Kleinkindalter in engeren Intervallen als bei Jugendlichen statt, d.h. diese Kinder werden häufiger dem Kinderarzt vorgestellt als Jugendliche. Hinzu kommt, dass diese Altersgruppe häufig eine Kita besucht, die Erzieherinnen können ebenfalls auf Eltern einwirken, sofern sie

sensibel gegenüber dem Thema Übergewicht und Adipositas sind und den Eltern empfehlen, die Spezialsprechstunde im SPZ aufzusuchen.

5.2 Einflüsse auf den Therapieverlauf

Hier wurde der Frage nachgegangen, ob es Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen bei den Therapieverläufen gibt. Es wurde untersucht, ob eine der Gruppen häufiger betreut wird oder eine der Gruppen häufiger die Therapie abbricht. Weiterhin wurde die Frage gestellt, wie die Sprechstunde und das soziale Umfeld die Kinder und Jugendlichen bei der Therapie unterstützen.

Im Pfaff'schen Modell wird die Frage nach den Einflüssen auf den Therapieverlauf mit den Versorgungsstrukturen bzw. -prozessen, also den Kriterien des „Throughput“ beantwortet:

- Anzahl der Besuche in der Sprechstunde
- Zeitlicher Abstand der Besuche
- Abbrecherquoten
- Motivation durch die Sprechstunde
- Unterstützung durch das soziale Umfeld

Auf die Anzahl der Beratungen sowie auf die zeitlichen Abstände, in denen die Patienten Termine erhalten, haben weder der Grad der Adipositas noch der Migrationshintergrund Einfluss. Die entscheidende Rolle spielt dabei die psychosoziale Situation der Kinder bzw. der Jugendlichen. Die familiäre Unterstützung ist ein entscheidender Faktor für die Betreuungshäufigkeit und -dichte. Jugendliche, die wenig Unterstützung durch die Eltern erfahren und alleine in die Sprechstunde kommen können, werden häufig einbestellt. Auch Familien, bei denen Maßnahmen durch die Jugendhilfe notwendig sind, erhalten intensive Betreuung. Wie von Wiegand et al. (2005) beschrieben, wird bei jeder Familie individuell das Maß der Betreuung festgestellt und daraufhin festgelegt.

Wird festgestellt, dass der Bedarf einer Familie die Ressourcen der ambulanten Adipositas-Sprechstunde im SPZ aufgrund der psychosozialen Familiensituation übersteigt, muss überlegt werden, welche Institution dem Bedarf der Familie gerecht wird. Bei psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen wird nach

entsprechender Diagnostik zu niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten vermittelt. Gestaltet sich die soziale Familiensituation schwierig, wird darauf hin gearbeitet, dass sich die Familie Unterstützung durch das Jugendamt holt. Die in Abbildung 10 dargestellten Ergebnisse (S. 88) zeigen, dass in den vergangenen Jahren Fälle aufgetreten sind, die eine Meldung wegen Kindeswohlgefährdung notwendig machten. Zusätzlich ist der Trend zu beobachten, dass zunehmend Familien mit bereits installierten Hilfen zur Erziehung in die Sprechstunde kommen. Fehlende soziale Bindungen, fehlende Alltagsstrukturen mit verbindlichen Regeln sowie mangelnde Rahmenbedingungen und Vorgaben für die Kinder sind maßgebliche Problemfelder in der Adipositas-Therapie. Kommen schlechte soziale Bedingungen wie Arbeitslosigkeit, Armut und mangelnde Bildung hinzu, sind die Möglichkeiten einer ambulanten Therapieeinrichtung schnell erreicht. Dann bedarf es unterstützender Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe, die die Familien begleiten. Dafür müssen sowohl Mitarbeiter der Jugendämter als auch die pädagogischen Mitarbeiter der freien Träger, die die Hilfen ausführen, für die Probleme von adipösen Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden. Gleichzeitig sollten sie über das Wissen verfügen, wie sie den Familien gezielte Unterstützung geben können. Schwidergall (2009) fand nicht nur heraus, dass Risikogruppen nicht adäquat versorgt werden, sondern auch, dass die Versorgung unkoordiniert abläuft.

Dadurch, dass die Adipositas-Sprechstunde in der Charité – Universitätsmedizin Berlin in einem SPZ angesiedelt ist, verfügt das Mitarbeiter-Team über eine Sozialarbeiter-Stelle, was als Vorteil zu bewerten ist. In den meisten Therapiezentren in Deutschland besteht das Team in der Regel lediglich aus den Bereichen Medizin, Ernährung und Psychologie. Die Kooperation mit den Jugendämtern kann im SPZ der Charité - Universitätsmedizin Berlin direkt mit einer Sozialpädagogin erfolgen, was eine differenzierte Versorgung der Familien ermöglicht.

Die Daten der vorliegenden Arbeit zeigen erstmalig in Deutschland, wie hoch der Anteil an Abbrüchen einer ambulanten Individualtherapie im klinischen Setting ist. Arbeiten aus anderen Ländern weisen bei Gruppentherapien ähnlich hohe Raten auf (Denzer et al. 2004, Inelmen et al. 2004, Dufresne et al. 2006, Finley et al. 2006). Grønbaek et al. (2009) berichten von deutlich höheren Abbruchraten bei Familien mit Migrationshintergrund und niedriger Bildung. Auch die vorliegende Studie differenziert nach diesen Merkmalen. Im SPZ der Charité - Universitätsme-

dizin Berlin spielt jedoch der Migrationshintergrund keine Rolle, der entscheidende Faktor, die Adipositas im SPZ abubrechen, ist das Ausmaß der Adipositas zu Beginn der Therapie. Dieses überaus bemerkenswerte Ergebnis zeigt, dass Migranten und Nichtmigranten in gleicher Weise bei der Betreuung durch das SPZ mitarbeiten können und wollen und dass sich beide Gruppen gleich gut bzw. schlecht im SPZ betreut fühlen. Denn die hohe Abbruchrate sollte Anlass sein, zu ergründen, weshalb so viele Familien die Therapie abbrechen. Für diese Analyse müsste man sogenannte „Abbrecher“ befragen, damit diese Rate gesenkt werden kann.

In dieser Arbeit wurden Jugendliche zu einem Zeitpunkt interviewt, an dem sie regelmäßig und zuverlässig in die Sprechstunde kamen. Einige von ihnen sind seit Jahren in Betreuung, sie scheinen also eher zufrieden mit der Behandlung zu sein, gehören also nicht zur Gruppe der Abbrecher. Dies zeigt sich auch bei der Vertiefung durch die qualitative Untersuchung: Die interviewten Jugendlichen fühlen sich alle gut betreut in der Sprechstunde. Dabei lässt sich kein Unterschied erkennen zwischen den deutschen und türkischen Jugendlichen. Sie berichten von angenehmer Atmosphäre und Mitarbeitern, die freundlich zu ihnen sind. Die Anregungen und Vorschläge der Jugendlichen für Veränderungen in der Sprechstunde sollten berücksichtigt und diskutiert werden. So ist beispielsweise kinder- und jugendadäquate Literatur für das Wartezimmer eine Idee, die aufgegriffen und umgesetzt werden sollte. Die von allen Jugendlichen beanstandeten Wartezeiten sollten untersucht und reduziert werden. Dazu bedarf es einer detaillierten hausinternen Analyse im SPZ, um die Abläufe der Versorgung entsprechend optimieren zu können.

Die Motivation, die die Jugendlichen durch Termine in der Sprechstunde erhalten, sollte nicht unterschätzt werden. Sie sind für sie Ansporn, sich anzustrengen und etwas zu erreichen. Besonders deutlich wird dies durch die Aussage einer Jugendlichen, dass sie häufiger Termine braucht und ihr die Abstände zwischen den Terminen zu groß waren. Ihr Vorschlag ist die Aufstockung sowohl des Personals, als auch der Räumlichkeiten. Daraus sollte sich eine Diskussion innerhalb des SPZs ergeben, ob die Kapazitäten der Sprechstunde ausreichen oder ob es Möglichkeiten gibt, die Sprechstunde auszubauen.

Fast alle Jugendlichen können ihren Gewichtsverlauf erklären mit konkreten Angaben über ihr Sport- und Ernährungsverhalten und können von daher auch klar benennen, was sie verändert haben bzw. ändern müssten, um auch das Gewicht zu verändern. Sie sprechen vom „inneren Schweinehund“ und von „Faulheit“, wenn sie es nicht schaffen, abzunehmen. Die Daten lassen keine gestützte weitergehende Interpretation und Diskussion zu. Allerdings können diese Aussagen auch ein Zeichen dafür sein, wie sehr Kinder und Jugendliche gesellschaftliche Abwertungen übernehmen. Bekannt ist, dass bereits Kindergartenkinder das negative Bild Adipöser verinnerlichen (Turnbull et al. 2000) und dass übergewichtige und adipöse Kinder schlechtere Werte in der sozialen Akzeptanz aufweisen (Ottava et al. 2011).

Diese Forschungsarbeit zeigt sehr deutlich, dass ein multiples Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren den Erfolg bzw. Misserfolg einer Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen beeinflusst. Ein entscheidender Faktor scheint die Bildung der Eltern zu sein. Auch andere Studien (Dannemann et al. 2010, Kurth und Schaffrath Rosario 2007, Lamerz et al. 2005) weisen die Bildung der Eltern als protektiven Faktor auf. Lediglich die beiden deutschen Jugendlichen, deren Eltern über einen hohen Bildungsstand verfügen, berichten von Unterstützung durch beide Elternteile, während alle anderen Jugendlichen nur von Unterstützung seitens ihrer Mutter berichten. Ein Mädchen sticht dabei mit ihren Aussagen heraus: Die türkische Jugendliche, deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss haben und die nicht erfolgreich mit ihrer Gewichtsreduktion ist. Diese Patientin beschreibt, dass sie außerhalb der Sprechstunde keine Unterstützung erfährt, und wie sehr sie sich wünscht, von ihrer Mutter unterstützt zu werden. Der Wunsch des Mädchens und vor allem auch das Ergebnis ihres Gewichtsmanagements, nämlich die erfolglose Gewichtsreduktion, zeigen, welche enorme Bedeutung die Unterstützung der Eltern in der Adipositas-Therapie hat. Von welcher Bedeutung die elterliche Unterstützung für die Therapie tatsächlich ist, belegten bereits ausführlich Epstein et al. (1994) in einer Langzeitstudie. Elterliche Unterstützung ist assoziiert mit deren Bildung (Gensicke 2010), je höher der Bildungsstand der Eltern, desto besser die Unterstützung. Ebenso sind Mobbing-Erfahrungen von Kindern assoziiert mit dem Bildungsstand der Eltern (von Rueden et al. 2005), je höher der Bildungsstand der Eltern, desto weniger Mobbing erleben die Kinder. Die Interviews der vorliegenden

Arbeit spiegeln diese Thesen wieder. Die Jugendlichen, deren Eltern über hohe Bildungsabschlüsse verfügen, werden am meisten von ihren Eltern unterstützt und haben keine Mobbing Erfahrungen.

5.3 Das „Output“ im Therapieverlauf

Das "Output" wurde anhand der Fragen, was den Erfolg bzw. Misserfolg der Behandlung beeinflusst, untersucht. Die persönliche Motivation sowie die Hindernisse im Therapieverlauf wurden erfragt sowie die erbrachten Versorgungsleistungen untersucht.

Übertragen auf das Pfaff'sche Modell wurde das „Output“ anhand folgender Kriterien untersucht:

- Persönliche Motivation
- Therapiehürden
- Anzahl der Leistungen durch die Sprechstunde
- Abstände der Sprechstundentermine

Die persönliche Motivation der Jugendlichen, bei der Therapie erfolgreich sein zu wollen, ist geprägt von Kriterien der Lebensqualität. Diese ist bei adipösen Kindern und Jugendlichen schlechter im Vergleich zu anderen chronisch erkrankten Kindern (Ravens-Sieberer et al. 2001), ist sogar vergleichbar mit der von an Krebs Erkrankten (Schwimmer et al. 2003). Insbesondere fehlende soziale Akzeptanz und Mobbing mindert ihre Lebensqualität (Ottova et al. 2011), dies berichten auch die Jugendlichen in den Interviews der vorliegenden Arbeit. Sie erzählen von Hänseleien, die sie als „das Schlimmste“ empfinden, sowie von dem Wunsch, der sie antreibt abzunehmen, da sie in bestimmte Kleidung passen und einen schönen Körper haben wollen. Hier unterscheiden sich die Jugendlichen weder im Bildungsgrad der Eltern noch in der Ethnizität. Die größte Herausforderung für die Therapeutinnen und Behandler ist die Motivation, die die Sprechstunde den Patientinnen und Patienten vermittelt zu deren persönlichen Motivation umzuformen.

Als größte Therapiehürde betrachten die Jugendlichen, dass sie die Empfehlungen nicht langfristig umsetzen können. Die Gründe dafür bleiben unklar, fehlende Adhärenz im Zusammenhang von Mobbing könnte eine Erklärung sein und ist in der

Literatur ausführlich beschrieben (van Cleave und Davis 2006, Storch et al. 2007). Auch mangelnde Unterstützung durch die Familie lässt darauf schließen, dass die Patienten nicht nachhaltig ihr Gewicht reduzieren können. Umso wichtiger scheint die Unterstützung durch die Sprechstunde zu sein. Hier ist die türkische Jugendliche zu nennen, die erfolglos in der Therapie ist und nicht weiß, woran es liegt, dass sie nicht abnehmen kann. Sie denkt, sie habe „kein Glück“. Leider greift dieses Ergebnis nicht so weit, als dass sich eindeutig identifizieren lässt, auf was genau der fehlende Therapieerfolg zurück zu führen ist. Denkbare Erklärungsmuster sind außer der mangelnden Unterstützung durch die Familie oder die mangelnde Bildung der Eltern ein anderes Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis aufgrund des kulturellen Einflusses.

Allerdings ließen alle anderen türkischen Jugendlichen keine kulturellen Erklärungsmuster in den Interviews erkennen. Dabei ist anzumerken, dass in der vorliegenden Studie der „Migrationshintergrund“ u.a. mit „Sprache“ operationalisiert wurde, was bedeutet, dass viele Jugendliche schon der 3. Generation angehören.

Es ist von großer Bedeutung, den Begriff „Kultur“ genau zu definieren und dabei auch die individuellen Bedingungen in der Migrationssituation zu berücksichtigen, bevor er als Erklärungsmuster hinzugezogen wird. Fest steht, dass die quantitativen Analysen der vorliegenden Arbeit Unterschiede zwischen den deutschen und den türkischen Kindern und Jugendlichen deutlich gemacht haben, die qualitative Untersuchung lässt jedoch nicht darauf schließen, dass die Jugendlichen ihre Adipositas und die Behandlung in einem kulturellen Kontext verstehen. Es stellt sich also vielmehr die Frage, inwieweit die soziale Lage und hier insbesondere der Bildungsstand Einfluss auf die Adipositas therapie haben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass der Anteil der Eltern mit niedrigem Schulabschluss in der türkischen Gruppe signifikant höher ist. Es ist also wichtig, Behandlungsprogramme so zu gestalten, dass die Patienten davon profitieren können.

Nicht nur das Behandlungsprogramm, sondern auch die Rahmenbedingungen einer Behandlung sollten so gestaltet sein, dass es positiv auf die Patienten wirkt. Die Kritik, die die Jugendlichen in den Interviews zur Sprechstunde geäußert haben, sollten Hinweise für Verbesserungen sein und ernst genommen werden. Die Mitarbeiter- bzw. Arzt-Patienten-Interaktion wurde sehr positiv geschildert, während die Servicequalität optimiert werden kann. Besonders auffällig war der von al-

len Interviewten genannte Kritikpunkt bezüglich der Wartezeiten. Es wird derzeit eine Studie in der Sprechstunde zum Thema Patientenzufriedenheit im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt. Die Ergebnisse werden ein breiteres Bild zeigen und hoffentlich Punkte aufzeigen, an denen angesetzt werden sollte um die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

Sowohl die Häufigkeit der Termine als auch die Professionen, die in die Betreuung der Kinder und Jugendlichen einbezogen werden, hängen ab von deren psychosozialer Situation. Die Arbeit von Pöche-Guckelberger (2010) hat dies herausgearbeitet: Je höher das Risikoprofil einer Familie ist, desto häufiger werden die Patientinnen und Patienten der Adipositas-Sprechstunde des SPZs von den Psychologen bzw. der Sozialarbeiterin betreut. Ganz individuell wird festgelegt, welche Art und Form von Unterstützung das Kind bzw. der Jugendliche und seine Familie braucht (Wiegand et al. 2005). Pauschale Aussagen ohne eine differenzierte Sozialanamnese lassen sich nicht treffen, sondern es bedarf einer genauen Diagnostik des gesamten Familiensystems, um einen erfolgversprechenden Therapieverlauf festlegen zu können.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle ein Punkt, in dem sich die beiden deutschen Jugendlichen von Eltern mit hohem Bildungsgrad deutlich von den anderen interviewten Jugendlichen abheben: Es ist der Wunsch nach restriktiven Methoden der Behandlung. Das Mädchen äußert den Wunsch, die Ärzte sollen sich in der Sprechstunde mit weißen Kitteln zu erkennen geben. Weiße Kittel seien für sie ein Zeichen von Fachkompetenz und Autorität. Der Junge geht gar so weit, dass er bei Nichteinhalten der Vereinbarungen in der Sprechstunde monetäre Strafen in Höhe von fünf Euro verhängen würde. Dieses Phänomen mit Ethnizität oder Bildung der Eltern zu erklären, ist jedoch nicht haltbar. Eine denkbare Interpretation dieser Aussagen wäre auf den Erziehungsstil der Eltern zurückzuführen.

5.4 Der Erfolg einer Behandlung

Die Frage nach der Wirkung der Behandlung durch die Adipositas-Sprechstunde im SPZ wurde mit der Frage nach dem BMI-Verlauf der Kinder und Jugendlichen gestellt. Dabei wurde untersucht, ob eine der Gruppen erfolgreicher war. Weiterhin wurde hinterfragt, ob die Behandlung Wissen vermittelt, und es wurden Fragen nach weiteren Zielen bei der Gewichtsreduktion gestellt.

Die Wirkung der Betreuung durch die Adipositas-Sprechstunde, also das „Outcome“ bildet sich im Pfaff'schen Modell an den Kriterien

- BMI-Verlauf
- Wissen über Gewichtsreduktion
- Ziele bei der Gewichtsreduktion

ab.

Im Verlauf zeigt sich, dass ca. ein Viertel der Kinder und Jugendlichen erfolgreich abnimmt, d.h. den BMI-SDS um mindestens 0,2 verringern kann. Bemerkenswert ist dabei, dass weder Geschlecht, Migrationshintergrund noch Schulbildung der Eltern beim Erfolg eine Rolle spielen. Lediglich das Alter der Kinder konnte als signifikante Erfolgsdeterminante identifiziert werden. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der großen multizentrischen Studie in Deutschland überein (Hoffmeister et al. 2011b, Reinehr et al. 2009). In der Literatur wird hervorgehoben, wie sehr der Therapieerfolg der Kinder und Jugendlichen von der Qualität der Therapieeinrichtungen abhängt (AGA 2009, Hoffmeister et al. 2011a, Reinehr 2011). Da die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin ein von der AGA zertifiziertes Therapiezentrum ist, sind diese notwendigen Qualitätsstandards gewährleistet.

Aber nicht nur die Ressourcen, die eine Therapieeinrichtung zu bieten hat, sondern auch die Ressourcen der Familien sind von Bedeutung für den Erfolg einer Therapie. Konsequentes Erziehungsverhalten sowie eine unterstützende Eltern-Kind-Beziehung spielen eine bedeutende Rolle für den Erfolg beim Gewichtsmanagement. Psychosoziale Belastungen der Familie, ein niedriger Bildungsstand und damit häufig verbunden niedriges Haushaltseinkommen beeinträchtigen das Erziehungsverhalten (Pott et al. 2010) und somit auch den Therapieerfolg (Warschburger 2011). Die Zahlen der Adipositas-Sprechstunde, welche ein zunehmendes Maß an Hilfen zur Erziehung durch das Jugendamt aufweisen, deuten ebenfalls darauf hin. Daraus lässt sich schließen, von welcher Bedeutung die Erfassung dieser Faktoren in der Anamnese ist, um auch Kindern und Jugendlichen einen Therapieerfolg zu ermöglichen, die schlechte Prädiktoren mitbringen. Angesichts der Tatsache, dass der Erziehungsstil beeinflusst wird von der Bildung der Eltern, stellt sich also die Frage, ob der Bildungsstand der Eltern indirekt doch Einfluss auf den Therapieerfolg hat.

Nicht nur die erfolgreiche Veränderung des Gewichts bzw. des BMIs allein ist für die interviewten Jugendlichen ein Erfolg. Sie sind froh darüber, eine Anlaufstelle zu haben, wo sie über ihr Gewichtsproblem reden können und Unterstützung erhalten. Des Weiteren haben die qualitativen Interviews deutlich gemacht, dass die Jugendlichen gut Bescheid wissen, wie eine erfolgreiche Gewichtsabnahme funktionieren kann. Hier lässt sich wieder kein Unterschied feststellen zwischen den deutschen und den türkischen Jugendlichen. Sie alle haben sich Ziele gesetzt, was sie bei ihrem Gewichtsmanagement erreichen wollen. Dabei zeigt sich, dass die Einschätzung, wie sie diese Ziele erreichen können, einhergeht mit dem bisherigen Erfolg: Die Jugendlichen, die vor dem Interview bereits erfolgreich abgenommen hatten, konnten ihre Ziele relativ konkret und realistisch benennen.

5.5 Bewertung des Forschungsmodells und Grenzen der Untersuchung

Bei der Anwendung des Pfaff'schen Modells musste berücksichtigt werden, dass die Daten aus der Versorgung heraus generiert wurden. Es war jedoch gut möglich, die Forschungsfragen auf das Pfaff'sche Modell zu übertragen. Somit war die Untersuchung, ob die Adipositas-Sprechstunde des SPZs relevante Zielgruppen erreicht und wie der Therapieverlauf in der Sprechstunde ist, durchführbar.

Dabei wurde beim "Input", also den Ressourcen, welche die Patientinnen und Patienten der Sprechstunde mitbringen, mit den Variablen "BMI der Kinder und Jugendlichen" und "Geschlecht" untersucht. Die Variable "Migrationshintergrund" wurde ebenfalls genutzt, wobei sich hier ausgezahlt hätte, die Dauer des Aufenthalts der Eltern und deren Sprachkenntnisse mit einbeziehen zu können um die Ressourcen der Familie besser einschätzen zu können. Die soziale Schicht konnte lediglich mit der Bildung der Eltern operationalisiert werden, obwohl aus der Literatur bekannt ist, dass Berufstätigkeit der Eltern und Haushaltseinkommen ebenfalls eine entscheidende Rolle für die soziale Lage einer Familie spielen (Lampert und Kroll 2006). Dennoch zeigte sich, dass damit deutliche Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Kindern und Jugendlichen der Adipositas-Sprechstunde herausgearbeitet werden konnten.

Beim "Throughput", also den Versorgungsprozessen konnte gut abgebildet werden, wie die sich die Therapieverläufe bei den Kindern und Jugendlichen gestalten. Die Anzahl der Besuche in der Sprechstunde und der zeitliche Abstand der Besu-

che und ganz besonders die Abbruchquoten zeigten deutlich im Ergebnis, dass beide Gruppen, also deutsche und türkische Familien die gleiche Behandlung erfahren. Auch die Variablen "Motivation durch die Sprechstunde" und "Unterstützung durch das soziale Umfeld" förderten keine Unterschiede zutage, zeigten aber deutlich, wie wichtig diese Punkte in der Adipositas-Therapie sind. Hier wäre wünschenswert, den Einfluss des Erziehungsstils der Eltern auf den Therapieverlauf untersuchen zu können.

Das "Output", also die Versorgungsleistungen, wertete Pöche-Guckelberger (2010) mit dem identischen Datensatz aus und stellte dabei die Frage nach Abständen und Anzahl der Sprechstundentermine sowie den Einbezug der unterschiedlichen Professionen in die Therapie. Auch dabei zeigte sich, dass es keine Unterschiede zwischen der deutschen und türkischen Gruppe gibt.

Das "Output" in der vorliegenden Arbeit ließ sich erst durch die qualitativen Interviews herausarbeiten. Dabei ist jedoch kritisch zu bemerken, dass die Determinanten "Persönliche Motivation" sowie "Therapiehürden" keine direkten Versorgungsleistungen im klassischen Sinne sind, sondern eher als Folgen von Versorgungsleistungen zu betrachten sind.

Das "Outcome", also die Wirkung bzw. der Erfolg der Betreuung durch die Adipositas-Sprechstunde konnte durch die Verlaufsdaten des BMI der Kinder und Jugendlichen abgebildet werden. Auch die qualitativen Ergebnisse vom Wissen über und von den Zielen bei der Gewichtsreduktion bildeten die Wirkung der Behandlung im SPZ ab.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das Modell nach Pfaff geeignet ist, die Forschungsfragen zu beantworten. Die gewählte Form der Triangulation ließ zu, dass bestimmte Fragen tiefer beantwortet werden konnten wie beispielsweise "Motivation" (sowohl die persönliche, als auch die durch die Sprechstunde).

Über die Methodik ist anzumerken, dass die gewählte qualitative Methode der Interviews nicht in allen Fällen einfach durchzuführen war. Zwar hatten alle interviewten Jugendlichen bereitwillig zugesagt, an dem Interview teilnehmen zu wollen, dennoch erschien der Redefluss bei einigen Interviews schleppend. Auffallend ist dabei, dass es sich vor allem um die beiden Interviews mit den Jugendlichen han-

delt, deren Eltern über einen niedrigen Bildungsstand verfügen. Hier stellt sich die Frage, ob die beiden Jugendlichen über wenig Reflektions- und Artikulationsfähigkeiten, möglicherweise aufgrund ihres Bildungsniveaus, verfügen und inwieweit sich die Methode für sie eignet oder ob es an der Art der Interviewdurchführung lag. Reinders (2005) spricht davon, dass „ein Interviewer Vertrauen ohne vorherigen Beziehungsaufbau“ (S. 145) herstellen muss. Zwar war die Interviewerin darum bemüht, insbesondere die von Reinders beschriebene „Pausenangst“ (ebd. S. 240) nicht aufkommen zu lassen und den Jugendlichen genügend Zeit zu geben, Antworten zu finden und Standpunkte zu entwickeln, aber er weist auch darauf hin, dass alle Beachtung von möglichen Schwierigkeiten und deren Vermeidung nichts nütze, wenn es sich um schweigsame Jugendliche handele.

Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen wurden besonders in den Interviews deutlich. Die Jungen zielen auf mehr Muskeln, wollen straffere Haut; die Mädchen wären gerne in der Lage, in die Kleidung zu passen, die ihnen gefällt. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Untersuchung gerade in diesem Punkt Grenzen beinhaltet: So wurde die Auswahl der zu interviewenden Jugendlichen systematisch getroffen, indem Migrationshintergrund und Bildungsabschluss der Eltern berücksichtigt wurden. Dabei konnte das Geschlecht der Jugendlichen nicht ausreichend in das Auswahlverfahren einbezogen werden. Sowohl die quantitativen, als auch die qualitativen Ergebnisse zeigen jedoch an diversen Punkten, dass Adipositas therapie geschlechtsspezifisch durchgeführt werden muss, da Jungen und Mädchen deutliche Unterschiede aufweisen. Insbesondere der Leidensdruck unterscheidet sich deutlich, von daher sollte die Methodik und ggf. auch die Zielsetzung bei der Therapie eine andere sein. Die Interviews konnten jedoch nicht mit der gleichen Anzahl an Mädchen wie Jungen durchgeführt werden. Fuchs und Maschewsky-Schneider (2002) warnen davor, die Belange von Frauen und Männern nicht ausreichend in der Gesundheitsforschung zu berücksichtigen und somit Defizite und Perspektiven unzulänglich zu bewerten.

Des Weiteren wurde deutlich, wie wichtig das familiäre Umfeld und die Unterstützung durch die Familie ist. Interviews und Befragungen der Eltern würden von daher die Untersuchung ergänzen. Im vorliegenden Forschungsdesign war dies nicht vorgesehen, wäre aber geeignet um eine weitere Untersuchung anzuschließen, die sich dieser Frage widmet.

6 Ausblick und Empfehlungen

Die qualitativen Interviews mit Jugendlichen lassen keine Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patienten erkennen, alle fühlen sich gut in der Sprechstunde aufgenommen. Zur Optimierung sollten die von den Jugendlichen angeregten Veränderungen, insbesondere bei den Wartezeiten geprüft und umgesetzt werden. Auch die quantitativen Daten im Verlauf sprechen dafür, dass sich die Patienten mit Migrationshintergrund genauso gut oder schlecht versorgt fühlen wie die deutschen Patienten, denn die Abbruchraten und das Maß an Betreuungintensität liegen auf gleichem Niveau. Auch hinsichtlich des Erfolgs gibt es keine Unterschiede, die Erfolgsquote beider Gruppen beträgt jeweils ein Viertel. Dies zeigt, dass die Versorgung in gleichem Maße gewährleistet wird.

Die Ergebnisse der Daten bei Erstvorstellung in der Adipositas-Sprechstunde des SPZs der Charité – Universitätsmedizin Berlin weisen jedoch deutliche Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen und Patienten auf. Sie haben gezeigt, dass die türkischen Kinder und Jugendlichen in stärkerem Ausmaß adipös sind und ihre Eltern häufiger einen niedrigen oder gar keinen Schulabschluss haben. Um diese Unterschiede besser zu verstehen und interpretieren zu können, wäre es hilfreich, mehr Informationen zur Lebenswelt und Lebensweise der Familien einzuholen, systematisch zu erfassen und in die Auswertungen einzubeziehen. Viele dieser Informationen werden bereits in der Sprechstunde erhoben, beispielsweise der Grad der Deutschkenntnisse oder die Aufenthaltsdauer der Eltern. Diese Erfassung findet jedoch nicht systematisch statt und ist bislang nicht in eine Auswertung eingeflossen. Eine entsprechende Verwendung dieser Daten könnte es jedoch ermöglichen, Ressourcen einer Familie mit Migrationshintergrund besser einzuordnen. Defizite könnten somit leichter identifiziert und Ressourcen gezielt gefördert werden.

Angesichts der großen Anzahl an türkischen Patientinnen und Patienten sind Veränderungen auf zwei Ebenen zu empfehlen, die von Public-Health-Relevanz sind: auf der Organisationsebene der Sprechstunde und mit Kooperationspartnern auf kommunaler Ebene. Bisher gibt es keine Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in der Sprechstunde, auch gibt es niemanden, der über türkische Sprachkenntnisse verfügt, außerdem gibt es keine Materialien in türkischer Sprache. Es wurden bis-

lang keine Schritte für eine interkulturelle Öffnung unternommen. Borde und David (2004) haben eigens für Institutionen im Gesundheitswesen eine Checkliste erarbeitet. Für die Adipositas-Sprechstunde gibt es kein entsprechendes handlungsorientiertes Konzept zum Umgang mit Diversität, also kein „Diversity Management“. Mit Hilfe dieses Instruments könnte die Sprechstunde besser und sensibler auf Familien mit Migrationshintergrund reagieren und mittels der Förderung der beruflichen und kulturellen Integration von Menschen unterschiedlichster kultureller Herkunft, Religion oder Weltanschauung die entsprechenden Veränderungen anstoßen. Die Kinder und Jugendlichen zeigen zwar keine Unterschiede beim Therapieverlauf, auch die Interviews ließen nicht erkennen, dass die türkischen Jugendlichen einen anderen Versorgungsbedarf haben als die deutschen Jugendlichen, aber in der Sprechstunde zeigt sich bei den Eltern ein entsprechender Bedarf an muttersprachlicher Beratung.

Informationen zum Lebensstil der Familien, in denen die Kinder und Jugendlichen aufwachsen, sind von großer Wichtigkeit für den Therapieverlauf. Sie werden in der Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin oft erfragt, jedoch nicht systematisch. Genau diese Informationen zum Lebensstil, aber auch zur Familienstruktur beeinflussen stark die Behandlung und Therapie, denn sie prägen die Erwartungen an die Therapieeinrichtung. Es stellt sich dabei die Frage, ob es überhaupt möglich ist, derartige Informationen zu systematisieren. Möglich ist es aber, die Mitarbeiter entsprechend für diese Aspekte zu sensibilisieren und somit die Versorgung für Familien weiterhin optimieren zu können.

Die Erfassung des Erziehungsstils wäre als Prädiktor für einen Therapieerfolg sinnvoll. Einige Studien (Rhee et al. 2006, Viebahn 2006, Settertobulte 2010) sowie die vorliegende Arbeit lassen einen Zusammenhang vermuten, eine gezielte Untersuchung dazu steht jedoch aus und müsste unbedingt nun mit quantitativen und qualitativen Belegen untermauert werden.

Auf der Ebene außerhalb der Sprechstunde könnten Kooperationspartner von Migrant*innenorganisationen und -vereinen enger an die Sprechstunde angebunden werden. Zwar ist die Sprechstunde um solche Kontakte bemüht, um beispielsweise Sportangebote für muslimische Mädchen zu finden, dennoch könnte ein Ausbau in diesem Handlungsfeld zur Optimierung der Versorgung von Familien mit Migra-

tionshintergrund beitragen. Insbesondere der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Die Kooperation mit den Jugendämtern sollte ebenfalls ausgebaut werden. Im Gegensatz zur Adipositas-Sprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin kann die Jugendhilfe einen niedrighschwelligem Zugang zu Familien gewährleisten, indem sie alltagsnahe und zumindest teilweise aufsuchende Angebote bereitstellen kann, die die elterliche Fürsorge- und Erziehungsfähigkeit stärken. Dies wäre ein großer Baustein sowohl bei der Therapie, als auch bei der Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Dies wiederum bedeutet, dass Fachkräfte der Jugendhilfe mehr für das Thema Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sensibilisiert werden sollten. Dazu könnten etwa Fortbildungen und ein verbesserter Austausch zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe beitragen.

Analog zur Arbeitsweise der Jugendhilfe ist es mehr als einen Gedanken wert, auch im Gesundheitswesen aufsuchend zu arbeiten. Die Adipositas-Sprechstunde der Charité - Universitätsmedizin Berlin hat bereits ein kleines Projekt solcher Art durchgeführt, indem sie Jugendliche zu Sportangeboten begleitet hat (von Dietman 2007). An der Universität Göttingen wurde das Projekt „Mein Coach“ durchgeführt mit dem Ziel, eine Sportart für die Kinder zu finden. Sportstudenten begleiteten Kinder aus der dortigen Adipositas-Sprechstunde ein Semester lang in der Freizeit (Beninga 2011). Die Ergebnisse sind bislang noch nicht publiziert. Im aufsuchenden Setting könnten beispielsweise sowohl die Freizeit- als auch die sportliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen erhöht sowie Einkaufstraining mit den Familien praktiziert werden. Wenn damit die hohen Abbruchraten verringert werden könnten, wäre dies ein lohnenswerter Baustein in der Adipositas-Therapie.

Darüber hinaus ist für alle Beteiligten eine Verkleinerung der großen Lücke im Forschungsstand wichtig, um auf einer breiteren Wissensbasis fundiert handeln zu können und betroffenen Kindern und Jugendlichen eine individuell auf sie zugeschnittene Adipositas-Therapie im Rahmen eines passgenauen Hilfekonzpts zu ermöglichen. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen Erziehungsstilen und Adipositas bzw. Therapieerfolg bislang nicht ausrei-

chend untersucht wurde. Lägen hierzu detaillierte Informationen vor, wäre es möglich, gezielter Hilfen und Unterstützung bereit zu stellen.

7 Literatur

AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) (2009). *Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*.

<http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/adipositas/dag/adipositas-kinder-jugendliche-DAG-2009-lang.pdf> (Zugriff am 20.08.2010)

Aicher-Jakob M (2010). *Identitätskonstruktionen türkischer Jugendlicher*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008). *Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf (Zugriff am 04.05.11)

Babitsch, B (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hofgrete AG.

Babitsch B, Braun T, Borde T, David M (2008). *Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: what role do gender and ethnicity play?* BMC Health Services Research, 8:82.

Backhaus K, Erichsen B, Plinke W, Weiber R (2006). *Multivariate Analysemethoden* (11., überarbeitete Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.

Bade KJ, Dietzel-Papakyriakou M, Hoffmann-Nowotny HJ, Nauck B, von Schweitzer R als Mitglieder der Sachverständigenkommission (2000). *Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen - Belastungen - Herausforderungen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Drucksache 14/4357.

Bau AM, Matteucci Gothe R, Borde T (2003). *Ernährungsverhalten von 3- bis 6 jährigen Kindern verschiedener Ethnien - Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin*. Ernährungs-Umschau, 50(6), 214 - 218.

- Baumrind D (1966). *Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior*. Child Development, 37, No. 4 <http://www.jstor.org/stable/1126611>
(Zugriff am 03.05.11)
- Beichelt T (2005). *Kultur und Kontext. Strategien zur Einbeziehung komplexer Umwelten in die Vergleichende Methode*. In: Kropp S, Minkenberg M (Hrsg.) *Der Vergleich in der Politikwissenschaft* (S. 218-233). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beninga M (2011). *Evaluierung des Projektes: "Mein Coach - Heranführung adipöser Kinder an eine aktive Tagesgestaltung"*. Magisterarbeit an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen.
- Bilgin Y, Koch E, Springfield, A (2003). *Rehabilitation*. Dokumentation der Fachtagung "Gesunde Integration" am 20. und 21.02.2003 in Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2000): *Kinder und Jugendhilfe* (Achstes Buch Sozialgesetzbuch). 10. Aufl.
- Böhler T, Alex C, Becker E, Becker R, Hoffmann S, Hutzler D, Jung C, Laufersweiler-Lochmann F, Radu C. (2004). *Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche*. Gesundheitswesen (66), 748-753.
- Bolton J (2007). *Interkulturelle Kompetenz*.
<http://www.thueringen.de/imperia/md/content/lzt/interkulturellekompetenz.pdf>
(Zugriff am 18.03.11)
- Borde T, David M (2004). *Checkliste zur Interkulturellen Öffnung von Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen*. <http://www.asfh-berlin.de/hsl/freepage.phtml?freeid=121&id=252> (Zugriff am 21.09.10)
- Borde T (2005). *Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen*. In: Borde T, David M: *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund*. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main. S. 265-287.

Borusiak P (2008). *Sozialpädiatrische Zentren in Deutschland*.

http://www.gesundheitfuersleben.de/wGesundheitstagung/downloads/FD04_08_Borusiak.pdf?WSESSIONID=20835fc21281dfb22201740b7ecd2b3d

(Zugriff am 11.06.09)

Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H, Wittchen HU, Hebebrand J (2000). *Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity via a population based study*. International Journal of Obesity, 24, 1707-1714.

Brucks U, Wahl W-B (2003). *Über-, Unter-, Fehlversorgung?*

In: Borde T, David M (Hrsg.) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. (S. 15-34). Frankfurt / Main: Mabuse Verlag.

Brussaard JH, van Erp-Baart M, Brants HAM, Hulshof KFAM, Loëwik MRH (2001). *Nutrition and health among migrants in the Netherlands*. Public Health Nutrition 4 (2B), 659 - 664.

Bundesamt für Arbeit und Soziales (2011). *Das Bildungspaket*.

<http://www.bildungspaket.bmas.de/das-bildungspaket/einfach-und-unkompliziert.html> (Zugriff am 12.05.11)

Bunge C (2004). *Zum Mythos des „Mittelmeer-Syndroms“ – zur Bedeutung von Kultur und Migration auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten*. Diplomarbeit im Fachbereich Soziologie der FU Berlin.

Caprio S, Daniels SR, Drewnowski A, Kaufman FR, Palinkas LA, Rosenbloom AL, Schwimmer JB (2008). *Influence of Race, Ethnicity, and Culture on Childhood Obesity: Implications for Prevention and Treatment*. Diabetes Care, 31(11), 2211-2221.

Coggon D (2007). *Statistik. Einführung für Gesundheitsberufe*. Bern: Huber Verlag, Hofgrete AG.

Cole T (1990). *The LMS method for constructing normalized growth standards*. European Journal of Clinical Nutrition, 44, 45-60.

- Cole T, Bellizzi M, Flegal KM, Dietz WH (2000). *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ(320), 1240-1243.
- Dannemann A, Ernert A, Rücker P, Babitsch B, Wiegand S (2011). *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Einfluss von Migrationshintergrund und Bildung der Eltern auf das Auftreten eines metabolischen Syndroms*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54 636-641.
- Dannemann A, Ernert A, Rücker P, Bau AM, Martus P, Babitsch B, Wiegand S (2010). *Ethnicity and comorbidities in an overweight and obese multiethnic childhood cohort in Berlin*. Acta Paed, 578-584.
- David M, Palachy J (2005). *Migrationshintergrund als geburtshilflicher Risikofaktor? Perinataldaten im Vergleich*. In: Borde T, David M (Hrsg.) *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund* (S. 11 - 31). Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.
- Demorgon J, Kordes H. (2006). *Multikultur, Transkultur, Leitkultur, Interkultur*. In: Nicklas H, Müller B, Kordes H (Hrsg.) *Interkulturell denken und handeln - Theoretische Grundlagen und gesellschaftliche Praxis* (S. 27-37). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Denzer C, Reithofer E, Wabitsch M, Widhalm K (2004). *The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance*. European Journal of Pediatrics (163), 99-104.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (2002). *Altöttinger Papier*. <http://www.dgspj.de/media/Altoettingerpapier.pdf> (Zugriff am 30.07.10)
- Deutscher Kinderschutzbund (2011). *Starke Eltern - starke Kinder*© <http://www.kinderschutzbund-berlin.de/starke-eltern-starke-kinder.html> (Zugriff am 09.01.11)
- Dieterle C, Landgraf R (2006). *Folgeerkrankungen und Komplikationen der Adipositas*. Der Internist, 47:2, 141-149.

- Dijkshoorn H, Nierkens V, Ncilaou M (2008). *Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands*. Public Health, 625 - 630.
- Dufresne F, Bellanger S, Bouhous-Nouet N, Akhdar M, Py I, Gatelais F, Coutant R. (2006). *Group therapy versus individual follow-up in the management of the obese child*. Arch Pediatr, 13 Suppl 1, 62-66.
- Duschek J, Weinmann J, Böhm K, Laue E, Brückner G (2006). *Leben in Deutschland - Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 73.
- Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J (1994). *Ten-Year Outcomes of Behavioral Family-Based Treatment for Childhood Obesity*. Health Psychology, Vol 13(5), 373-383.
- Erb J, Winkler G (2004). *Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 152, 291-298.
- Ernst M, Wiegand S (Hrsg.). (2010). *Adipositas therapie einmal anders. Die BABELUGA-Baustellen-Methode. Ein Selbstmanagementkonzept zur Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Hans Huber, Hofgrete AG.
- Eshiett MA, Parry EH (2003). *Migrants and Health: a cultural dilemma*. Clinical Medicine, 3(3), 229-231.
- Farooqi IS (2008). *Monogenic human obesity*. Front Horm Res, 36, 1 - 11.
- Finley CE, Barlow C, Greenway FL, Rock CL, Rolls BJ, Blair SN (2006). *Retention rates and weight loss in a commercial weight loss program*. International Journal of Obesity 31, 292 - 298.
- Flegal KM (2010). *Commentary: The quest for weight standards*. <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/dyg124v1.pdf> (Zugriff am 16.08.10)
- Flick U (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Flick U (2008). *Triangulation. Eine Einführung* (Vol. 2. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Franz M, Lujic C, Koch E, Wüsten B, Yürük N, Gallhofer B. (2007) *Subjective Illness Beliefs of Turkish Migrants with Mental Disorders - Specific Characteristics Compared to German Patients*. *Psychiatrische Praxis*, 34, 332 - 338.
- Frederiks AM, van Buuren S, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP (2000). *Body index measurements in 1996–7 compared with 1980*. *Archives of Diseases in Childhood*, 82, 107-112.
- Frederiks AM, van Buuren S, Sing RA, Witt JM, Verloove-Vanhorick SP (2005) *Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan, and Dutch origin in The Netherlands according to international standards*. *Acta paediatrica* 94 (4), 496 - 498.
- Fritzsche Y (2000). *Modernes Leben: Gewandelt, vernetzt und verkabelt*. In: Deutsche Shell (Hrsg.) *Jugend 2000*. (S. 181-219) Opladen: Leske und Budrich.
- Fuchs J, Maschewsky-Schneider U (2002). *Gender-sensitive public health publications in Germany? Results of a review of literature*. *Das Gesundheitswesen*, 64(5), 284-291.
- Gaitanides S (2003). *Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit*. *Sozialmagazin*, 3, http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/gaitanides/interk_kompetenz_jug_socz.pdf (Zugriff am 12.05.11)
- Galm B, Hees K, Kindler H (2010). *Kindesvernachlässigung - verstehen, erkennen und helfen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Genböck M, Hellemann-Gschwinder I, Heiland K, Pammer C, Pintscher H, Trojovský A (2003). *Ein Praxishandbuch zur Interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen für MultiplikatorInnen und GesundheitsberaterInnen*. Graz: ZEBRA - Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich.

- Gensicke T (2010). *Wertorientierungen, Befinden und Problembewältigung*. In: Deutsche Shell Holding (Hrsg.) *Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich*. (S. 187-238) Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Grønbaek HN, Madsen S, Michaelsen KF (2009). *Family involvement in the treatment of childhood obesity: the Copenhagen approach*. *European Journal of Pediatrics*, 168(12), 1437-1144.
- Heinen F, Schröder S (2012). *Neues aus der Sozialpädiatrie*. Bayerisches Ärzteblatt 5/2012, S. 218-222
- Hoffmeister U, Bullinger M, von Egmond-Fröhlich A, Goldapp C, Mann R, Ravens-Sieberer U, Reinehr T, Westehöfer J, Wille N, Holl RW (2011 a). *Übergewicht und Adipositas in Kindheit und Jugend. Evaluation der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland in der EvAKuJ-Studie*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54, 128-135.
- Hoffmeister U, Molz E, Bullinger M, van Egmond-Fröhlich A, Goldapp C, Mann R, Ravens-Sieberer U, Reinehr T, Westenhöfer J, Wille N, Holl RW (2011b). *Evaluation von Therapieangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche (EvAKuJ-Projekt)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54, 603-610.
- Hollmann H, Schmid RG, Kretschmar C (2009). *Das Altöttinger Papier. Grundlagen und Zielvorgaben für die Arbeit in Sozialpädiatrischen Zentren. Strukturqualität, Diagnostik und Therapie*. Altötting: Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren.
- Hopf C (1995). *Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick*. In: Flick U, von Kardoff E, Keupp H, von Rosenstiel L, Wolff, S. *Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. (S. 177-182) 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag Union.
- Hubbs-Tait L, Seacord Kennedy T, Page MC, Topham GL, Harrist AW (2008). *Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive*

- parenting styles*. Journal of the American Dietetic Association, 108, 1154-1161.
- Inelmen EM, Tofanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotti F, Sergi G, Busetto L (2004). *Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients*. International Journal of Obesity (29), 122-128.
- Ipsiroglu OS, Bode H (2005). *Transkulturelle Pädiatrie*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 153, 8-15.
- Jahn D (2005). *Fälle, Fallstricke und die komparative Methode in der vergleichenden Politikwissenschaft*. http://www.phil.uni-greifswald.de/fileadmin/mediapool/ipk/publikationen/jahn/jahn_zur_auswahl_und_anzahl_von_fallen_in_der_vergleichenden_politikwissenschaft.pdf (Zugriff am 03.05.11)
- Jöckel K-H, Babitsch B, Bellach B-M, Bloomfield K, Hoffmeyer-Zlotnik J, Winkler J, Wolf C (1997). *Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien*. https://www.pt-it.de/ptoutline/export/empfehlungen_sozialstatus_pdf2.pdf (Zugriff am 27.05.08)
- Kelly CA, Grilo CM, Masheb RM, Stundkard AJ (2007). *High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome*. Behaviour Research Therapy, 45 (12), 2874-2883.
- Keys A, Fidanza F, Karvonen M J, Kimura N, Taylor HL (1972). *Indices of Relative Weight and Obesity*. Journal of Chronical Diseases, 25, 329-343.
- Kindler H (2006). *Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen?* In: Lillig S, Kindler H, Blüml H, Meysen T, Werner A. (Hrsg.) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. (S. 3/1). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kirchengast S, Schober E (2006). *Migration als Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. Anthropologischer Anzeiger (64), 411-421.

- Knipper M. (2010). *Migration und andere Hintergründe*. Deutsches Ärzteblatt, 3, 76-79.
- Knipper M, Bilgin Y (2009). *Migration und Gesundheit*.
http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713
 (Zugriff am 18.03.11)
- Koçturk TO, Mjones S. (1986). *Consumption pattern of infant foods by Turkish immigrants*. Scandinavian journal of primary health care, 4 (1)(1), 13 - 18.
- Kolvenbach F-J (2008). *16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken. Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006. „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“*.
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfegesetz5225111089004,property=file.pdf> (Zugriff am 12.05.11)
- Köppel P, Yan J, Lüdicke J (2007). *Cultural Diversity Management in Deutschland hinkt hinterher*. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_21374__2.pdf (Zugriff am 22.05.11)
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V (2001). *Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149:807-818.
- Kurth BM (2010) *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen*. In: Ernst M, Wiegand S (Hrsg). *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders. Die BABELUGA-Methode, Prävention, Therapie, Selbstmanagement*. S. 233-241. Bern: Hans Huber Verlag.
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007). *Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz(50), 736-743.

- Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Wehle C, Bruning N, Trost-Brinkhues G, Brenner H, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B (2005). *Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany*. *International Journal of Obesity*, 29(4), 373-380.
- Lampert T, Kroll LE (2006). *Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)*. *Das Gesundheitswesen*, 68 (4), 219-230.
- Lampert T, Ziese T (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.
- Lange D (2009). *Einfluss von sozialen Faktoren und der Lebenswelten auf den Ernährungszustand und Lebensstil von Kindern und Jugendlichen der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS) (Vol. 53)*. Tönning: Der Andere Verlag.
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Lampert T (2007). *Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 578-589.
- Lear SA, Humphries K, Hage-Moussa S, Chockalingam A, Mancini GB J (2009). *Immigration presents a potential increased risk for atherosclerosis*. *Atherosclerosis*, 205(2), 584-589.
- Lemeshow AR, Fisher L, Goodman E, Kawachi I, Berkey CS, Cilditz GA (2008). *Subjective Social Status in the School and Change in Adiposity in Female Adolescents*. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(1), 23-28.
- Lissau I, Sørensen TIA (1997). *Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood*. *Lancet*, 343(8893), 324-327.
- Lobstein T, Bauer T, Uauy R. (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obesity Reviews*, 5(1), 4-85. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x.

- Lobstein T, Frelut ML (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4(4), 195-200.
- Lorentzen V, Dyeremose V, Larsen BH (2012). *Severely overweight children and dietary changes – a family perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 878–887. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05791.x.
- Maschewsky-Schneider U, Fuchs J (2000). *Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere Zugangsweisen? Was wir aus der Frauenforschung lernen können*. In: David M, Borde T, Kentenich H. (2000). *Migration - Frauen - Gesundheit*. (S. 27-42) Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Mayring P (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm> (Zugriff am 27.07.07)
- Mayring P (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. (5. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring P (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (9. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meinlschmidt G (Hrsg.) (2011). *Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008* (Spezialbericht 2011-1). Berlin: Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008 Spezialbericht 2011-1.
- Mielck A (2003). *Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß?* In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. (S. 10-19). Köln: BzGA.
- Mielck A (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber-Verlag.

- Mielck A (2008). *Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung*. In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Lukas-Nüller M, Hehlmann T (Hrsg.) *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. (S. 21-38) Bern: Huber-Verlag.
- Minas H, Klimidis S, Tuncer C (2007). *Illness causal beliefs in Turkish immigrants*. *BMC Psychiatry*. www.biomedcentral.com/1471-244X/7/34 (Zugriff am 26.07.09)
- Multikulturelles Kinderleben (Hrsg.) (2000). *Wie Kinder multikulturellen Alltag erleben. Ergebnisse einer Kinderbefragung*. (Vol. Heft 4). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Müller MJ, Kurth B-M (2007). *Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Welche Antworten haben Medizin und "Public Health"?* *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (4), 240-248.
- Neugebauer A M, Pfaff, H, Schrappe M, Glaeske G (2008). *Versorgungsforschung - Konzept, Methoden und Herausforderungen*. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H (2008). *Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Nünning A (2009). *Vielfalt der Kulturbegriffe*. http://www.bpb.de/themen/IXSSWE,0,0,Vielfalt_der_Kulturbegriffe.html (Zugriff am 25.04.11)
- O'Brien PM, Wheeler T, Barker DJ (1999). *Fetal Programming: Influences on Development and Disease in Later Life*. London: RCOG Press.
- Ottova V, Erhart M, Rajmil L, Dettenborn-Betz L, Ravens-Sieberer U (2011). *Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey*. *Quality of Life Research*. DOI: 10.1007/s11136-011-9922-7.

- Pfaff H (2003). *Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben*. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach K W, Engelmann U, Halber M (Hrsg.) *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E A M, Schrappe M (2009). *Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung*. *Das Gesundheitswesen*, 8, 505-510.
- Pickel G (2007). *Adam Przeworski/Henry Teune, the logic of Comparative Social Inquiry, Mallabar 1970*. In: Kailitz S (Hrsg.) *Schlüsselwerke der Politikwissenschaft* (S. 375-378). Wiesbaden: Verlag für sozialwissenschaften.
- Pöche-Guckelberger I (2010). *Beteiligung der verschiedenen Professionen an der Behandlung der einzelnen Patienten in der Adipositas-Sprechstunde des Interdisziplinären SPZ an der Charité - Universitätsmedizin Berlin unter Berücksichtigung einer besonderen Klassifizierung der Familien*. Masterarbeit an der Berlin School of Public Health. Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Pott W, Fröhlich G, Albayrak O, Hebebrand J, Pauli-Pott U (2010). *Bedingungen für den Erfolg übergewichtiger und adipöser Kinder in einem ambulanten Programm zur Gewichtsreduktion durch Veränderungen des Lebensstils*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.*, 38 (5), 351-360.
- Przeworski A, Teune H (Hrsg.) (1970). *The Logic of Comparative Social Inquiry*. New York: John Wiley and Sons.
- Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors, Schouler-Ocak M, Bretz HJ, Penka S, Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schepker R, Ozek M, Hauth I, Heinz A (2008). *Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors*. *European Psychiatry*, 23 (Suppl 1), 21- 27.

- Ratzke K, Gebhardt-Krempin S, Zander B (2008). *Diagnostik der Erziehungsstile* In: Cierpka M (Hrsg.) *Handbuch der Familiendiagnostik* (Vol. 3, S. 241-257). Heidelberg: Springer Verlag.
- Ravens-Sieberer U, Redegeld M, Bullinger M (2001). *Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity*. *International Journal of Obesity*, 25 (1), 63-65.
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitch U (2004). *Gesundheitsversorgung von Migranten*. *Deutsches Ärzteblatt*, 43, 2882-2887.
- Reinders H (2005). *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Reinehr T (2005). *Folgeerkrankungen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. http://www.a-g-a.de/aga_content.html (Zugriff am 20.08.10)
- Reinehr T, Wollenhaupt A, Chahda C, Kersting M, Andler W (2002). *Ambulante Adipositasschulungen im Kindesalter*. *Klinische Pädiatrie* (214), 83-88.
- Reinehr T, Widhalm K, l'Allemand D, Wiegand S, Wabitsch M, Holl RW on behalf of the APV-Wiss Study Group (2009). *Two-year follow-up in 21,784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention*. *Obesity*, 17 (6), 1196-1199.
- Reinehr T (2011) *Praktische Umsetzungen von Therapieempfehlungen zur Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54, 591-597
- Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH (2006). *Parenting styles and overweight status in first grade*. *Pediatrics* 117: 2047-2054.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2008): *Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

- Roth B, Munsch S, Meyer A, Winkler Metzke C, Isler E, Steinhausen H-C, Schneider S (2008). *Die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36 (3), 163-176.
- Rücker P (2010). Migration und soziale Lage. In: Ernst M, Wiegand S (Hrsg.) *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders. Die BABELUGA-Methode, Prävention, Therapie, Selbstmanagement*. (S. 41-48). Basel: Verlag Hans Huber.
- Rücker P, Babitsch B, Dannemann A, Wiegand S. (2008). *Kinder und Jugendliche mit Adipositas –welchen Einfluss hat die Ethnizität?* Adipositas, 3, 127 - 132.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf> (Zugriff am 17.06.07)
- Schäfers B, Kopp J, Lehmann B (2006). *Grundbegriffe der Soziologie* (9.Aufl.) Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmid H, Meysen T (2006). *Kindeswohlgefährdung als Rechtsbegriff*. <http://db.dji.de/asd/2.htm> (Zugriff am 28.07.11)
- Schmidt W, Hartmann-Tews I, Brettschneider WD (2003). *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sport*. In: Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (S. 319-335). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Schouler-Ocak M, Rapp MA, Reiske S-L, Heinz A (2008). *Psychotherapy with traumatised Migrants from Turkey: Taking into Account Cultural Factors*. Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 58, 169 - 175.
- Schröer H (2007). *Interkulturelle Öffnung*. http://www.fes.de/wiso/pdf/integration/2007/14_Schroer_230407.pdf (Zugriff am: 08.05.11)
- Schwartz F W, Busse R (2003). *Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung*. In: Schwartz F W, Badura B, Busse R, Leidl R,

Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.) *Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Auflage. S. 518 - 545. München: Urban und Fischer.

Schwidergall S (2009). *Therapeutische Versorgung von übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen in Berlin: Bedarf, Angebote und Defizite. Evaluation der Versorgungssituation anhand von offenen, leidfadeneintierten Expert/Innen-Interviews*. Masterarbeit an der Berlin School of Public Health. Charité -Universitätsmedizin Berlin.

Schwimmer JB, Burwinkle T, Varni JW (2003). *Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents*. JAMA, 289(14), 1813-1819.

Sen A (2007). *Die Identitätsfalle. Warum es keinen Krieg der Kulturen gibt*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2009). *Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008*.
http://www.senguv.verwalt-berlin.de/gsi/gsi_suchen.asp?anzeige=ja&CBFest=Kategorie;Manager;Thema;Unterthema&kategorie=Berichte&manager=GBE&thema=Arbeitspapiere&unterthema=Einschulungsuntersuchungen (Zugriff am 20.08.10)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (a) (2011). *Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009*.
http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistik-gesoz/gesundheit/grundausswertungen/ga2009_bf.pdf?start&ts=1303117317&file=ga2009_bf.pdf (Zugriff am 20.04.11)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (b) (2011). *Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2010*. http://www.berlin-suchtpraevention.de/upload/studien/Grundausswertung_ESU_Berlin_2010.pdf (Zugriff am 07.05.12)

Senger I (2011). *Status*. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.) *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7. Auflage, S. 873-874). Baden-Baden: Nomos.

- Settertobulte W (2010). *AOK Familienstudie 2010. Routinen und Rituale fördern die Gesundheit der Kinder*. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2010/familienstudie_2010_wb.pdf (Zugriff am 03.05.11)
- Siegert M (2008). *Schulische Bildung von Migranten in Deutschland*. Working Paper 13. http://www.bamf.de/clin_101/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/WorkingPapers/wp13-schulische-bildung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/wp13-schulische-bildung.pdf (Zugriff am 10.09.10)
- Soeffner H-G (2001). *Handeln im Alltag*. In: Schäfers B, Zapf W (Hrsg.) *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. 2. Auflage, (S. 282-294). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Soriguer F, Morcillo S, Cardona F, Rojo-Martínez G, de la Cruz Almaráz M, Ruiz de Adana Mde L, Oliveira G, Tinahones F, Esteva I (2006). *Pro12A1a polymorphism of the PPARG2 gene is associated with type 2 diabetes mellitus and peripheral insulin sensitivity in a population with a high intake of oleic acid*. *Journal of Nutrition* 136 (9), 2325 - 2330.
- Sport-Gesundheitspark Berlin e.V. (2008). *Jahresbericht zum 20-jährigen Jubiläum*. <http://www.sport-gesundheitspark.de/download/Jahresbericht%202008.pdf> (Zugriff am 09.01.11)
- Staffieri JR (1967). *A Study of Social Stereotype of Body Image in Children*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(1), 101-104.
- Stamatakis E, Primatesta P, Chinn S, Rona R, Falaschetti E (2005). *Overweight and obesity trends from 1974 to 2003 in English children: what is the role of socioeconomic factors?* *Archives of Diseases in Childhood*, 90, 999-1004.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigatio>

[n/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.psmi](http://www.destatis.de/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.psmi)

(Zugriff am 21.08.10)

Statistisches Bundesamt Deutschland (2011). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform*. 2009.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe/ErzieherischeHilfefamilienorientierteHilfen5225120097004.property=file.pdf>

(Zugriff am 12.05.11)

Storch E, Milsom VA, DeBraganza N, Lewin AB, Geffken GR, Silverstein JH (2007) *Peer Victimization, Psychosocial Adjustment, and Physical Activity in Overweight and At-Risk-For-Overweight Youth*. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 80-89.

Strate P, Koch E (2000). *Pilotstudie zur Evaluation psychiatrischer Versorgung von Schmerzpatienten türkischer Herkunft*. In: Koch E, Schepker R, Taneli S (Hrsg.) *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft*. (S. 211 - 227). Freiburg im Breisgau.: Lambertus Verlag.

Tang-Péronard JL, Heitmann BL (2008). *Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender*. *Obesity Review*, 9, 522-34.

Tippelt R (2004). *Pädagogische Institutionen: Wandel der Familie und der Erziehung*. <http://www.paed.unimuenchen.de/~paed/paed2/lehre/Wise0405/Tippelt/VL%20Erziehungswissenschaft/Vorlesung%20am%2001.12.04.pdf>

(Zugriff am 12.05.11)

Toprak A (2004). *Erziehungsstile und Erziehungsziele türkischer Migrantenfamilien in Deutschland*. In: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hrsg.) *Türöffner und Stolpersteine* (S. 21-33). München: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

Trautmann T (2010). *Interviews mit Kindern*. Berlin Heidelberg New York: Springer.

- Troiano RP, Flegal K (1998). *Overweight Children and Adolescents: Description, Epidemiology, and Demographics*. *Pediatrics*, 101 (3), 497-504.
- Turnbull D, Heaslip S, McLeod HA (2000). *Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female figures*. *International Journal of Obesity*, 24, 1705-06.
- Ujic-Voortman JK, Bos G, Baan CA, Verhoeff AP, Seidell JC (2011). *Obesity and Body Fat Distribution: Ethnic Differences and the Role of Socio-Economic Status*. *Obesity Facts*, 4, 53-60.
- Uslucan H-H (2010). *Erziehungsstile und Integrationsorientierungen türkischer Familien*. In: Hunner-Kreisel C, Andresen S (Hrsg.) *Kindheit und Jugend in muslimischen Lebenswelten: Aufwachsen und Bildung in deutscher und internationaler Perspektive* (S. 195-210). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- van Cleave J, Davis MM (2006). *Bullying and Peer Victimization Among Children With Special Health Care Needs*. *Pediatrics*, 118, e1212-e1219.
- van Loon A, van Schaik D JF, Dekker JJ, Beekman A (2011). *Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders*
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-11-13.pdf>
 (Zugriff am 06.05.11)
- van Vliet M, von Rosenstiel IA, Schindhelm RK, Brandjes DP, Beijnen JH, Diamant M (2009). *Ethnic differences in cardiometabolic risk profile in an overweight/obese paediatric cohort in the Netherlands: a cross-sectional study*. *Cardiovascular Diabetology*, 8:2.
- Viebahn F (2006). *Einflüsse elterlicher Erziehung auf Adipositas im Kindesalter. Hypothetisch-empirisches Konstrukt der exogenen Adipositasgenese*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Viner RM, Segal TY, Lichtarowicz-Krynska E, Hindmarsh P (2005). *Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity*. *Arch Dis Child*, 90, 10-14.

- von Dietman A (2007). *Integrierte Versorgung Adipositas*. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Berlin.
- von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U, the European KIDSCREEN group (2005). *Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study*. J Epidemiol Community Health, 60 (2),130-35.
- Wagner M, Mareel I (1998). *Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte*. Magisterarbeit an der Technischen Universität Berlin.
- Walter J, Adam H (2008). *Kultureller Kontext und seine Berücksichtigung bei Migranten und Flüchtlingsfamilien*. In Cierpka M (Hrsg.) *Handbuch der Familiendiagnostik* (Vol. III, S. 223-240). Heidelberg: Springer Verlag.
- Wang Y, Lobstein T (2006). *Worldwide trends in childhood overweight and obesity*. International Journal of Pediatric Obesity, 1, 11-25.
- Warschburger P (2011). *Psychologische Aspekte der Adipositas. Konsequenzen für Therapieinhalte, Therapieindikation und Therapieerfolg*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 54, 562-569.
- Welsch W (1999). *Transculturality - the Puzzling Form of Cultures Today*.
<http://www2.uni-jena.de/welsch/Papers/transcultSociety.html>
(Zugriff am 27.04.11)
- WHO (World Health Organization) (2006). *Global Database of Body Mass Index*.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Zugriff am 14.08.10)
- Wiegand S, Maikowski U, Blankenstein O, Biebermann H, Tarnow P, Grüters A (2004). *Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance in European children and adolescents with obesity - a problem that is no longer restricted to minority groups*. European Journal of Endocrinology, 151 (2), 199-206.

- Wiegand S, Dannemann A, Vahabzadeh Z, Ernst M, Krude H, Grüters A (2005). *Who needs what? New approaches to multidisciplinary diagnostics and therapy for adipose children and youths in a multiethnic city*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 48 (3), 307-314.
- Wiegand S, Ernst M (2010). *Lahmes Faultier oder flinkes Wiesel: Wie viel Bewegung muss sein?* In: Wiegand S, Ernst M (Hrsg.) *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders. Die BABELUGA-Methode, Prävention, Therapie, Selbstmanagement*. (S. 162-177). Bern: Huber-Verlag, Hofgrete AG.
- Yildirim-Fahlbusch Y (2003). *Kulturelle Missverständnisse*. Deutsches Ärzteblatt, 5, 213-215.
- Young-Hyman D, Tanoffsky-Kraff M, Yanovski SZ, Keil M, Cohen ML, Peyrot M, Yanovski JA (2006). *Psychological Status and Weight-Related Distress in Overweight or at-Risk-for-Overweight Children*. Obesity, 14, 2249-58.
- Zeeb H, Razum O (2006). *Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 49: 845-853.