

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Gesund mit Hund

Tiergestützte Therapie mit Hunden als Baustein in der multi-modalen Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 26.07.2017

Vorgelegt von: Sabrina Benz

Matrikelnummer: 

Adresse: 

Betreuende Prüferin: Frau Dr. Sabina Stelzig-Willutzki

Zweite Prüferin: Frau Prof. Dr. Katja Weidtmann

Inhaltsverzeichnis

1	Abbildungsverzeichnis	5
2	Abkürzungsverzeichnis	6
3	Einleitung	7
4	Adipositas	11
4.1	Definition.....	11
4.2	Prävalenz	12
4.3	Ursachen und Erklärungsmodelle.....	14
4.4	Diagnostik.....	17
5	Folgerscheinungen und Therapie von Adipositas	18
5.1	Psychosoziale Folgerscheinungen	18
5.1.1	Diskriminierung und Stigmatisierung	19
5.1.2	Lebensqualität	20
5.1.3	Körperbild, Selbstkonzept, Selbstwert	22
5.1.4	Ängstlichkeit und Depression	26
5.1.5	Zusammenfassung:	27
5.2	Aufbau und Ziele von Therapieprogrammen	28
5.2.1	Ernährungstherapie.....	29
5.2.2	Bewegungstherapie	30
5.2.3	Verhaltenstherapie.....	31
5.2.4	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Therapie	33
6	Tiergestützte Therapie	36
6.1	Begriffsklärungen	36
6.2	Die therapeutische Wirkung eines Tieres	40
6.2.1	Tiere können das Gefühl von Angst und Stress reduzieren	41
6.2.2	Tiere als Brücke zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin.....	42
6.2.3	Das Tier als Spiegel von Gefühlen.....	44

6.2.4	Tiere steigern die Therapiemotivation	45
6.3	Der Einsatz von Hunden in der Therapie	46
6.3.1	Historische Verwurzelung der Hund-Mensch-Beziehung	46
6.3.2	Die besonderen Eigenschaften des Hundes.....	48
6.3.3	Therapeutische Einsatzfelder	50
7	Tiergestützte Therapie mit Hunden als Ergänzung zur Behandlung von Adipositas.....	53
7.1	Der Hund als Co-Therapeut von adipösen Kindern und Jugendlichen	53
7.1.1	Steigerung motorischer Fähigkeiten und der Motivation zur Bewegung	57
7.1.2	Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden	60
7.1.3	Auswirkungen auf den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit	62
7.1.4	Auswirkungen auf das Sozialverhalten und auf soziale Interaktionen	65
7.1.5	Zusammenfassung.....	67
7.2	Voraussetzungen und Grenzen tiergestützter Therapie mit adipösen Kindern und Jugendlichen	69
7.2.1	Voraussetzungen beim Hund	70
7.2.2	Voraussetzungen beim Therapeuten / bei der Therapeutin	71
7.2.3	Voraussetzungen beim Kind	72
7.2.4	Sonstige Voraussetzungen.....	73
7.2.5	Schlussfolgerung	74
8	Schlussbetrachtung	76
9	Literaturverzeichnis.....	79

10	Anhang	87
10.1	Perzentilkurven für den Body Mass Index von Jungen und Mädchen	88
10.2	Prävalenz von Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas.....	90
10.3	Verteilung des BMI in KIGGS im Vergleich zu den Referenzdaten.....	91
10.4	Lebensqualität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher.....	92
10.5	Körperumrisszeichnungen von Jungen und Mädchen	93
11	Eidesstaatliche Erklärung.....	94

1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Perzentilkurven für den Body Mass Index (Mädchen 0-18 Jahre)	88
Abbildung 2: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0-18 Jahre)	89
Abbildung 3: Prävalenz von Unter-, Normal- und Übergewicht und Adipositas	90
Abbildung 4: Verteilung des BMI in KIGGS im Vergleich zu den Referenzdaten.....	91
Abbildung 5: Lebensqualität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher	92
Abbildung 6: Körperumrisszeichnungen von Jungen und Mädchen	93

2 Abkürzungsverzeichnis

AGA: Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter

BMI: Body Mass Index

DAG: Deutsche Adipositasgesellschaft

ESSAT: European Society of Animal Assisted Therapy

WHO: Weltgesundheitsorganisation

3 Einleitung

„Adipositas und die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen und körperlichen Folgeerscheinungen gehören zweifellos zu den alarmierendsten Merkmalen der Zivilisation“ (Warschburger & Petermann, 2008, Einleitung). Gerade im Kindes- und Jugendalter hat die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten 20 Jahren stetig zugenommen (Lehrke & Laessle, 2009, Geleitwort). Insgesamt sind 6,3% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland von Adipositas betroffen. Dies entspricht einer Zahl von ca. 800.000 adipösen Kindern und Jugendlichen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S.737). „EU childhood obesity out of control“ – so lautet die Schlagzeile des Childhood Obesity Report der International Obesity Task Force aus dem Jahr 2004 und unterstreicht damit, wie besorgniserregend die Verbreitung von Adipositas ist (International Obesity Task Force, 2004).

Adipositas ist gerade im Kindes- und Jugendalter immer mit gesundheitlichen Risiken verbunden, was die Bedeutung des Themas umso deutlicher hervorhebt (Lehrke & Laessle, 2009, S.9). Adipositas hat nicht nur Auswirkungen auf das äußere Erscheinungsbild und das körperliche Wohlbefinden, sondern ist auch mit einer Reihe psychosozialer Belastungen assoziiert, welche für die Kinder und Jugendlichen zahlreiche Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zur Folge haben können. Die Kinder und Jugendlichen leiden unter Diskriminierung, sozialer Ausgrenzung und infolge dessen unter einem reduzierten Selbstwertgefühl (Deimel, 2005, S.59f.).

In der Therapie gilt es, diese Belastungen zu identifizieren und das psychosoziale Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern (Warschburger & Petermann, 2008, S.81). Das Therapieprogramm ist dabei aufgrund der komplexen und multifaktoriellen Ursachen von Adipositas interdisziplinär und multimodal ausgerichtet und beinhaltet sowohl körperliches Training, psychologische Betreuung als auch Ernährungsschulungen (Wohlfarth, Mutschler, Bitzer, Kreuser und Korsten-Reck, 2013b, S.5). Studien belegen jedoch, dass existierende Therapiemaßnahmen bei bereits vorhandenem Übergewicht keine oder nur eine sehr geringe Wirksamkeit aufweisen (Kleiber & Kocalevent, 2010, S.43). Dies führt dazu, dass viele adipöse Kinder und Jugendliche zahlreiche erfolglose Behandlungsversuche hinter sich haben und zunehmend die Motivation für weitere Interventionsmaßnahmen verlieren (Warschburger & Petermann, 2008, S.24).

Hier gilt es alternative und ergänzende Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren, um die Therapiemotivation der Kinder und Jugendlichen wieder zu steigern und somit die Ziele der Therapie erfolgreich umsetzen zu können. Der Einsatz von Tieren könnte hier ein erfolgsversprechender Ansatz sein. Dieser Ansatz reicht bis in das 18. Jahrhundert zurück. Dort hat man erste Versuche unternommen, Tiere für therapeutische Zwecke zu nutzen. Der gezielte Einsatz von Hunden in der Therapie wird jedoch erst seit den 1960er Jahren dokumentiert. Hier entdeckte der Kinderpsychologe Boris Levinson per Zufall den positiven Einfluss seines Hundes auf die Behandlung der Kinder, die sich bei ihm in Therapie befanden. Infolgedessen kam es zu einem großen wissenschaftlichen Forschungsaufschwung in dem Bereich der tiergestützten Therapie und es wurden Studien zur Verifizierung der Wirkeffekte von Hunden durchgeführt (Röger-Lakenbrink, 2011, S.10ff.). Von daher gelten die positiven Auswirkungen der tiergestützten Therapie mit Hunden mittlerweile als wissenschaftlich bewiesen (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87).

Es lässt sich in diesem Bereich zahlreiche Literatur finden, in denen die Entstehung und die Formen tiergestützter Interventionen sowie ihre Voraussetzungen und Einwirkungsbereiche umfassend dargestellt und erläutert werden. Zudem gibt es Studien, welche die Auswirkungen der Mensch-Tier-Interaktion auf den therapeutischen Prozess genau betrachten und erklären. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass nicht alle Studien wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen und dass es daher „dringend wissenschaftlich fundierter Interventions-Begleituntersuchungen bedarf, um die [...] möglichen Einwirk-effekte wissenschaftlich zu untermauern“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.142).

Durch einige eher zufällige Beobachtungen konnte herausgefunden werden, dass die Anwesenheit von Hunden sowie der direkte Kontakt mit ihnen eine besondere heilsame Auswirkung auf die menschliche Physis und Psyche haben kann (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87):

„Therapiehunde tragen keinen weißen Kittel, stellen keine Anforderungen und haben keine Erwartungshaltung. Sie nähern sich unvoreingenommen und akzeptieren jeden Menschen ohne Vorurteile. Sie schenken Vertrauen und sind auch vertrauenswürdig. Sie vermitteln Nähe, Sicherheit und Geborgenheit. Sie reagieren sensibel auf Stimmungen und Gefühle. Sie motivieren zum Leben. Therapiehunde sind die Begleiter von Menschen“ (Röger-Lakenbrink, 2011, S.9).

Der Hund ist dem Kind ein Freund, da er es so annimmt, wie es ist (Wohlfarth, Mutschler und Bitzer, 2013a, S.15). Dies steigert unter anderem das Selbstwertgefühl und wirkt sich positiv auf die Persönlichkeitsentwicklung und das Sozialverhalten aus (Vernooij & Schneider, 2010, S.187).

Weitestgehend unerforscht ist dagegen, inwieweit Hunde einen Beitrag zur Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher leisten können. Einen Anfang machen Wohlfarth et al., welche 2010 eine Studie zum Thema „Tiergestützte Therapie als Baustein eines multimodalen Programms zur Therapie von Übergewicht bei Kindern“ durchgeführt haben. Hier konnte herausgefunden werden, dass Hunde einen positiven Einfluss auf die körperliche Verfassung sowie auf das emotionale und soziale Wohlbefinden adipöser Kinder und Jugendlicher haben können (Wohlfarth et al. 2013b, S.28ff.). Zudem gibt es eine Studie, die sich mit übergewichtigen Kindern und Hunden als Haustieren beschäftigt. Sie konnte herausfinden, dass Hunde die Motivation zur körperlichen Bewegung steigern (Kushner, Blatner, Jewell und Rudloff, 2006, o.S.).

Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für die vorliegende Bachelor-Thesis. Sie knüpft an diese Überlegungen an und beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die tiergestützte Therapie mit Hunden einen förderlichen Beitrag zur multimodalen Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen leisten kann und inwieweit die tiergestützte Therapie in das Behandlungskonzept adipöser Kinder und Jugendlicher integrierbar ist.

Um ein besseres Verständnis für die Erkrankung Adipositas und für die tiergestützte Therapie zu erlangen, wird zu diesen beiden Themen zunächst eine theoretische Einführung gegeben. Dabei geht es im **vierten Kapitel** darum, die Definition und Verbreitung von Adipositas zu erläutern, Ursachen und Erklärungsmodelle der Krankheit darzustellen und einen kurzen Überblick über die Diagnostik zu geben. Das **fünfte Kapitel** handelt zum einem von den Folgebelastungen von Adipositas und zum anderen von möglichen Therapieansätzen der Adipositasbehandlung. Der Fokus liegt hier auf den psychosozialen Folgeerscheinungen, da eines der wichtigsten Therapieziele darin besteht, die psychische und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu stärken und das emotionale Leiden der Betroffenen zu reduzieren (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44). Zudem konnte herausgefunden werden, dass Tiere besondere Lernprozesse im sozialen und emotionalen Bereich anregen (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.192). Von daher werden zunächst die psychosozialen Folgebelastungen adipöser Kinder und Jugendlicher untersucht, um anschließend die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten in Bezug auf die therapeutischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen darzustellen. Dabei ist insbesondere von Bedeutung, was mit der Behandlung erreicht werden soll, was in der Therapie mit adipösen Kindern und Jugendlichen beachtet werden muss und wo die herkömmlichen Therapieansätze an ihre Grenzen stoßen.

Wie oben beschrieben, kann die tiergestützte Therapie eine alternative, ergänzende Therapiemöglichkeit bieten. Das **sechste Kapitel** beschäftigt sich daher mit dem Thema der tiergestützten Therapie. Dazu wird zunächst eine Begriffsklärung in Abgrenzung zu anderen tiergestützten Interventionsformen vorgenommen. Anschließend werden die Wirkmechanismen der tiergestützten Therapie differenziert dargestellt, um die therapeutische Wirkung von Tieren besser zu verstehen. Es geht also darum, wie und warum tiergestützte Therapie überhaupt wirkt. Es gibt eine große Auswahl an Tieren, welche in der Therapie eingesetzt werden, wobei es keinem anderen Tier wie dem Hund möglich ist, eine so intensive Beziehung zum Menschen einzugehen (Kirchpfering, 2012, S.22). Aus diesem Grund steht die Hund-Mensch-Beziehung im Mittelpunkt des nächsten Abschnitts. Wie ist sie historisch verankert? Was charakterisiert die Hund-Mensch-Beziehung und welche besonderen Eigenschaften qualifizieren den Hund für therapeutische Aufgaben?

Die Wirkmechanismen, welche aus der Mensch-Tier-Interaktion resultieren, bilden dann die Grundlage für die positiven Wirkeffekte von Tieren. Diese positiven Wirkeffekte sollen im **siebten Kapitel** näher beleuchtet werden. Da es nur eine Studie gibt, die sich mit der Wirkung von Hunden in der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher beschäftigt, werden zur Beantwortung der Fragestellung allgemeine Studienergebnisse der tiergestützten Therapie mit Hunden dargestellt, welche anschließend in Bezug zu den therapeutischen Bedürfnissen und den psychosozialen Folgen adipöser Kinder und Jugendlicher gesetzt werden. Damit soll verdeutlicht werden, welchen Beitrag der Hund in der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher tatsächlich leisten kann.

Die Implementierung des Hundes in die Therapie ist dabei an einige Voraussetzungen geknüpft. Daher werden nachfolgend diejenigen Voraussetzungen dargestellt und erläutert, welche für die praktische Implementierung von Hunden in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher von Bedeutung sind. Dabei geht es um die Frage, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um mit adipösen Kindern und Jugendlichen tiergestützt zu arbeiten, was besonders beachtet werden muss und wo die Therapie mit Hunden an ihre Grenzen stößt. Zum Abschluss der Arbeit wird ein kurzer Ausblick über die Zukunftschancen und offene Forschungsfragen in dem Bereich der tiergestützten Therapie mit Hunden als Bestandteil der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher gegeben.

4 Adipositas

4.1 Definition

In der Literatur werden die Begriffe Übergewicht und Adipositas häufig synonym verwendet. Aus medizinischer Sicht muss hier jedoch eine klare Trennung erfolgen (Kromeyer-Hauschild 2005, S.4). Bei Adipositas ist der „Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse pathologisch erhöht“ (AGA, 2011a). Übergewicht liegt dann vor, wenn das Körpergewicht im Vergleich zur Körpergröße einen Grenzwert kritisch übersteigt (Lehrke & Laessle, 2009, S.3).

Adipositas besteht in den häufigsten Fällen in Verbindung mit Übergewicht, aber Übergewicht steht nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit Adipositas (Kromeyer-Hauschild 2005, S.4). Die Messung des Körperfettanteils kann mit Hilfe unterschiedlicher, aufwendiger und kostspieliger Methoden erfolgen, welche jedoch aufgrund ihrer Kostenintensität kaum praxisrelevant sind. Vielmehr hat sich zur Bestimmung des Körperfettanteils die Verwendung der Parameter der Körpergröße und des Körpergewichts sowie des daraus resultierenden Body Mass Indexes ($BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m)}^2$) als geeignete Methode zur Ermittlung von Adipositas bei Erwachsenen durchgesetzt (Kromeyer-Hauschild 2005, S.4f.). Die Arbeitsgemeinschaft für Adipositas (AGA) weist auf mehrere Untersuchungen hin, die gezeigt haben, dass sich die Verwendung des BMIs auch im Kindes- und Jugendalter empfiehlt (Wabitsch & Kunze, 2014, S.21).

Laut der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) wird bei Erwachsenen ab einem BMI von mehr als 25 kg/m² von Übergewicht und ab einem BMI von mehr als 30 kg/m² von Adipositas gesprochen (DAG e.V. 2012a). Bei Kindern und Jugendlichen gibt es keine klaren Grenzwerte zur Definition von Adipositas, da hier der BMI wachstumsbedingten Veränderungen unterliegt. Bei der Einschätzung des BMIs muss daher immer das Alter und das Geschlecht mit berücksichtigt werden. Aus diesem Grund erfolgt die Bestimmung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen anhand sog. BMI-Referenzperzentile. Dabei wird der individuelle BMI eines Kindes mit geschlechts- und altersbezogenen BMI-Werten verglichen. Das jeweilige Perzentil gibt Aufschluss darüber, wie viel Prozent der Kinder in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe einen höheren oder niedrigeren BMI haben (Kromeyer-Hauschild, 2005, S.5). Wenn sich das Kind zum Beispiel auf dem 75. Perzentil befindet, haben 75% der Kinder gleichen Alters und Geschlechts einen niedrigeren oder gleichen BMI wie das Kind selbst.

Die AGA empfiehlt die Verwendung der Perzentilwerte, welche 2001 von Kromeyer-Hauschild et al. im Auftrag der AGA veröffentlicht wurden (AGA, 2011a)¹. Diese Referenzwerte beruhen auf einer Untersuchung von Kromeyer-Hauschild et al. (2001), in der Daten aus verschiedenen Studien herangezogen wurden. Die Grundlage hierfür bildeten die Körpergrößen und Körpergewichtsdaten von 17.147 Jungen und 17.275 Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren (Wabitsch & Kunze, 2014, S.21).

Als Grenzwerte für die Definition von Übergewicht und Adipositas verwendet die AGA die nachfolgenden BMI Perzentile:

- Übergewicht: BMI-Perzentile 90 - 97
- Adipositas: BMI-Perzentile 97 - 99,5
- Extreme Adipositas: BMI-Perzentile größer als 99,5

Diese Grenzwerte sind sinnvoll, da sie einen fortlaufenden Übergang zu den oben genannten Grenzwerten für Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter ermöglichen (Wabitsch & Kunze, 2014, S.23).

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts entstand eine Diskussion darüber, ob Adipositas als Krankheit zu definieren sei. Fakt ist, dass Adipositas nicht als Krankheit angesehen wird, da selbst bei einer starken Abweichung des Körpergewichts von den Normwerten noch befriedigende körperliche und psychische Funktionen vorhanden sind. Erst eine extreme Adipositas lässt sich aufgrund ihrer behandlungsbedürftigen Folgeerscheinungen aus medizinischer Sicht als Krankheit einzustufen (Böhler, 2005, S.237f.).

4.2 Prävalenz

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist in Deutschland in den letzten Jahren stark angestiegen. 2008 lag in Deutschland der prozentuale Anteil der von Adipositas Betroffenen bei ca. 21% (20,5% bei den Männern; 21,2% bei den Frauen) (DAG e.V. 2012b). Die Ergebnisse der Nationalen Verzehrstudie aus dem Jahre 2008 zeigen, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas mit steigendem Alter zunimmt (Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, 2008, S. 82f.). Das Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel stellt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Abhängigkeit vom Alter in

¹ Die Perzentilkurven für den BMI für Jungen und Mädchen befinden sich im Anhang 10.1 (Seite 88f.).

einer Grafik dar². Es wird deutlich, dass die Verbreitung von Adipositas bei Frauen mit steigendem Alter erheblich zunimmt. Sind in der Altersspanne von 18 bis 19 Jahren noch 9,4% Frauen von Adipositas betroffen, so sind es im Alter von 70 bis 80 mehr als 30%. Bei Männern sieht das ähnlich aus (Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, 2008, S. 82).

Durch die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS), welche 2007 vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht worden ist, liegen detaillierte und repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche in ganz Deutschland vor. Sie liefern auch Informationen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S.739). Insgesamt sind 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig. 6,3% der Kinder und Jugendlichen leiden unter Adipositas, das heißt ihr BMI liegt oberhalb der 97. Perzentile. Auf Deutschland bezogen entspricht dies einer Zahl von 1,9 Millionen übergewichtigen (davon 800.000 adipösen) Kindern und Jugendlichen. Dabei ist zu beobachten, dass sich der Anteil der von Adipositas betroffenen Kinder und Jugendlichen mit zunehmendem Alter erhöht. Im Alter von 3 bis 6 Jahren leiden knapp 3% der Kinder unter Adipositas. Dieser Anteil steigt im Alter von 14 bis 17 Jahren mit 8,5% auf fast das Dreifache an (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S.737f.).

Vergleicht man diese Werte mit Ergebnissen aus unterschiedlichen Studien der AGA, welche zwischen den Jahren 1985 bis 1999 von Kromeyer-Hauschild durchgeführt und veröffentlicht wurden, ist in den Ergebnissen der KIGGS-Studie ein deutlicher Anstieg der BMI-Werte zu verzeichnen. Die Zunahme wird umso deutlicher, je höher die Perzentile ist (AGA, 2011b). Eine von der AGA modifizierte Grafik der KIGGS-Studie zeigt die in der KIGGS-Studie veröffentlichten Erkenntnisse³. Diese Entwicklung ist insofern von Bedeutung, als Längsschnittstudien herausgefunden haben, dass von Adipositas betroffene Kinder und Jugendliche auch im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko aufweisen, an Adipositas zu erkranken (Lehrke & Laessle, 2009, S.7).

Die Prävalenzdaten der KIGGS-Studie wurden unter anderem hinsichtlich des Geschlechts und des Sozialstatus der Kinder und Jugendlichen differenziert ausgewertet. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Verbreitung von Adipositas zwischen Jungen und Mädchen festgestellt werden (6,3% der Jungen und 6,4% der Mädchen im Alter von 3 bis

² Die Darstellung der Prävalenz von Unter- Normal- und Übergewicht findet sich im Anhang 10.2 (Seite 90).

³ Die Grafik befindet sich im Anhang 10.3 (Seite 91).

17 Jahren sind von Adipositas betroffen). Lediglich im Alter von 7 bis 10 Jahren weisen Jungen mit 7% eine deutlich höhere Prävalenzrate als Mädchen (5,7%) auf. Hinsichtlich der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in Bezug auf den Sozialstatus der Betroffenen lässt sich festhalten, dass dies nicht nur ein Phänomen bestimmter Sozial- und Bildungsschichten ist, sondern sich durch alle sozialen Milieus zieht (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S.738). Dennoch ist die Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Familien mit niedrigem Sozialstatus durchaus höher als in Familien aus höheren sozialen Schichten. In der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren ist sie mit 14% in sozial benachteiligten Familien dreimal höher als in Familien mit hohem Sozialstatus (Kurth o.J. S.22).

Zusammenfassend machen die Ergebnisse den Anstieg von Übergewicht und Adipositas in der Gesellschaft mehr als deutlich (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S.738). Aufgrund der hohen Prävalenzrate stellt sich insbesondere die Frage, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass Adipositas in unserer Gesellschaft so weit verbreitet ist. Im Folgenden soll daher auf die Ursachen und Erklärungsmodelle von Adipositas eingegangen werden.

4.3 Ursachen und Erklärungsmodelle

Übergewicht und Adipositas entstehen, wenn die Energiezufuhr über längere Zeiträume den Energieverbrauch des Körpers übersteigt. Demnach würde eine reine Reduktion der Energiezufuhr zwangsläufig zu einer Gewichtsreduktion führen. Dies würde bedeuten, dass Adipöse nur weniger essen und mehr Sport treiben müssten, um eine Reduktion ihres Körpergewichtes zu erreichen. In Wahrheit existieren jedoch eine ganze Reihe unterschiedlicher Faktoren, die einen Einfluss auf die Energiezufuhr und den Energieverbrauch haben und somit zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas beitragen (Lehrke & Laessle, 2009, S.13.).

Insofern handelt es sich bei Adipositas um ein heterogenes Störungsbild, welches eine multifaktorielle Genese erfordert. Als relevante Einflussgrößen sind hier genetische, biologische und verhaltensbezogene Umweltfaktoren zu nennen (Warschburger, Petermann, Fromme, Wojtalla, 1999, S.28). Bei letzteren sind insbesondere auch die familiären Lebensweisen und Rollenvorbilder der Eltern in Bezug auf die Ernährung und die körperliche Aktivität von Bedeutung (Koch, 2005, S.134). Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, die Ursachen von Adipositas in ihrer Komplexität umfassend zu erklären. Daher wird im Folgenden lediglich ein kurzer Überblick über einige mögliche Ursachen gegeben, welche zur Entstehung von Adipositas beitragen.

Genetische Veranlagung

Es gilt als bestätigt, dass es sich bei Adipositas um eine familiäre Erkrankung handelt (Hebebrand, Wermter, Hinney, 2005b, S.28). Dabei wird nicht die Adipositas selbst, sondern nur ihre Veranlagung vererbt. Kinder aus Familien mit zwei adipösen Elternteilen weisen eine um 80% erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, selbst adipös zu werden. Bei Kindern von normalgewichtigen Eltern liegt die Wahrscheinlichkeit gerade mal bei 20%. Unklar ist dabei jedoch, ob die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit wirklich auf genetische Faktoren zurückzuführen ist oder ob sie vielmehr aus verschiedenen gemeinsam erlebten Umweltfaktoren resultiert (z. B. in der Familie gelebtes Essverhalten) (Lehrke & Laessle, 2009, S.19f.).

Umweltfaktor Ernährung

Von großer Bedeutung bei der Nahrungsaufnahme ist zum einen die täglich aufgenommene Kalorienmenge (quantitative Nahrungsaufnahme) und zum anderen die Nahrungszusammensetzung, d.h. der Anteil an Kohlenhydraten, Fett und Proteinen (qualitative Nahrungsaufnahme). Studien konnten belegen, dass Adipöse ihre Kalorienzufuhr pro Tag unterschätzen und so meist mehr Kalorien zu sich nehmen als sie eigentlich wollen, was die Entstehung von Adipositas begünstigt. Diese Unterschätzung der Kalorienaufnahme ist bereits im Kindesalter zu beobachten. Es konnte zudem nachgewiesen werden, dass Übergewichtige mehr Nahrungsfette zu sich nehmen als Personen mit einem BMI im Normalbereich. Nahrungsfette werden effizienter in Körperfette umgewandelt als andere Nährstoffe und haben eine höhere Energiedichte als z. B. Kohlenhydrate und Proteine. Dies führt dazu, dass eine fettreiche Ernährung die Entstehung von Adipositas fördert (Lehrke & Laessle, 2009, S.14f.).

Kersting (2005) sieht zudem eine Zunahme der Mahlzeitenhäufigkeit, immer größere Essportionen, einen erhöhten Zuckerverzehr sowie das Verlangen der Kinder nach den im Fernsehen beworbenen zuckerreichen Produkten als weitere Ursachen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas (Kersting, 2005, S.63ff.). Sie macht deutlich, dass in den letzten Jahren gesellschaftliche Veränderungen in Bezug auf die Ernährungsgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen stattgefunden haben. Die Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen sind sehr komplex geworden und haben sich über die Jahre verändert (Kersting, 2005, S.62f.). Die Menschheit hat sich zu einer Überflussgesellschaft entwickelt, in der Nahrungsmittel überall und zu jeder Zeit verfügbar sind. Mahlzeiten werden immer weniger im Kreise der Familie eingenommen, sondern zunehmend außer Haus, wobei es sich hier häufig um Fast-Food-Produkte mit hohem Energiegehalt handelt (Lehrke & Laessle, 2009, S.23). Bereits

Kinder sind dem ständigen Angebot von Lebensmitteln jederzeit ausgesetzt und werden durch vielseitige Einladungen (z. B. Werbung) zum Konsum aufgefordert (Kersting, 2005, S.62ff.).

Beim Thema Ernährung spielen zudem familiäre, psychologische und psychosoziale Einflüsse eine Rolle. Das Ernährungsverhalten ist emotional geprägt, sodass eine Kopplung zwischen negativen emotionalen Zuständen und der Zufuhr von Nahrung entstehen kann. Gelingt es den Eltern nicht, feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren, und beantworten sie Äußerungen des Unwohlseins beim Kind permanent mit Nahrungsangeboten, kann so eine Kopplung entstehen. Infolgedessen fällt es den Kindern schwer, zwischen körperlichen und seelischen Bedürfnissen zu unterscheiden und sie setzen negative Gefühle mit Hunger gleich. Die Kinder fangen an, aus Stress, Langeweile, Einsamkeit und Angst zu essen, was zu einer erhöhten Kalorienzufuhr und somit zu einem Anstieg des Körpergewichts führt (Lehrke & Laessle, 2009, S.21).

Umweltfaktor körperliche Aktivität

Adipöse weisen eine verminderte körperliche Aktivität auf, welche bereits im Kindesalter zu beobachten ist. Dies bedingt eine Abnahme des Energieverbrauchs und führt bei gleichbleibender Nahrungsaufnahme zu einer positiven Energiebilanz, was wiederum zu einer Gewichtszunahme führt. Jedoch lässt sich dabei nicht eindeutig unterscheiden, ob es sich bei der körperlichen Inaktivität um die Ursache oder vielmehr um die Wirkung von Adipositas handelt (Lehrke & Laessle, 2009, S.18). Lehrke & Laessle (2009) bringen dieses Problem deutlich zum Ausdruck: „Ebenso wie Inaktivität zur Entstehung von Adipositas beitragen kann, kann Adipositas umgekehrt auch einen inaktiven Lebensstil begünstigen [...]“ (Lehrke & Laessle, 2009, S.18).

Erwiesen ist, dass bereits Kinder über einen überwiegend sitzenden Lebensstil verfügen. Die motorische Leistungsfähigkeit hat sich innerhalb der letzten 25 Jahre um 10% verschlechtert. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Kinder verbringen immer mehr Zeit mit audiovisuellen Medien wie z. B. dem Konsum von Fernsehen und Videospielen. Dieses Verhalten wird unter anderem durch die Ausdehnung der Sendezeiten sowie der Einführung von Privatsendern begünstigt. Zusätzlich nimmt die Bewegung im Alltag ab, da Kinder immer häufiger mit dem Bus oder dem Auto zur Schule gefahren werden und weniger Zeit im Freien verbringen (Hebebrand & Bös, 2005, S.51f.). Einträge aus Tagebüchern von Grundschulern weisen darauf hin, dass die tägliche Bewegungszeit von Kindern bei gerade mal einer Stunde am Tag liegt (Koch, 2005, S.135). Diese „inaktive Lebensweise [...] ist mitauslösender Teil eines Teufels-

kreises, der mit einer Verschlechterung der körperlichen Leistungsfähigkeit [...] einhergeht“ (Koch, 2005, S.133). Die Ursachen von Adipositas werden auch bei der Diagnostik mit berücksichtigt. Die Auseinandersetzung mit den auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren von Adipositas ist unerlässlich, um im Anschluss an die diagnostischen Maßnahmen eine passende Behandlung zu generieren (Warschburger & Petermann, 2008, S.36). Die Diagnostik von Adipositas ist sehr komplex und soll daher im Folgenden nur kurz erläutert werden.

4.4 Diagnostik

Die Diagnostik von Adipositas ist multiaxial ausgerichtet und besteht aus einer Kombination verschiedener Elemente (Warschburger & Petermann, 2008, S. 36). Im Kindes- und Jugendalter gliedert sie sich in eine klinische sowie eine psychologische und psychosoziale Verhaltensdiagnostik (Wabitsch & Kunze, 2014, S.29). Hierfür findet zunächst ein Screening statt, bei welchem untersucht wird, ob unter der Berücksichtigung der BMI-Perzentile von einer Adipositas gesprochen werden kann. Anschließend werden sowohl der körperliche als auch der psychische Gesundheitszustand näher betrachtet. Bei der körperlichen Untersuchung geht es zunächst um den Ausschluss einer ursächlichen Grunderkrankung, welche mit Adipositas einhergehen (z. B. Kleinwuchs, mentale Retardierung etc.) (Wabitsch, 2005, S.250ff.). Anschließend findet eine Anamnese des gesamten körperlichen Zustandes statt. Es wird eine vollständige Familienanamnese durchgeführt, wobei sowohl mit den Eltern als auch mit dem Kind selbst über alle relevanten, die Krankheit betreffenden Themen gesprochen wird. Dazu zählen zum Beispiel die Ernährungssituation der Familie, die Freizeitaktivitäten des Kindes, eine Anamnese der psychosozialen Belastungen sowie eine Untersuchung möglicher komorbider psychischer Störungen (Warschburger & Petermann, 2008, S.37ff.). Eine ausführlichere Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Für weiterführende Informationen bieten Warschburger & Petermann (2008) eine detaillierte Darstellung des gesamten diagnostischen Verfahrens.

Die Diagnostik sollte auch immer das psychosoziale Befinden der Betroffenen mit einbeziehen. Diese Anamnese ist notwendig, um anschließend die Therapie an den individuellen Bedürfnissen des Patienten / der Patientin auszurichten (Wabitsch & Kunze, 2014, S.37f.). Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich das folgende Kapitel mit den psychosozialen Folgeerscheinungen bei adipösen Kindern und Jugendlichen sowie dem Aufbau und den Zielen der Adipositas therapie.

5 Folgeerscheinungen und Therapie von Adipositas

Adipositas ist im Kindes- und Jugendalter immer mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Dabei fallen jährlich Kosten in Milliardenhöhe an, um die Folgeerscheinungen von Adipositas zu behandeln. Zudem werden 280.000 Todesfällen pro Jahr in den USA auf Adipositas sowie auf die damit einhergehenden Folgeerkrankungen zurückgeführt. Damit zählt Adipositas nach dem Rauchen als die zweithäufigste Todesursache im Erwachsenenalter (Lehrke & Laessle, 2009, S.9). Ob eine erhöhte Sterblichkeit bereits im Kindes- und Jugendalter besteht, ist noch nicht wissenschaftlich belegt. Allerdings konnte herausgefunden werden, dass adipöse Kinder und Jugendliche auch über 50 Jahre später noch ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen, unabhängig von ihrem Gewicht als Erwachsene (Lehrke & Laessle, 2009, S.9). Dies ist nicht zuletzt auf die zahlreichen medizinischen Folgebelastungen von Adipositas zurückzuführen, Hier sind insbesondere hormonabhängige Krebse und Störungen des Stoffwechsels, der Atmung sowie der tragenden Gelenke (z. B. Verschleißerscheinungen im Bereich der Kniegelenke) zu nennen. Dadurch entsteht ein enger Zusammenhang zwischen Adipositas mit Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Gallensteinleiden und Schlafapnoe (Wirth, 2003, S.105f.)⁴. Die mit Adipositas einhergehenden Belastungen beschränken sich jedoch nicht nur auf kardiovaskuläre und orthopädische Risiken. Adipositas ist zusätzlich mit einer Reihe psychosozialer Belastungen assoziiert, welche für die Betroffenen zahlreiche erhöhte emotionale Belastungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zur Folge haben können und zu einer Chronifizierung der Krankheit im gesamten Leben beitragen (Deimel, 2005, S.59ff.).

Aus diesem Grund besteht eines der wichtigsten Therapieziele darin, die psychosozialen Folgebelastungen zu reduzieren und die psychische und soziale Entwicklung der Betroffenen zu stärken (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44). Im Folgenden soll daher zunächst auf die psychosozialen Folgeerscheinungen eingegangen werden, wobei sich auf die in der Literatur am häufigsten erwähnten Belastungen und Risiken bezogen wird. Anschließend sollen der Aufbau und die Ziele der Adipositas therapie dargestellt und erläutert werden.

5.1 Psychosoziale Folgeerscheinungen

Adipositas ist in der Regel mit Diskriminierung und Ausgrenzung verbunden. In Folge dessen kommt es zu einer Verringerung der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls, einer aversiven Beziehung zum eigenen Körper sowie zu Frustration und emotionalen Mangelzuständen,

⁴ Für eine ausführliche Darstellung dieser Folgeerscheinungen wird auf Wirth (2003) verwiesen.

welche sich unter anderem in Ängstlichkeit und Depression äußern (Deimel, 2005, S.63). Der folgende Abschnitt soll diesen Aspekt differenziert darstellen.

5.1.1 Diskriminierung und Stigmatisierung

Obwohl Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen in unserer Gesellschaft weitestgehend verboten sind, scheint dies nicht für übergewichtige und adipöse Menschen zuzutreffen. Die gesellschaftliche Akzeptanz adipöser Menschen scheint immer weiter abzunehmen, da den Betroffenen aufgrund mangelnder Willensstärke ein Selbstverschulden an der Krankheit vorgeworfen wird (Lehrke & Laessle, 2009, S.10). „Stigmatisierende Einstellungen, die adipöse Menschen etwa als faul, willensschwach, undiszipliniert, hässlich und emotional gestört kennzeichnen, sind in der Bevölkerung weit verbreitet“ (Hilbert, 2015, S.420). Diese Einstellung führt unter anderem dazu, dass die Betroffenen stark unter Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen leiden (Lehrke & Laessle, 2009, S.10). Bereits Kinder im Vorschulalter gebrauchen bei der Beschreibung adipöser Menschen vorwiegend negative Attribute wie dumm, faul und unbeliebt. Daran wird deutlich, wie sehr solche Bewertungen bereits im Kindes- und Jugendalter verinnerlicht werden (Warschburger, 2015, S.396). Die dargestellten Adipositasstigmata scheinen unter anderem durch die Werbung und die Medien geprägt zu sein. Adipöse Figuren sind dort weniger präsent oder werden durch bestimmte Rollenzuschreibungen lächerlich gemacht (Hilbert, 2015, S.421).

Die Diskriminierung aufgrund solcher Zuschreibungen erfahren Betroffene in sämtlichen Lebensbereichen. Zum Beispiel konnten Studien belegen, dass adipöse Erwachsene seltener zu Vorstellungsgesprächen eingeladen werden sowie mit Stigmatisierung im Berufsalltag und in öffentlichen Lebensbereichen konfrontiert werden. Diskriminierungserfahrungen in persönlichen Beziehungen, wie zum Beispiel Partnerschaften, innerhalb der Familie oder unter Freunden, werden dabei als besonders einschneidend erlebt (Hilbert, 2015, S.420f.).

Im Kindes- und Jugendalter äußert sich die Diskriminierung vor allem in Form von Hänseleien. Diese können sich sowohl verbal als auch körperlich in Form von Ausgrenzung (z. B. Schubsen oder jemanden nicht mitspielen lassen) äußern. Adipöse Kinder und Jugendliche berichten von solchen Erfahrungen insbesondere im Sportunterricht oder bei anderen Formen körperlicher Aktivität. Dies alles führt unter anderem dazu, dass adipöse Kinder und Jugendliche vielfach über Einsamkeit und Isolation klagen (Warschburger, 2015, S.397). Durch die eigene Zuschreibung des Versagens und der persönlichen Verantwortung für das eigene Übergewicht können Betroffene die Diskriminierungserfahrungen so stark internalisieren,

dass es zu einer Selbststigmatisierung kommt (Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand, 2014, S.823).

Insgesamt muss mit diesen Erkenntnissen jedoch kritisch umgegangen werden, da sich die tatsächliche Diskriminierung im Alltag häufig schwer nachweisen lässt. Viele Studien fußen auf kleinen Stichproben, und Variablen wie Alter, Herkunft und Geschlecht werden nicht berücksichtigt, sodass die Ergebnisse nur bedingt generalisierbar sind (Hilbert, 2015, S.421f.). Es ist jedoch belegt, dass Diskriminierungserfahrungen und Stigmatisierung einen negativen Einfluss auf das körperliche und psychosoziale Wohlbefinden der Betroffenen haben und zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität führen (Warschburger, 2015, S.397).

5.1.2 Lebensqualität

Bei der Frage nach der Lebensqualität handelt es sich nicht um objektive Kriterien, sondern vielmehr um die „wahrgenommene Gesundheit aus Patientensicht, d.h. [...] [um] die so genannte erlebte Gesundheit“ (Ravens-Sieberer, 2005, S.240). Es geht also darum, wie die Patienten und Patientinnen ihre Krankheit erleben und wahrnehmen. Dabei hat besonders die Forschung im Bereich der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen stark zugenommen (Ravens-Sieberer, 2005, S.240).

Die WHO-Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) erhebt seit 1982 alle vier Jahre die Daten von ca. 200.000 Kindern aus über 35 Ländern (Hurrelmann, Klocke, Melzer und Ravens-Sieberer, 2003, S.1f). In Deutschland erfolgt die Erhebung mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, welcher Fragen zum Gesundheitszustand, zur Lebensqualität, zum psychischen Wohlbefinden, zum Freizeitverhalten, zur körperlichen Aktivität und zur Ernährung bzw. zum Essverhalten von Kindern und Jugendlichen beinhaltet (Ravens-Sieberer, 2005, S.241). In diesem Jugendgesundheitsurvey der WHO wurde an einer Stichprobe von 9.704 Kindern im Alter von 10 bis 16 Jahren untersucht, inwieweit sich Adipositas auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt. Dabei waren 4,6% der befragten Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 2,1% adipös⁵ (Ravens-Sieberer, 2005, S.241). Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit Adipositas von einer eingeschränkten Lebensqualität in allen Bereichen berichten⁶.

⁵ Die Definitionen von Übergewicht und Adipositas beziehen sich dabei auf die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) – vgl. Kapitel 4.1.

⁶ Eine Grafik, die die Einschränkung der Lebensqualität adipöser Kinder und Jugendlicher zeigt, findet sich im Anhang 10.4 (S. 92).

Je niedriger die Lebensqualität-Skalenwerte sind, desto niedriger ist die subjektive Lebensqualität der Betroffenen in dem unten angegebenen Bereich. Es wird die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Normalgewicht (linker Balken), mit Übergewicht (mittlerer Balken) und mit Adipositas (rechter Balken) dargestellt.

Besonders niedrig ist die Lebensqualität im Bereich des Selbstwertes. Dies soll an späterer Stelle noch einmal differenziert betrachtet werden. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen berichten zudem, dass sie sich häufig nicht wohl in ihrer Haut fühlen, alleine, ängstlich und unsicher sind. Außerdem langweilen sie sich in der Schule aufgrund von fehlenden sozialen Kontakten (Ravens-Sieberer, 2005, S.241). Dies erklärt den niedrigen Wert im Bereich der schulischen Lebensqualität. Zudem kann man erkennen, dass die Kinder und Jugendlichen im Bereich der körperlichen Lebensqualität über Einschränkungen berichten. In der Tat zeigen Untersuchungen, dass adipöse Kinder und Jugendliche sich nicht wohl in ihrem Körper fühlen und unzufrieden mit ihrer Körperform sind (Lehrke & Laessle, 2009, S.11). Auch dies soll an späterer Stelle noch einmal aufgegriffen werden.

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) vom Robert-Koch-Institut unterstreichen die Ergebnisse. Im Rahmen dieser Studie wurden zwischen den Jahren 2003 und 2006 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren untersucht. Die Teilstichprobe der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen bestand dabei aus 6.813 Teilnehmern und Teilnehmerinnen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Krause, Ellert, Kroll und Lampert, 2014, S.445). Die Angaben stützen sich ebenfalls auf die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. aus dem Jahr 2001 und werden nach Jungen und Mädchen getrennt dargestellt. Die Autoren/ Autorinnen machen deutlich, dass die Lebensqualität bei adipösen Kindern und Jugendlichen umso eingeschränkter ist, je höher der BMI ausfällt. Bei den Jungen sind insbesondere die Bereiche Selbstwert, Freunde und Schule betroffen, während sich bei den Mädchen die niedrigsten Werte in den Bereichen Körper, Selbstwert und Schule finden lassen (Krause et al. 2014, S.448).

Ravens-Sieberer (2005) verweist auch auf die Kinder-Rehabilitationsstudie vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Hier konnte herausgefunden werden, dass die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas noch geringer ist als bei Kindern und

Jugendlichen mit Asthma oder Neurodermitis⁷. Dies verdeutlicht den hohen Leidensdruck von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, auch im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit anderen chronischen Krankheiten (Ravens-Sieberer, 2005, S.424ff.).

Da der Selbstwert und das Körperbild zwei besonders sensible Bereiche zu sein scheinen und auch in der Literatur meist separat betrachtet werden, sollen sie im Folgenden differenziert dargestellt werden.

5.1.3 Körperbild, Selbstkonzept, Selbstwert

Bei diesen Begriffen handelt es sich um äußerst komplexe Phänomene, welche von verschiedenen Autoren/Autorinnen unterschiedlich definiert werden. Daher soll im Folgenden eine kurze Begriffsklärung erfolgen, damit deutlich wird, worauf sich die weiteren Ausführungen beziehen.

Das **Körperbild** bezeichnet im Allgemeinen „alle emotional-affektiven Wahrnehmungen eines Menschen bezüglich seines eigenen Körpers“ (Dordel, 2005, S.75). Darunter werden Wertungen (z. B. Selbst- und Fremdbewertungen des eigenen Körpers) und Einstellungen zum eigenen Körper verstanden. Diese Elemente sind unter anderem abhängig von der Körperwahrnehmung und haben einen erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bezüglich seines Aussehens und seiner Funktionen. Die Zufriedenheit bildet dann die Grundlage für die eigene Wertschätzung und die eigene Akzeptanz (Dordel, 2005, S.75).

Das Körperbild stellt einen Teilbereich des **Selbstkonzepts** dar. Das eigene Körperbild und die damit einhergehende Körperwahrnehmung sind insbesondere im Kindes- und Jugendalter von großer Bedeutung für das eigene Selbstkonzept (Dordel, 2005, S.76). Tausch und Tausch (1998) beschreiben das Selbstkonzept als „das unbewußte und bewußte Bild (Konzept), das wir von uns selbst, von unserer eigenen Person haben. Es bildet sich aus den Erfahrungen, die wir mit uns machen“ (Tausch & Tausch, 1998, S.51). Demnach wird eine Person, die in ihrem Leben viele Misserfolge erlebt, eher ein negatives Selbstkonzept haben. Sie weisen zudem darauf hin, dass im Kindes- und Jugendalter die Erfahrungen und Begegnungen mit den Mit-

⁷ Eine ausführliche Darstellung dieser Studie würde den Rahmen der Arbeit überschreiten. Für nähere Informationen siehe: Ravens-Sieberer, U. (2005): Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag, S.242ff.

menschen einen wesentlichen Einfluss auf das Selbstkonzept der Kinder und Jugendlichen haben (Tausch & Tausch 1998, S.51).

Das Selbstkonzept wirkt sich wiederum auf den **Selbstwert** einer Person aus (Tausch & Tausch, 1998, S.51). Tausch & Tausch (1998) bezeichnen das Selbstwertgefühl auch als Selbstachtung, also die „gefühlsmäßige wertende Einstellung einer Person zu sich selbst“ (Tausch & Tausch, 1998, S.51), welche je nach Selbstkonzept und gemachten Erfahrungen mit positiven oder negativen Attributen besetzt sein kann (Tausch & Tausch, 1998, S.51). Demnach denken Personen mit einem geringen Selbstwertgefühl negativ über sich, fühlen sich unwohl und wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen. Sie schämen sich, fühlen sich als Versager und haben eine negative Einstellung zu sich selbst (Tausch & Tausch, 1998, S.52). Der Selbstwert hat auch einen erheblichen Einfluss auf die erlebte Selbstwirksamkeit einer Person (Dordel, 2005, S.75). Dabei bezieht sich Selbstwirksamkeit auf „die Einschätzung der eigenen Kompetenz, aktuellen Anforderungen zu entsprechen, aber auch künftig unvorhersehbare, möglicherweise schwierige Situationen zu meistern“ (Dordel, 2005, S.75).

Die Selbstwirksamkeit steigert demnach die Handlungsfähigkeit eines Menschen, da er davon überzeugt ist, etwas erreichen zu können. Einem Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeit gelingt es demnach besser, mit Stresssituationen und Belastungen selbstsicher umzugehen (Tausch & Tausch, 1998, S.51). Demnach steigt auch die wertende Einstellung zur eigenen Person und der Selbstwert nimmt zu. Zudem ist das Selbstkonzept und das damit einhergehende Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit von besonderer Bedeutung, wenn es um die psychische Gesundheit, die Lebensqualität und die Persönlichkeitsentwicklung geht (Dordel, 2005, S.76).

Körperbild:

Das Institut für Sportdidaktik an der Deutschen Sporthochschule in Köln hat unter der Beteiligung mehrerer Personen eine Studie zum Thema Körperwahrnehmung durchgeführt (Dordel & Kleine, 2005, S.110). Die 360 untersuchten Kinder wurden dabei in unterschiedliche Gewichtsklassen eingeteilt⁸. Anschließend wurden ihnen Körperumrisszeichnungen von Kindern und Erwachsenen, jeweils dem eigenen Geschlecht entsprechend, vorgelegt⁹. Die Zeichnungen waren in Beurteilungskategorien eingeteilt, von mager bis adipös, welche für die Kinder

⁸ Die Einteilung in unterschiedliche Gewichtsklassen ergibt einen Anteil von 5,9% adipösen, 10,6% übergewichtigen, 77,7% normalgewichtigen und 5,9% untergewichtigen Kindern (Dordel & Kleine, 2005, S.110).

⁹ Die Körperumrisszeichnungen befinden sich im Anhang 10.5 (Seite 93).

jedoch nicht sichtbar waren. Nun sollten die Kinder anhand dieser Zeichnungen eine Selbsteinschätzung hinsichtlich der Frage nach dem Körperbild („Welches dieser Bilder entspricht am besten dem Aussehen, das du zurzeit hast?“) und dem Körper-Idealbild („Wie würdest du am liebsten aussehen?“) vornehmen. Zusätzlich erfolgte eine Fremdbeurteilung der Kinder, in welcher die Betreuer und Betreuerinnen eine Einschätzung des äußeren Erscheinungsbildes der Kinder vornehmen sollten. Die Differenz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung wurde als Indikator einer realistischen Selbsteinschätzung der Kinder gewertet (Dordel, 2005, S.77ff.).

In der Untersuchung konnte herausgefunden werden, dass übergewichtige und adipöse Kinder ihre Figur deutlich schmäler einschätzen als sie ist. Zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der adipösen Kinder ist jeweils ein Unterschied von einer Beurteilungskategorie zu erkennen (Dordel, 2005, S.79). 38,1% der adipösen Kinder stufen den eigenen Körper in der Kategorie „normal“ ein. Auch bei der Frage nach dem Idealbild des eigenen Körpers geht die Tendenz der adipösen Kinder in Richtung des schlanken Körpers (Dordel, 2005, S.83). Dabei sind es insbesondere die Mädchen, die sich einen schlankeren Körper wünschen (Dordel, 2005, S.79). Die Abweichung zwischen der Wunschvorstellung und der Selbsteinschätzung des eigenen Körperbildes kann dabei als Ausdruck der eigenen Körperzufriedenheit angesehen werden (Dordel, 2005, S.83). Dementsprechend ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper eher gering ausgeprägt, besonders bei den Mädchen.

Auch Untersuchungen von Hoffmann und Warschburger (2015) zeigen, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und unrealistische Selbsteinschätzungen der eigenen Körperformen besonders bei adipösen Kindern und Jugendlichen verbreitet sind. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass ca. 92% der adipösen Kinder und Jugendlichen unzufrieden mit ihrem Körper sind und ca. 43% ihre eigene Körperform als schlanker einstufen als sie eigentlich ist (bei Übergewicht tun dies sogar 76%) (Hoffmann & Warschburger, 2015, S.498ff.). Ersteres resultiert nicht zuletzt aus der eingeschränkten motorischen und körperlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Kinder und Jugendliche erleben sich beim Sport als weniger leistungsfähig, was auch aus den am Anfang des Kapitels kurz erwähnten körperlichen Folgeerscheinungen resultiert (Dordel & Kleine, 2005, S.115).

Wie oben beschrieben gilt die eigene Körperwahrnehmung als Teil des eigenen Körperbildes und kann sich negativ oder positiv auf das Selbstbild auswirken. Die Ergebnisse der Studien legen nahe, dass adipöse Kinder und Jugendliche ein aversives und meist auch negatives Kör-

perbild sowie eine verzerrte Körperwahrnehmung von sich selbst haben, was sich dementsprechend negativ auf das Selbstbild auswirkt. In der Tat belegen Studien, dass Adipositas mit einem negativen Selbstkonzept und einem geringen Selbstwertgefühl einhergeht (Petermann & Winkel, 2003, S.132ff.). Dieser Aspekt soll nun anhand einiger Studien differenziert dargestellt und exemplarisch verdeutlicht werden.

Selbstkonzept:

In unterschiedlichen Studien von Petermann & Winkel (2003) wird deutlich, dass die negativen Effekte von Adipositas auf das Selbstkonzept besonders in neueren Studien nachgewiesen werden konnten. Dies erklären sie unter anderem damit, dass in älteren Studien nur kleine Stichproben untersucht wurden, Kontrollgruppen fehlten und es keine einheitliche Definition von Adipositas gab, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschwert. Auch wird der negative Einfluss auf das Selbstkonzept am deutlichsten, wenn die Einstellung zum eigenen Körper und die Bewertung des eigenen Körperbildes in den Studien berücksichtigt wurden. Dies ist jedoch nur in einigen Studien der Fall (Petermann & Winkel, 2003, S.135f.).

Am deutlichsten wird der negative Effekt in einer Studie von Braet, Mervielde und Vandereycken. Sie konnten nachweisen, dass adipöse Kinder ihre körperliche Leistungsfähigkeit und sozialen Kompetenzen niedriger einstufen als normalgewichtige Kinder (Braet, Mervielde und Vandereycken, 1997, S.64ff.).

Selbstwert

Einen negativen Einfluss von Adipositas auf den Selbstwert der Kinder konnten Schmidt und Steins (2000) nachweisen. In ihrer Studie an der Rehabilitationsklinik für chronisch kranke Kinder untersuchten sie 56 adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 17 Jahren. Die Besonderheit dieser Studie bestand darin, dass die Kinder der Kontrollgruppe unter einer anderen chronischen Krankheit litten (z. B. Asthma, Neurodermitis, Allergien etc.) (Schmidt & Steins, 2000, S.254). In den Ergebnissen der Studie wurde deutlich, dass Kinder mit Adipositas einen erheblich niedrigeren Selbstwert in den Bereichen „Schule“ und „Freizeit“ haben als Kinder mit einer anderen chronischen Krankheit (Schmidt & Steins, 2000, S.255f.). Die Autorinnen erklärten diese Beobachtung unter anderem mit dem Merkmal der Sichtbarkeit von Adipositas. Dieser Aspekt ließ sich in einer zweiten Untersuchung bestätigen. Hier wurde der Selbstwert von Kindern und Jugendlichen mit einer sichtbaren, chronischen Erkrankung im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit einer unsichtbaren, chronischen Erkrankung ge-

messen. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Sichtbarkeit der Krankheit einen signifikanten Einfluss auf den Selbstwert hat (Schmidt & Steins, 2000, S.258).

Neben der Sichtbarkeit der Krankheit, wie Schmidt und Steins (2000) nachweisen konnten, haben auch das Alter und das Geschlecht einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Adipositas und dem Selbstwert. Dies konnte in einer Untersuchung von Strauss (2000) herausgefunden werden. Dabei wurde das Selbstwertgefühl von Kindern im Alter von 9 bis 10 Jahren mit Hilfe eines Fragebogens erhoben. Die Messung wurde 4 Jahre später mit 79% der ursprünglichen Stichprobe wiederholt. Hier ergab sich ein wesentlich geringeres Selbstwertgefühl der von Adipositas betroffenen Jugendlichen. Damit weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das Selbstwertgefühl bei adipösen Kindern und Jugendlichen mit steigendem Alter abnimmt. Auch konnte Strauss (2000) feststellen, dass der niedrigere Selbstwert besonders bei den weiblichen Teilnehmerinnen der Studie zu beobachten war (Strauss, 2000, S.4f.).

In der Studie von Moens, Braet und Timbremont aus dem Jahr 2005, in welcher 151 Kinder und Jugendliche untersucht wurden, konnte die Selbstwertproblematik der adipösen Kinder und Jugendlichen bestätigt werden. Sie wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant negativere Selbstbewertungen besonders im athletischen Bereich auf (Moens, Braet und Timbremont, 2005, o.S.). Dies bestätigt, dass für adipöse Kinder und Jugendliche insbesondere Bereiche der körperlichen Aktivität und der körperlichen Attraktivität ein sehr sensibles Thema darstellen.

Leider lassen sich keine aktuelleren Studien in dem Bereich finden, welche sich speziell mit der Frage nach dem Selbstwert adipöser Kinder und Jugendlicher beschäftigen oder in denen der negative Einfluss von Adipositas auf den Selbstwert signifikant bestätigt wird. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Adipositas negativ auf das Körperbild, das Selbstkonzept und dementsprechend auch auf das Selbstwertgefühl auswirkt. Da viele der Studien bereits über zehn Jahre alt sind, besteht hier ein offensichtlicher Forschungsbedarf.

5.1.4 Ängstlichkeit und Depression

Neben der Frage nach dem Selbstkonzept beschäftigen sich Studien auch immer wieder mit der Frage, ob adipöse Kinder und Jugendliche zu Angststörungen oder auch Depressionen neigen. Die Frage nach dem Auftreten von Depressionen im Zusammenhang mit Adipositas wurde dabei am häufigsten untersucht (Warschburger, 2015, S.397). Lehrke und Laessle (2009) geben an, dass ca. 5 bis 30 Prozent der von Adipositas betroffenen Kinder und Jugend-

lichen unter Ängstlichkeit und Depressionen leiden (Lehrke & Laessle, 2009, S.11). Warschburger (2015) differenziert dies dahingehend, dass im Zusammenhang mit Adipositas weniger von einer klinisch relevanten Depression als vielmehr von einem Zustand der „depressiven Verstimmtheit“ (Warschburger, 2015, S.398) gesprochen werden kann, da lediglich Untersuchungen im klinischen Kontext auf erhöhte Werte im Bereich der Depressionen hindeuten. Die Prävalenzraten schwanken hier zwischen 10 bis 40 Prozent bei stark adipösen Jugendlichen (Warschburger, 2015, S.398).

Ähnlich sieht es im Bereich der Ängstlichkeit aus. Auch hier waren die Werte nur erhöht, wenn die Patienten / die Patientinnen sich bereits in klinisch betreuten Gruppen befanden. Es konnten sogar höhere Angstwerte beobachtet werden als bei Kindern, die von anderen Krankheiten (z. B. Asthma, Diabetes oder Neurodermitis) betroffen waren (Warschburger, 2015, S.398).

Petermann und Winkel (2003) berichten zudem von einer Studie in den USA, welche herausgefunden hat, dass die Depressivität der Kinder im Zusammenhang mit ihrem Selbstkonzept steht. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass 30% der untersuchten adipösen Kinder depressive Symptome aufweisen. Je höher diese Depressivität ausgeprägt ist, desto geringer ist der Selbstwert der Kinder (Petermann & Winkel, 2003, S.136). Auch konnten Untersuchungen Anzeichen eines häufigeren Auftretens von Suizidgedanken verzeichnen, besonders bei Jugendlichen (Warschburger, 2015, S.399). Diese Aussage kann selbstverständlich nicht pauschalisiert werden, aber sie verdeutlicht noch einmal den großen Leidensdruck der adipösen Kinder und Jugendlichen.

5.1.5 Zusammenfassung:

Die Ausführungen machen deutlich:

„Jede Abweichung von der gesellschaftlichen Norm, so auch Übergewicht als deutliche, äußerlich sichtbare Abweichung von dem aktuellen Schlankheitsideal, birgt die Gefahr negativer Körperwahrnehmung und Selbsteinschätzung, infolgedessen Einbußen an Lebensqualität bis hin zu Störungen der Persönlichkeit“ (Dordel, 2005, S.76).

Dies führt in der Konsequenz zu Frustration, sozialem Rückzug und Isolation sowie Unzufriedenheit, was in den meisten Fällen durch unkontrolliertes Essverhalten reguliert wird. Die Betroffenen geraten so in einen Teufelskreis, welcher nur schwer durchbrochen werden kann. Dieser Teufelskreis, hervorgerufen durch die Vielzahl an psychosozialen Folgen, kann „nicht

selten zur Chronifizierung der Erkrankung über die gesamte Lebensspanne beitragen“ (Deimel, 2005, S.63).

Die negativen Auswirkungen sind jedoch nicht immer gleich, und häufig fallen die Ergebnisse der Studien sehr unterschiedlich aus. Bei vielen adipösen Kindern und Jugendlichen ist kein offensichtlich erhöhter Leidensdruck nachzuweisen (Deimel, 2005, S.63). Von daher scheint Gesundheit nicht nur eine messbare Größe zu sein, sondern immer auch ein Stück vom subjektiven Erleben des Betroffenen abzuhängen. Daher ist es wichtig, die subjektiven Leiden der Kinder und Jugendlichen immer in die Therapie mit einzubeziehen (Ravensieberer, 2005, S.240). Übergewichtige Kinder und Jugendliche ohne einen erhöhten Leidensdruck und mit einer guten Lebensqualität werden sich weniger für eine Therapie interessieren als Kinder und Jugendliche, die eine Einschränkung in ihrer Lebensqualität spüren. Diese Komplexität zeigt, wie wichtig es ist, die Therapie von Adipositas auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abzustimmen, und wie schwierig es sein kann, die passende Therapie zu finden (Kurth & Ellert, 2008, S.406). Im nächsten Kapitel soll es daher sowohl um den Aufbau als auch um die Ziele der Adipositastherapie gehen.

5.2 Aufbau und Ziele von Therapieprogrammen

Im Bereich der Adipositas ist es sinnvoll, bereits im Kindesalter mit der Therapie zu beginnen, da die Gefahr von psychosozialen und medizinischen Folgeerscheinungen mit steigendem Alter zunimmt (Warschburger et al. 1999, S.41). Die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten manifestieren sich bereits in der Kindheit, und mit steigendem Alter wird es immer schwieriger, sie zu modifizieren. Daher sollte jedem Kind und jedem Jugendlichen eine Behandlung ermöglicht werden (Wabitsch, 2015, S.482), wobei es von erheblicher Bedeutung ist, dass die ausgewählten Interventionsmaßnahmen immer auf den Einzelfall des betroffenen Kindes abgestimmt sind (Warschburger & Petermann, 2008, S.69). Dies bedeutet, dass bei der Planung der Therapie insbesondere der Schweregrad der Erkrankung, das Alter der Betroffenen, die Komorbiditäten, die Familiensituation, die Motivation in Bezug auf die Therapie sowie die Bezahlbarkeit der Therapie mit berücksichtigt werden (Hebebrand, Kiess, Zwiauer und Wabitsch, 2005a, S.292f.). Diese Kriterien können dann bei der Auswahl geeigneter Therapiemaßnahmen helfen. Hier sind chirurgische Eingriffe, Pharmakotherapien sowie Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstrainings zu nennen. Da die ersten beiden Methoden im Kindes- und Jugendalter von unerheblicher Bedeutung sind (Warschburger et al. 1999, S.41), sollen sie in dieser Arbeit nicht näher erläutert werden.

Die anderen Interventionen werden unter dem Begriff der „multimodalen Therapie“ zusammengefasst und gelten als feste Bestandteile der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher (Lehrke & Laessle, 2009, S.33). Dabei geht es unter anderem darum, eine stabile und langfristige Gewichtsreduktion zu erreichen. Dies bezieht sich in erster Linie auf die Reduktion der Körperfettmasse. Ist das Längenwachstum der Kinder noch nicht vollständig abgeschlossen, ist es für eine Gewichtsreduktion ausreichend, das Gewicht über den Zeitraum des Längenwachstums konstant zu halten, da es so automatisch zu einer Reduktion des BMI kommt. Mit der Therapie soll zudem eine Verbesserung der körperlichen und psychosozialen Folgebelastungen erzielt werden. Hierfür bedarf es insbesondere einer Modifizierung der vorherrschenden Ess- und Bewegungsgewohnheiten, die in der ganzen Familie stattfinden muss (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44). Die einzelnen Bestandteile der multimodalen Therapie sollen nun im Folgenden kurz dargestellt werden.

5.2.1 Ernährungstherapie

Das vorrangige Ziel der Ernährungstherapie besteht in einer Gewichtsabnahme der Patienten und Patientinnen (Fritsche, 2015, S.498). Dies geschieht im Wesentlichen durch die Weitergabe von Wissen, einer Ernährungsberatung sowie praktischen Übungen hinsichtlich einer Ernährungsumstellung. Die Kalorienzufuhr soll täglich um 30% gesenkt werden, wobei insbesondere der Fettanteil der Nahrung sowie die Anzahl an kalorienreichen Zwischenmahlzeiten gesenkt werden sollen (Wabitsch, 2015, S.484f.). Dies kann zusammen mit der Vermeidung von zuckerhaltigen Getränken und fettreichen Lebensmitteln zu einer Energieeinsparung von ca. 500 bis 800 kcal pro Tag führen (Hauner, 2015, S.509). Die Patienten und Patientinnen sollen zudem individuelle Ernährungsempfehlungen erhalten, die sich an dem jeweiligen Krankheitsbild orientieren und an die persönlichen Bedürfnisse angepasst sind. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei die Aufklärung des Patienten / der Patientin über die Ziele und Prinzipien der Ernährungsumstellung sowie die Weitergabe von praktischen Tipps, wie die Ernährungsumstellung im Alltag gelingen kann (Fritsche, 2015, S.498).

Ein weiterer Bestandteil der Ernährungstherapie sind Diäten. Hier handelt es sich jedoch nicht um sogenannte „Modediäten“ (Fritsche, 2015, S.498), welche eine schnelle Gewichtsreduktion zur Folge haben. Diese Diäten führen meist nur zu einer kurzzeitigen Gewichtsabnahme und gewährleisten keine dauerhafte Gewichtsreduktion (Fritsche, 2015, S.498f.). Für eine nachhaltige Stabilisierung des Gewichts ist es sinnvoll, auf eine langfristige Ernährungsumstellung hinzuarbeiten (Lehrke & Laessle, 2009, S.27f.). Dabei kommt es nicht darauf an,

dass sich der Patient / die Patientin an bestimmte Ernährungsschemata hält, sondern vielmehr, dass er oder sie einen individuellen Ernährungsplan entwickelt, welcher zu seinen/ihren eigenen Voraussetzungen und Umweltressourcen passt (Fritsche, 2015, S.500). Die Ernährungsgewohnheiten adipöser Patienten und Patientinnen sind dabei sehr heterogen und erfordern eine individuelle Beratung der einzelnen Betroffenen (Hauner, 2015, S.509). Es gibt viele unterschiedliche ernährungsmedizinische Konzepte, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist¹⁰. In der Therapie wird das Konzept individuell nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten / der Patientin ausgerichtet (Hauner, 2015, S.506).

Fritsche macht zudem deutlich, dass sich auch der individuelle Lebensstil adipöser Menschen ändern muss, da eine reine Ernährungsumstellung nicht ausreicht, um die Krankheit zu bewältigen (Fritsche, 2015, S.500). Hier spielen unter anderem die Bewegungsgewohnheiten eine Rolle. Darauf soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

5.2.2 Bewegungstherapie

Bei der Bewegungstherapie geht es darum, den Energieverbrauch des Körpers zu steigern und die körperliche Inaktivität zu reduzieren. Sportliche Aktivitäten steigern zudem die Fitness und tragen zu einem körperlichen Wohlbefinden bei. Zudem werden der Aufbau von Muskelgewebe und der Abbau von Fettgewebe gefördert und Ausdauer sowie Kondition trainiert (Warschburger et al. 1999, S.48). Dabei haben sich insbesondere Sportarten wie Schwimmen, Radfahren, Walking, Gymnastik, Aerobic, Volleyball, Tauchen, Bergwandern und Skilanglauf bewährt (Warschburger & Petermann, 2008, S.30). Durch die Ausübung einer Sportart können Erfolgserlebnisse vermittelt werden, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken kann (Lehrke & Laessle, 2009, S.29). Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, leiden adipöse Kinder und Jugendliche besonders beim Sport unter Diskriminierung und Ausgrenzung. Aus diesem Grund verlieren sie häufig die Freude am Sport und an der Bewegung. Daher ist es wichtig, den Kindern diese Freude wieder zu vermitteln (Platen, 2015, S.518).

In den Bewegungseinheiten werden für gewöhnlich Ausdauertrainings mit Kraft- und Muskeltrainingseinheiten kombiniert. Dabei werden sowohl Übungen zur allgemeinen Beweglichkeit als auch zur Steigerung der Koordination mit integriert (Platen, 2015, S.518). Für das jeweilige Alter der Jungen und Mädchen müssen dann Bewegungsprogramme erstellt und ausgewählt werden, welche sowohl die Motivation der Kinder anregen, als auch die unter-

¹⁰ Eine umfassende Darstellung dieser Konzepte würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Für nähere Informationen, siehe Hauner, 2015, S.506ff.

schiedlichen Wünsche und Interessen der Kinder berücksichtigen. Die Programme sollten Freude und Erfolgserlebnisse garantieren und nicht auf die Leistung der einzelnen Kinder ausgerichtet sein (Deimel, 2005, S.69).

Wichtiger als der Besuch eines wöchentlichen Sportprogrammes ist es aber, die alltägliche Bewegung der Kinder zu fördern (Koch, 2005, S.133). Dies kann zum Beispiel in Form von Treppensteigen oder Rad fahren erfolgen. Dabei ist es wichtig, dass sich die Kinder 30–45 Minuten an mindestens drei bis fünf Tagen in der Woche körperlich betätigen (Platen, 2015, S.518). Da es darauf ankommt, regelmäßig und langfristig Sport zu treiben, sollte es das primäre Ziel eines Sportprogramms sein, die Motivation der Kinder zu stärken, sich sportlich zu betätigen (Lehrke & Laessle, 2009, S.29ff.). Aus diese Weise soll das Verhalten der Kinder, über das therapeutische Sportprogramm der Therapie hinaus, in Richtung einer vermehrten, eigeninitiierten Bewegung verändert werden (Koch, 2005, S.138). Koch (2005) ist der Ansicht, dass durch die „dauerhafte Integration selbstinitiiertes Bewegung in den kindlichen Alltag und das Ermöglichen vielfältiger positiv empfundener körperlicher Erfahrungen durch Aktivität und Sport, [...] der genannte Circulus vitiosus langfristig durchbrochen [wird]“ (Koch, 2005, S.133). Er sieht die Förderung der alltagsintegrierten körperlichen Aktivität als unumgänglichen Bestandteil jeder Adipositas therapie (Koch, 2005, S.135). Wenn die Kinder innerhalb der Therapie die Freude an der Bewegung wieder entdecken und in den Alltag transferieren können, ist der erste Schritt in Richtung eines nachhaltigen Therapieprogramms geschafft. Den Kindern müssen Übungen und Aufgaben mitgegeben werden, welche sich auch im familiären Umfeld umsetzen lassen und dazu beitragen, dass die Kinder auch nach der Therapie noch Freude an der Bewegung haben (Koch, 2005, S.144).

5.2.3 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie zielt nicht in erster Linie auf die Reduktion des Gewichtes ab. Vielmehr sollen die Folgeerscheinungen verringert und das reduzierte Gewicht stabilisiert werden (Petermann & Häring, 2003, S.254). Daher steht am Anfang der verhaltenstherapeutischen Begleitung immer eine Psychoedukation des Patienten / der Patientin. Hier wird dem Patienten / der Patientin ein Grundwissen über die Krankheit vermittelt. Dabei geht es in erster Linie um die Kenntnisse des Patienten / der Patientin in Bezug auf die Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren von Adipositas sowie die Zusammenhänge zwischen genetischen Faktoren, Umwelteinflüssen, Ernährung, Bewegung und psychischem Wohlbefinden (Benecke, 2015, S.523).

Im weiteren Verlauf geht es dann um die Festlegung individueller Therapieziele. Dabei muss mit dem Patienten / der Patientin intensiv über die Machbarkeit und Realisierbarkeit dieser Ziele gesprochen werden. Sowohl die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen als auch die Patienten und Patientinnen müssen sich bewusst machen, dass lediglich eine Gewichtsabnahme von 5–10% des Ursprungsgewichts im ersten Jahr realistisch ist (Benecke, 2015, S.523). Eine unrealistische Vorstellung über den tatsächlichen Gewichtsverlust kann zu einer mangelnden Motivation und infolgedessen zu einem Therapieabbruch führen (Mühlig et al. 2014, S.823). Der Therapeut / die Therapeutin muss dem Patienten / der Patientin verdeutlichen, dass es neben dem Ziel der Gewichtsabnahme auch darum geht, das psychosoziale Wohlbefinden zu verbessern (Warschburger & Petermann, 2008, S.81).

Dafür ist es zunächst einmal wichtig, dass der Patient / die Patientin lernt, sich nicht selbst die Schuld an dem eigenen Übergewicht zu geben. Der oben angesprochene Selbstvorwurf lastet stark auf den Betroffenen und trifft sie in allen Bereichen des Lebens (Schule, Beruf, Familie, Freundeskreis). Die therapeutische Herausforderung besteht darin, den Patienten / die Patientin durch dieses Umdenken zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Nur wenn er oder sie lernt, die Gründe für sein Übergewicht als Tatsachen zu akzeptieren, kann die Therapie Erfolg haben (Pudel, 2003, S.213). Anschließend können die Verhaltensweisen des Patienten / der Patientin in Bezug auf Ernährung und Bewegung analysiert werden (Warschburger & Petermann 2008, S.81f.). Hier wird unter anderem mit Selbstbeobachtungen und Verhaltensanalysen der Patienten und Patientinnen gearbeitet. Er oder sie protokolliert täglich seine/ihre Ernährungs- und Bewegungsabläufe (Benecke, 2015, S.524). Bei Kindern erfolgt dies meist in Zusammenarbeit mit den Eltern (Warschburger & Petermann 2008, S.82). Der Patient / die Patientin soll so für das eigene Verhalten sensibilisiert werden. Dies ist auch für die Identifikation sog. dysfunktionaler Gedanken (z. B. „Ich habe nicht abgenommen, also kann ich auch wie früher essen“) sinnvoll. Die Therapie zielt darauf ab, solche Gedanken zu identifizieren und mögliche Lösungsstrategien zu entwickeln, um aus diesem Gedankenmuster auszubrechen (Benecke, 2015, S.524).

Im nächsten Schritt geht es dann darum, gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin alternative Verhaltensweisen zu erarbeiten (Lehrke & Laessle, 2009, S.31). Dabei sollen ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten abgebaut und neue, angemessene Verhaltensweisen aufgebaut werden (Warschburger & Petermann, 2008, S.81). Diese neu identifizierten Bewältigungsstrategien sollen auch langfristig über die Therapie hinaus selbstgesteuert in den

Alltag integriert werden (Lehrke & Laessle, 2009, S.31). Hier ist insbesondere das Einüben von Stressbewältigungsstrategien zur Vermeidung stressbedingter Nahrungsaufnahme von Bedeutung (Pudel, 2003, S.215). Um diese Selbststeuerung zu erreichen, ist es besonders wichtig, die Ressourcen und den Selbstwert der Patienten und Patientinnen zu stärken, um in Problemsituationen besser agieren zu können. Durch Selbstbehauptungstrainings sollen solche Ressourcen aktiviert und die psychische Kompetenz der Kinder gestärkt werden (Pudel, 2003, S.215). Die Aktivierung von Ressourcen und die Stärkung des Selbstwertes ist besonders für kritische Situationen im Alltag von Kindern relevant, wenn es zum Beispiel um Hänseleien geht (Warschburger & Petermann, 2008, S.81).

Zusammenfassend lassen sich folgende Therapieziele festhalten: Die „Verbesserung von Lebensqualität und Selbstwertgefühl, die Förderung eines positiven Körperbildes, die Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, Überwindung sozialer Isolation, [und die] Förderung eines gesunden Lebensstils unabhängig von einer Gewichtsreduktion“ (Mühlig et al. 2014, S.823). Die stabilsten Therapieerfolge lassen sich dabei durch den Ansatz der multimodalen Therapie erzielen, da dieser den multifaktoriellen Ursachen der Adipositas gerecht wird (Lehrke & Laessle, 2009, S.33). Isolierte Therapiebausteine, die nur einzelne Aspekte berücksichtigen, haben sich in der Praxis nicht bewährt und führen zu keinen langfristigen Erfolgen (Reinehr, 2005, S.302). Die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstrainings hat sich besonders bei Kindern bewährt und wird unter den drei Säulen der Adipositas-therapie zusammengefasst (Lehrke & Laessle, 2009, S.33). Um jedoch die gesetzten Ziele zu erreichen, gibt es einige Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, die beachtet werden müssen. Diese sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

5.2.4 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Therapie

Wie bereits erwähnt, ist es bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung, die Eltern in alle Therapieelemente mit einzubeziehen. Dieser Einbezug findet insbesondere bei der Psychoedukation der Kinder statt. Zusätzlich erhalten die Eltern eigene Schulungen, in denen sie alle relevanten Aspekte der Adipositasbehandlung vermittelt bekommen. Die Eltern übernehmen eine Rollenfunktion im Hinblick auf die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Kinder und besitzen die Kontrolle über deren Verhalten (Warschburger & Petermann, 2008 S.69ff.). Es kann belegt werden, dass die Therapie besonders effektiv ist, wenn sich die Verhaltensweisen nicht nur beim Kind, sondern im gesamten familiären Setting ändern (Munsch & Margraf, 2003, S.233). Damit sollten die Eltern neben den Kindern

eine gleichgestellte Therapiegruppe sein und in den Schulungen lernen, motivierend und unterstützend auf die Kinder einzuwirken sowie sich über ihre Modellfunktion bewusst zu werden. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich unter Einbezug der Eltern bessere Therapieerfolge erzielen lassen (Warschburger & Petermann, 2008 S.69ff.).

Westenhöfer (2005) unterstreicht zudem die Bedeutung der Motivation der Betroffenen zur Mitarbeit an der Therapie, denn nur bei ausreichender Motivation der Patienten und Patientinnen können Therapieerfolge erzielt werden (Westenhöfer, 2005, S.261). Bei mangelnder Motivation hinsichtlich einer Verhaltensänderung sollte es das vorrangige Anliegen der Therapie sein, diese Motivation aufzubauen (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44). Dies ist besonders relevant, da die Kinder und Jugendlichen aufgrund nicht erreichter Ziele die Motivation für die weitere Teilnahme an der Therapie verlieren können. Untersuchungen von Mühlig et al. (2014) zeigen, dass in Deutschland die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch der Adipositas-therapie bei 10 bis 25% liegt (Mühlig et al. 2014, S.818). Das Risiko für einen Therapieabbruch ist dabei abhängig vom Grad der Adipositas. Je stärker die Adipositas ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch (Rücker, 2013, S.84).

In den AGA-Leitlinien wird dargestellt, wie wichtig es ist, die Therapie langfristig und in kleinen, realisierbaren Schritten durchzuführen (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44f.). Dies kann nur durch eine Umstellung und Verbesserung der in der Familie herrschenden Ess- und Bewegungsgewohnheiten erreicht werden. Hier sind auch das Erlernen von Problemlösestrategien und eine langfristige Verhaltensänderung von Bedeutung. Es soll eine selbstständige Lebensgestaltung gefördert werden, um so eine Optimierung der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung des Patienten / der Patientin zu erreichen (Wabitsch & Kunze, 2014, S.44f.).

Für die Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher eignen sich insbesondere Gruppensettings, da die Teilnehmer voneinander profitieren, indem sie aus den gemeinsamen Interaktionen lernen und sich gegenseitig motivieren (Reinehr, 2005, S.304f.). Die Kinder und Jugendlichen können sich untereinander austauschen und ihre Erfahrungen mitteilen. Auf diese Weise erhalten sie emotionale Unterstützung der anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Sie merken, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und es anderen Kindern und Jugendlichen genauso geht wie ihnen (Warschburger et al. 1999, S.52).

Die Behandlung von Adipositas sollte ambulant erfolgen, um auf diese Weise eine leichtere Einbindung der Familie sowie eine bessere Übertragbarkeit des Gelernten in den Alltag zu gewährleisten. Stationäre Behandlungen können lediglich eine Teilbehandlung in der ambulanten Therapie darstellen, da nur wenig langfristige Therapieerfolge durch eine stationäre Therapie nachgewiesen werden konnten (Reinehr, 2005, S.304f.).

Abschließend muss jedoch festgehalten werden, dass derzeit existierende Therapiemaßnahmen bei bereits vorhandener Adipositas keine oder nur eine sehr geringe Wirksamkeit aufweisen (Kleiber & Kocalevent, 2010, 43). Insbesondere in Bezug auf die Gewichtsreduktion liegt der Wirkungsgrad der Therapie bei gerade einmal 20%. Bei 80% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen kommt es nach Beendigung der Therapie zu einer erneuten Gewichtszunahme (Hauner, 2015, S.509). Infolgedessen haben viele Kinder und Jugendliche zahlreiche erfolglose Behandlungsversuche hinter sich und verlieren zunehmend an Motivation (Warschburger & Petermann, 2008, 24). Daher ist es wichtig, Mittel und Wege zu finden, um die Therapiemotivation der Kinder und Jugendlichen wieder zu wecken und auf diesem Wege die Ziele der Adipositastherapie erfolgreich umsetzen zu können.

Durch einige Zufallsbeobachtungen und wissenschaftlich fundierte Studien konnte herausgefunden werden, dass die Anwesenheit von Hunden sowie der direkte Kontakt zu ihnen eine besondere heilsame Auswirkung auf die menschliche Physis und Psyche haben kann. Diese positiven Auswirkungen gelten als wissenschaftlich erwiesen (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87). Von daher soll es im Folgenden darum gehen, welchen Beitrag die tiergestützte Therapie in der Behandlung von Adipositas leisten kann. Dafür soll zunächst ein Überblick über das Feld der tiergestützten Therapie gegeben und die Frage geklärt werden, wieso sich insbesondere der Hund für die Arbeit in der Therapie eignet.

6 Tiergestützte Therapie

In diesem Kapitel geht es zunächst um die begriffliche Abgrenzung der tiergestützten Therapie in Bezug auf andere Formen des tiergestützten Arbeitens. Anschließend wird die therapeutische Wirkung von Tieren differenziert dargestellt und erläutert. Da es in dieser Arbeit um die tiergestützte Therapie mit Hunden geht, wird insbesondere auf den Einsatz von Hunden im therapeutischen Kontext eingegangen. Was charakterisiert die Hund-Mensch-Beziehung und welche besonderen Eigenschaften qualifizieren den Hund für therapeutische Aufgaben?

6.1 Begriffsklärungen

Die Entwicklung der tiergestützten Therapie begann 1954 mit einer zufälligen Begegnung des Psychologen Boris Levinson. Levinson entdeckte, dass er einen intensiveren Kontakt zu den Kindern in seiner Therapie aufbauen konnte, wenn sein Hund Jingles während der Therapie anwesend war. In den 60er Jahren veröffentlichte er dann seine ersten Zeitungsartikel zu dem Thema, welchen Einfluss Tiere auf die Therapie haben. Zahlreiche Publikationen folgten, und so langsam etablierten sich unterschiedliche Forschungsrichtungen, in denen tiergestützt gearbeitet wurde (Lederbogen, 2012, S.20f.). Mit der Gründung der Delta-Society im Jahr 1970 (heute bekannt unter dem Namen PetPartners) begann die professionelle Etablierung des Einsatzes von Tieren in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Die Beschäftigung mit dem Thema im anglo-amerikanischen Raum führte dazu, dass tiergestütztes Arbeiten dort sehr viel früher anerkannt wurde, als dies in Deutschland der Fall war. Unter „Pet Therapy“ wurden zunächst alle Versuche verstanden, Haustiere in unterschiedlichen Formen in die Therapie einzubringen. Da in der Therapie auch nicht-klassische Haustiere, wie zum Beispiel Delphine, eingesetzt werden können, wurde der Begriff „Pet“ durch den Begriff „Animal“ abgelöst. Die von der Delta-Society eingeführten Begriffe „Animal-Assisted-Activity“ und „Animal-Assisted-Therapy“ sind auch heute noch gültig (Vernooij & Schneider, 2010, S.29f.).

Animal-Assisted-Activities (AAA) “provide opportunities for motivational, educational and/or recreational benefits to enhance quality of life. While more informal in nature, these activities are delivered by a specially trained professional, paraprofessional and/or volunteer, in partnership with an animal that meets specific criteria for suitability” (Petpartners o.J.).

Animal-Assisted-Therapy (AAT) “is a goal oriented, planned, structured and documented therapeutic intervention directed by health and human service providers as part of their profession. A wide variety of disciplines may incorporate AAT. Possible practitioners could include physicians,

occupational therapists, physical therapists, certified therapeutic recreation specialists, nurses, social workers, speech therapists, or mental health professionals” (Petpartners o.J.).

Demnach handelt es sich bei AAT um eine zielgerichtete Interventionsform mit qualifiziertem Personal, bei welcher das Tier ein integraler Bestandteil eines therapeutisch ausgerichteten Behandlungsprozesses wird (Vernooij & Schneider, 2010, S.31). AAA bezeichnet eher Möglichkeiten der Unterstützung zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen. Es findet weder eine geplante Begegnung zwischen Mensch und Tier statt, noch wird diese Begegnung dokumentiert (Frömming, 2006, S.29).

In Deutschland werden die Begrifflichkeiten nicht offiziell festgelegt und es gibt keine einheitlichen Definitionen. Analog zu den Begriffen der Delta-Society existieren im deutschsprachigen Raum die Begriffe „Tiergestützte Therapie“ und „Tiergestützte Aktivität“. Daneben werden in der Literatur auch immer wieder die Begriffe „Tiergestützte Pädagogik“ und „Tiergestützte Förderung“ genannt. Alle Interventionsformen werden unter dem Begriff „Tiergestützte Interventionen“ (Wohlfahrt & Widder, 2011, S.3) zusammengefasst. Im Folgenden sollen die einzelnen Begriffe kurz erläutert werden.

Unter **„Tiergestützter Aktivität“** werde alle Interventionen verstanden, welche im Wesentlichen der Steigerung der Lebensqualität dienen und erzieherische, rehabilitative und soziale Prozesse zu unterstützen versuchen. Sowohl während der Durchführung der tiergestützten Aktivität als auch als Ziel dieser Intervention steht die Steigerung des Wohlbefindens der Menschen im Vordergrund. Die durchführende Person muss dabei nicht speziell ausgebildet sein. Wichtig ist nur, dass das Tier aufgrund seiner Merkmale für den Einsatz geeignet ist. Die Einsatzmöglichkeiten sind sehr vielfältig, wobei der sog. Tierbesuchsdienst wohl den größten Anteil tiergestützter Aktivitäten ausmacht. Dies sind zum Beispiel ehrenamtliche Besuche in Alten-, Pflege-, Kinder- und Tierheimen oder Krankenhäusern (Vernooij & Schneider, 2010, S.34f.).

„Tiergestützte Förderung“ dient in erster Linie der Unterstützung von Entwicklungsschritten. Sie soll auf der Grundlage eines Förderplans die individuellen Ressourcen der Menschen stärken und ihre Kompetenzen weiterentwickeln. Durchgeführt werden die Interventionen von einem Experten in Zusammenarbeit mit einem speziell für diese Art von Förderung ausgebildeten Tier (Vernooij & Schneider, 2010, S.37f).

Die „**Tiergestützte Pädagogik**“ hat zum Ziel, Lernprozesse zu initiieren, welche sich nach konkret definierten Zielvorgaben richten und die Klienten und Klientinnen in ihrer sozialen und emotionalen Kompetenz stärken. Die Zielgruppe sind dabei insbesondere Kinder mit Defiziten in der sozial-emotionalen Entwicklung. Über einen bestimmten Zeitraum werden von einem pädagogisch ausgebildeten Experten Maßnahmen durchgeführt, welche durch ein speziell ausgebildetes Tier begleitet und unterstützt werden. Bei der Planung und Durchführung der Interventionen sind die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder zu berücksichtigen. Für das Erreichen des gewünschten Lernfortschrittes ist es zudem von Bedeutung, dass die einzelnen Sitzungen in Bezug auf die Zielvorgaben protokolliert werden, um so dem individuellen Förderbedarf der Kinder gerecht zu werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.41f.).

„**‘Tiergestützte Therapie**“ umfasst bewusst geplante, pädagogische, psychologische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene sowie ältere Menschen mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten. Sie beinhaltet auch gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen“ (Wohlfarth & Widder, 2011, S.3). Das übergeordnete Ziel der tiergestützten Therapie ist „die Verhaltens-, Erlebnis- und Konfliktbearbeitung zur Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.44). Der Schwerpunkt liegt dabei auf der gezielten Einwirkung in unterschiedliche Persönlichkeits- und Lebensbereiche. Zudem wird versucht, Erlebnisse und Konflikte zu verarbeiten sowie soziale und emotionale Ängste und Blockaden zu revidieren und zu reduzieren (Vernooij & Schneider, 2010, S.43). Dabei wird von den individuellen Bedürfnissen und Störungen der Klienten und Klientinnen ausgegangen. Die Grundlage hierfür bildet das Beziehungsdreieck Klient-Tier-Therapeut (Wohlfarth & Widder, 2011, S.4). Wichtig ist, dass sich die Maßnahmen an einem spezifisch ausgearbeiteten Therapieplan orientieren, in welchem die persönlichen Belastungen und Eigenschaften der Klienten und Klientinnen berücksichtigt werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.43). Die Therapie wird dann von einem professionell ausgebildeten Therapeuten / einer professionell ausgebildeten Therapeutin in Zusammenarbeit mit einem speziell für das vorhandene Therapiekonzept geschulten Tier durchgeführt (Vernooij & Schneider, 2010, S.44).

Die unterschiedlichen Formen lassen sich nicht strikt voneinander trennen, und es gibt viele Interventionen, welche sich mehreren Definitionen zuordnen lassen. Dabei impliziert das Wort „*tiergestützt*“, dass es sich bei den Interventionsformen nicht um eigenständige Diszip-

linien handelt, sondern vielmehr um eine Ergänzung bestehender Maßnahmen, in welche Tiere integriert werden. Pädagogen/Pädagoginnen und Therapeuten/Therapeutinnen arbeiten so in ihrer Profession unter Einbezug von Tieren. Tiergestütztes Arbeiten ist somit nur ein „Zusatzangebot im Grundberuf“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.34). Tiergestützte Therapie kann daher nicht als eigenständige Therapiemethode, sondern immer nur im Kontext verschiedener Therapiekonzepte betrachtet werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.34).

Diese Begriffsvielfalt sowie die unterschiedlichen Interventionsformen und das Fehlen von Konzepten führen dazu, dass die Wirksamkeit tiergestützter Interventionen noch nicht endgültig nachgewiesen werden konnte. Es gibt zahlreiche Einzelfallstudien und Berichte, doch diese entsprechen meist nicht wissenschaftlichen Anforderungen. Es werden häufig nur kleine Fallzahlen untersucht und es fehlen Kontrollgruppen. Daher kann nicht immer genau gesagt werden, ob die positiven Wirkungen tatsächlich auf die durchgeführten Maßnahmen zurückzuführen sind. Auch muss zwischen einer allgemeinen Wirkung von Tieren in der alltäglichen Mensch-Tier-Beziehung und der positiven Wirkung in einem geplanten Setting unterschieden werden, da eine therapeutische oder pädagogische Beziehung zwischen Mensch und Tier einen anderen Charakter aufweist als eine Alltagsbeziehung (Wohlfarth et al. 2013a, S.5).

Tiergestützte Therapie stellt eine besondere Form der menschlichen Beziehung dar, in welcher der Therapeut / die Therapeutin „mittels eines Tieres die jeweils spezifischen Bedingungen bereitstellt, um für einen oder mehrere Menschen Veränderungen in Richtung einer Verminderung oder Heilung von seelischem oder körperlichem Leiden zu ermöglichen“ (Wohlfarth et al. 2013a, S.6). Diese spezifischen Bedingungen sind dafür verantwortlich, dass aus der Mensch-Tier-Interaktion positive Wirkungen resultieren. Sie werden somit auch als sog. Wirkmechanismen bezeichnet und bilden die Grundlage dafür, dass tiergestützte Therapie überhaupt wirken kann (Wohlfarth et al. 2013a, S.5f.).

Im nächsten Abschnitt soll es nun darum gehen, durch welche Wirkmechanismen sich die Mensch-Tier-Interaktion auszeichnet und wie diese im therapeutischen Kontext genutzt werden, das heißt wie und warum tiergestützte Therapie überhaupt wirkt. Unter Mensch-Tier-Interaktionen sind dabei solche Begegnungen zu verstehen, welche sich auf zielorientierte Methoden stützen und im professionellen Kontext von einem Therapeuten / einer Therapeutin in Zusammenarbeit mit einem professionell ausgebildeten Tier durchgeführt werden.

6.2 Die therapeutische Wirkung eines Tieres

„Die Begegnung mit einem Tier besitzt eine Beziehungsqualität, welche auf unsere Lebensqualität positiv wirkt“ – so beschreibt es Otterstedt (2003a) in ihrem Aufsatz über die heilende Wirkung von Tieren (Otterstedt, 2003a, S.61). Dass Tiere eine positive Wirkung auf den Menschen haben, ist schon seit Jahrtausenden bekannt. Sie werde jedoch erst seit dem 20. Jahrhundert systematisch in die Therapie mit einbezogen (Wohlfarth et al. 2013a, S.5). Die Erklärungsansätze für die heilende Wirkung von Tieren reichen von Vermutungen bis hin zu wissenschaftlich fundierten Untersuchungen (Vernooij & Schneider, 2010, 56). Die am stärksten vertretene Auffassung ist die, dass die Mensch-Tier-Beziehung zur Erklärung der positiven Wirkungen von Tieren herangezogen werden soll (Olbrich, 2003a, S.68).

Zur Erklärung dieser Beziehung gibt es unterschiedliche Ansätze. Die meisten dieser Ansätze beziehen sich jedoch auf die Beziehung zwischen Menschen und Haustieren. Wohlfarth et al. (2013a) weisen jedoch darauf hin, dass sich die Beziehung zwischen dem Menschen und seinem Haustier fundamental von dem Mensch-Tier-Kontakt in einem therapeutischen Setting unterscheidet. Von daher können die Erklärungsansätze nicht ohne weiteres zur Deutung der therapeutischen Wirkung von Tieren genutzt werden (Wohlfarth et al. 2013a, S.5).

Eine alternative Erklärung liefert Otterstedt (2003a). Sie weist darauf hin, dass Tiere durch ihr Wesenhaftes im therapeutischen Kontext eine heilende Wirkung entfalten (Otterstedt, 2003a, S.64f.). Im Gegensatz zu einem leblosen Gegenstand kann der Mensch zu einem Tier eine Beziehung aufbauen, da er mit dem Tier in Kontakt treten kann. Über Berührungen geht er mit ihm in eine Interaktion. Diese wird nach und nach durch andere Kommunikationsarten (z. B. Sprache) erweitert. Über die Kommunikation und den Dialog entwickelt sich zwischen dem Tier und dem Menschen eine Beziehung (Otterstedt, 2003a, S.64f.).

Zudem wurde herausgefunden, dass Tiere allein durch ihre bloße Anwesenheit positive Effekte bedingen können (Vernooij & Schneider, 2010, S.181). Wohlfarth et al. (2013a) gehen daher der Frage nach, welche spezifischen Wirkmechanismen in der Interaktion zwischen Mensch und Tier möglicherweise positive Effekte bedingen können. Diese Wirkmechanismen resultieren aus der Interaktion zwischen Mensch und Tier und können dann als Grundlage für den Aufbau einer Beziehung dienen (Wohlfarth et al. 2013a, S.5ff). Sie sollen im Folgenden näher erläutert werden.

6.2.1 Tiere können das Gefühl von Angst und Stress reduzieren

Eine Therapie kann für ein Kind eine angst- und stressauslösende Situation darstellen. Dabei können sowohl der Therapeut / die Therapeutin als auch unangenehme Gespräche oder Situationen Angst oder Stress beim Kind auslösen. Tiere können sowohl durch ihre Anwesenheit als auch in der Interaktion mit Kindern eine entspannende und beruhigende Wirkung haben (Wohlfarth et al. 2013a, S.9). Die Anwesenheit des Tieres ermöglicht es dem Klienten / der Klientin, erst einmal Kontakt zu dem Tier aufzubauen und sich erst später den angstbesetzten Situationen zuzuwenden. Der Klient / die Klientin erlangt so Kontrolle über die unangenehm empfundene Situation (Wohlfarth, et al. 2013a, S.13). Diese Wirkung wird insbesondere durch den Körperkontakt zum Tier intensiviert. Die meisten Tiere besitzen ein weiches Fell, welches zu Berührungen und zum Streicheln einlädt. Durch das Streicheln spürt das Kind die Körperwärme und den Herzschlag des Tieres und kann sich entspannen (Endenburg, 2003, S.127). Die Möglichkeit des Körperkontaktes bleibt einem Therapeut / einer Therapeutin in den meisten Fällen verwehrt, da eine solche Art der Berührung die professionelle Distanz zu dem Klienten / der Klientin überschreiten würde. Bei einem Tier existiert diese Grenze nicht (Wohlfarth et al. 2013a, S.7ff.).

Vernooij & Schneider (2012) machen dabei deutlich, dass allein die „bloße Präsenz eines Tieres [...] dem Kind dabei helfen [kann], seine natürliche anfängliche Scheu und die Angst vor der neuen, fremden Umgebung und vor dem Therapeuten zu überwinden“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.181). Doch nicht nur die Angst zu Beginn der Therapiesituation wird reduziert. Julius, Beetz, Kotrschal, Turner und Uvnäs-Moberg (2014) weisen darauf hin, dass in Studien ein künstlich geschaffener Angstreiz durch ein Tier ausgeglichen werden konnte und die Patienten und Patientinnen in Anwesenheit eines Tieres weniger Angst und Stress verspürt haben, als die Patienten und Patientinnen der Kontrollgruppe (Julius, Beetz, Kotrschal, Turner und Uvnäs-Moberg, 2014, S.71f). Dieser Stress lässt sich unter anderem mit Hilfe des Blutdrucks messen, da ein steigender Blutdruck zu den typischen Stresssymptomen zählt. So konnte auch eine Studie von Katcher, Lynch und Friedmann nachweisen, dass sich der Blutdruck der Probanden durch die Anwesenheit eines Hundes gesenkt hat und somit das Stressempfinden reduziert wurde (Greiffenhagen, 2012, S.33f.).

Ein Erklärungsansatz für die beruhigende Wirkung lässt sich in den Aufzeichnungen von McCulloch (1983) finden. Er fand heraus, dass der Kontakt mit Tieren als eine Quelle der Freude erlebt wird. Tiere bringen die Kinder zum Lachen und regen zum Spielen an. Studien

belegen, dass Lachen für eine kurzzeitige Entspannung sorgt und dabei Anspannungen und Stress reduzieren kann (Wohlfarth et al. 2013a, S.9). Zudem werden durch den Kontakt mit dem Tier (insbesondere durch Körperkontakt) die Hormone Serotonin und Oxytocin freigesetzt, die bei dem Menschen für Entspannung sorgen und die Stimmungslage heben. Diese Hormone werden insbesondere während der Begegnung mit Hunden ausgeschüttet, was in der Folge Ängste abmildert und das Vertrauen in den Gegenüber steigert (Wohlfarth et al. 2013a, S.9ff.).

6.2.2 Tiere als Brücke zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin

Tiere sind in ihrem Verhalten ehrlich und authentisch. Häufig fällt Menschen die Kontaktaufnahme mit einem Tier leichter als die Kontaktaufnahme mit einem Menschen, da die Tiere dem Menschen vorurteilsfrei und ohne Bedingungen begegnen (Vernooij & Schneider, 2010, S.21). Sie spüren die Gefühle der Menschen und können dementsprechend reagieren (Wohlfarth et al. 2013a, S.15f.). Wohlfarth et al. (2013a) sprechen von einer „empathische[n] Grundfähigkeit“ (Wohlfarth et al. 2013a, S.15). Dadurch können sie offen auf Menschen zugehen und das ihnen entgegengebrachte Verhalten annehmen. Dies führt dazu, dass Tiere meist als geduldige und akzeptierende Freunde erlebt werden.

In der Therapie ist dieser Aspekt besonders von Bedeutung, da die meisten Menschen Angst davor haben, ihre Gefühle und Gedanken zu offenbaren, insbesondere, wenn es sich um Ängste oder negativ besetzte Emotionen handelt. Hier können sie sich dem Tier anvertrauen, ohne dass dieses eine Wertung vornimmt (Wohlfarth et al. 2013a, S.15f.). „In Gegenwart des Tieres kann der Mensch so sein, wie er ist“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.21). Für die Tiere zählen keine Äußerlichkeiten. Sie nehmen den Menschen an, gehen auf ihn zu und erlauben ihm körperliche Nähe (Wohlfarth et al. 2013a, S.15).

Insbesondere bei Kindern spielt dies eine Rolle, da sie so unabhängig von der Wertung einer erwachsenen Person ihre Gefühle zum Ausdruck bringen können (Wohlfarth et al. 2013a, S.15f.). Sie fühlen sich von Tieren angesprochen und treten schnell in Kontakt mit ihnen. Durch die Tiere erleben Kinder während einer Therapiesitzung Gefühle wie Wärme, Zuneigung und Akzeptanz. Diese Gefühle kennzeichnen im Allgemeinen eine positive und feste Beziehung (Wohlfarth et al. 2013a, S.13f.). Das Tier wirkt in der Begegnung als „stiller Psychiater“ (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.45), da es geduldig zuhören kann, ohne das Kind zu unterbrechen (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.45). Die Begegnung mit dem Tier wird von den Kindern als positiv erlebt und das Vertrauensverhältnis, welches zwischen

dem Tier und dem Klienten / der Klientin entsteht, kann sich Schritt für Schritt auf die Beziehung zwischen dem Klienten / der Klientin und dem Therapeuten / der Therapeutin übertragen (Vernooij & Schneider, 2010, S.180). Greiffenhagen (1991) sieht dies als sog. Geheimnis der Therapie: „Über [das] Tier gewinnt der Therapeut das Vertrauen des Kindes und kann so mit der Zeit immer stärkeren Einfluss auf die kindliche Psyche nehmen“ (Greiffenhagen, 1991, S.189; zit. n. Vernooij & Schneider, 2010, S.180). Die Tiere üben so eine „Brückenfunktion“ aus und ermöglichen den Beginn eines erfolgreichen Therapieprozesses (Wohlfarth et al., 2013a, S.13).

Diese Brückenfunktion stützt sich auf unterschiedliche Studienergebnisse. Untersuchungen zeigen, dass Tiere als sog. „Eisbrecher“ (Wohlfarth et al. 2013a, S.13) fungieren, indem sie es dem Menschen erleichtern, soziale Interaktionen einzugehen. So fand man heraus, dass Menschen, die in Begleitung eines Hundes spazieren gingen, mehr positive soziale Begegnungen hatten als solche, die alleine spazieren waren (Wohlfarth et al. 2013a, S.14). Eine ähnliche Wirkung konnte auch Wells (1997) nachweisen: In einer von ihm durchgeführten Studie schätzten die Klienten und Klientinnen ihren Therapeuten in Anwesenheit einer Katze als freundlicher und fürsorglicher ein (Wohlfarth et al. 2013a, S.14). Zahlreiche andere Untersuchungen belegen diese Wirkung¹¹. Dies verdeutlicht die Brückenfunktion von Tieren, welche die Entwicklung einer angstfreien Beziehung zwischen den Klienten / Klientinnen und den Therapeuten / den Therapeutinnen ermöglicht (Wohlfarth et al. 2013a, S.13f.)

Zusätzlich kann das Tier in der Arbeit mit Kindern eine vermittelnde Funktion in der Kommunikation zwischen dem Kind und dem Therapeuten / der Therapeutin einnehmen (Wohlfarth et al. 2013a, S.15f.). Ähnlich wie in einem Rollenspiel kann der Therapeut / die Therapeutin dem Tier Fragen stellen, welche eigentlich für das Kind gedacht sind (Endenburg, 2003, S.127). Zudem kann der Therapeut / die Therapeutin mit Hilfe des Tieres nach den Gefühlszuständen des Kindes fragen („Lassie möchte wissen,...“). Diese Art der Kommunikation wird für das Kind weniger belastend empfunden, als wenn es direkt mit dem Therapeuten / der Therapeutin kommunizieren müsste (Wohlfarth et al. 2013a, S.16).

Der Einsatz eines Mittlers wird in der Therapie schon länger als Methode genutzt. Meist übernimmt hier eine Handpuppe diese Funktion. Im Unterschied zu den Puppen kann das Kind zu einem Tier jedoch eine lebendige und empathische Beziehung aufbauen, welche sich

¹¹ Einen Überblick über die unterschiedlichen Studien geben Wohlfarth et al., 2013a, S.13.

dann, wie oben beschrieben, auf die Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten / der Therapeutin übertragen kann. Dieser Aspekt kann insbesondere im Erst- oder Einführungsgespräch von Bedeutung sein, wenn sich das Kind und der Therapeut / die Therapeutin noch nicht so gut kennen (Endenburg, 2003, S.127).

6.2.3 Das Tier als Spiegel von Gefühlen

In therapeutischen Situationen fühlen Kinder sich häufig unsicher und ängstlich. Tiere geben dem Kind einen Raum, in dem sie sich offen bewegen und ausdrücken können (Endenburg, 2003, S.127). Die mögliche Identifikation mit dem Tier und die daraus resultierenden Projektionen erlauben es dem Therapeuten / der Therapeutin, Rückschlüsse auf die Gefühlswelt des Kindes zu ziehen (Vernooij & Schneider, 2012, S.181). In der Tat kann das Verhalten des Kindes gegenüber dem Tier Einblicke in die Befindlichkeiten und Entwicklung des Kindes geben (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.136). Die Verhaltensweisen des Kindes können widerspiegeln, wie das Kind mit seiner sozialen Realität umgeht. Ist das Kind ängstlich oder aggressiv dem Tier gegenüber? Schließt es schnell Vertrauen? (Endenburg, 2003, S.128). Frick-Tanner & Tanner-Frick (2003) beschreiben diese Interaktion wie folgt:

„Im genauen Beobachten und Verstehen der Interaktionen des Kindes mit dem Tier erhalten wir einen Einblick in prägende Erlebnisse, verborgene Wünsche, Irritationen und Verunsicherungen. Die Reaktionen und das Verhalten des Tieres gegenüber dem Kind können hilfreich in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden“ (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.136).

Diese Einblicke in die Gefühlswelt des Kindes sind möglich, da die Tiere die Gefühle des Kindes aufnehmen und sie dem Kind spiegeln, indem sie die Empfindungen in ihrer eigenen Sprache erwidern (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.136).

Am wirksamsten ist diese Interaktion in der *freien Begegnung* zwischen Mensch und Tier. Hier treffen Mensch und Tier zufällig und unvoreingenommen aufeinander. Je nachdem, wie der Mensch auf das Tier zugeht, wird auch das Tier unterschiedlich reagieren. An den Reaktionen des Tieres auf die Verhaltensweisen des Menschen kann der Therapeut / die Therapeutin Charaktereigenschaften des Menschen ablesen. Sucht er den Kontakt zu dem Tier? Geht er auf das Tier zu? Ist er ängstlich, zurückhaltend oder dominant? Die Begegnung kann so einen Einblick in das Sozialverhalten der Klienten und Klientinnen geben (Frömming, 2006, S.25f.).

„Eine Hinwegtäuschung über den tatsächlichen Gemütszustand ist in diesem freien Feld der Begegnung nur schwer möglich, denn gerade Tiere vermögen hier hinsichtlich der Authentizität des Klienten sehr feinfühlig Stimmungsschwankungen wahrzunehmen“ (Frömming, 2006, S. 26).

Die Gefühle, die hierdurch sichtbar werden, können in der Interaktion mit dem Tier ausgelebt und anschließend mit Hilfe des Therapeuten / der Therapeutin aufgearbeitet und verarbeitet werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.146f.). Auf Grund dieser Verarbeitung der eigenen Gefühle kann bei dem Menschen ein heilender Prozess einsetzen (Otterstedt, 2003a, S.61f.).

6.2.4 Tiere steigern die Therapiemotivation

Tiere können dazu beitragen, die Motivation zur Teilnahme an der Therapie zu erhöhen, da sie mit positiven Merkmalen und Attributen assoziiert sind. Eine klassische Therapiesituation wird für gewöhnlich als negativ und belastend empfunden, weswegen es vorkommen kann, dass die Klienten und Klientinnen nicht zur Sitzung erscheinen. Da Tiere jedoch als etwas Positives wahrgenommen werden, wird das unangenehme Gefühl der Therapiesituation reduziert. Tiere dienen daher als positive Verstärker, welche im Therapiekontext gegenüber den negativen Gefühlen überwiegen. Die Therapiesitzung wird durch die Anwesenheit eines Tieres mit positiven Attributen assoziiert, wodurch die Klienten und Klientinnen nicht mehr versuchen, die Situation zu vermeiden (Wohlfarth et al. 2013a, S.12).

Ganser (2014) weist darauf hin, dass insbesondere Kinder an Tierkontakten interessiert sind und in Anwesenheit eines Tieres deutlich motivierter und freudiger in eine Therapiesitzung gehen (Ganser, 2014, S.17). Auch Greiffenhagen & Buck-Werner (2012) berichten, dass selbst Menschen, die vorher zu keiner Therapie bereit waren, durch die Anwesenheit eines Tieres zur Teilnahme an einer Therapie motiviert werden konnten (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.26). Da eine vorhandene Therapiemotivation als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapiebewältigung und somit für eine Verhaltensänderung gilt (Lehrke & Leassle, 2009, S.42), ist dieser Aspekt von großer Bedeutung.

Wohlfarth et al. (2013a) kommen zu dem Schluss, dass Tiere in unterschiedlichen Phasen des Therapieprozesses wirksam sind. Zu Beginn ist das Tier ein Eisbrecher, was die Beziehung zwischen den Klienten/Klientinnen und den Therapeuten/Therapeutinnen positiv beeinflussen kann, indem das Tier eine angenehme Atmosphäre schafft und den Klienten / der Klientin hilft, sich für den Therapieprozess zu öffnen. Im weiteren Verlauf der Therapie können die Tiere dann zu einer aktiven Teilnahme an der Therapie motivieren. Hier erleben die Klienten und Klientinnen die beruhigende Wirkung der Tiere und es fällt ihnen leichter, offen über Gefühle zu sprechen, da das Tier als eine Art sicherer Hafen wahrgenommen wird (Wohlfarth et al. 2013a, S.20). Diese Verbundenheit trägt dazu bei, dass die Therapie als selbstverständlich und ohne eine bewertende Instanz erlebt wird (Olbrich, 2003b, S. 198).

Abschließend muss jedoch festgehalten werden, dass es noch weiterer empirischer Untersuchungen bedarf, um die Frage der Wirkmechanismen von Tieren in der Therapie hinreichend zu beantworten (Wohlfarth et al. 2013a, S.19). Es muss beachtet werden, dass nicht alle durchgeführten Studien wissenschaftlichen Ansprüchen entsprechen, wodurch es „wissenschaftlich fundierter Interventions-Begleituntersuchungen bedarf, um die [...] Einwirkungseffekte wissenschaftlich zu untermauern“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.142).

Bewiesen ist jedoch, dass die Wirkung einer tiergestützten Therapie maßgeblich von der Wahl eines geeigneten Therapietieres abhängt. Es gibt eine große Auswahl an Tieren, welche in der Therapie eingesetzt werden. Dabei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass sich insbesondere Tiere eignen, die sich aufgrund ihrer Charaktereigenschaften kooperativ gegenüber dem Menschen verhalten und durch die Anwesenheit des Menschen nicht überanstrengt werden. Dies trifft in erster Linie für domestizierte Tiere zu, da sie im Gegensatz zu wildlebenden Tieren an die menschliche Umgebung angepasst sind und sich an die Gemeinschaft und Gegenwart von Menschen gewöhnt haben (Julius et al. 2014, 192). Hier gilt der Hund als das erste Tier, welches vom Menschen domestiziert wurde und auch heute noch als treuer Begleiter des Menschen bekannt ist (Frömming, 2006, S.34f).

Vor diesem Hintergrund befasst sich das nächste Kapitel mit dem Einsatz von Hunden in der Therapie, wobei insbesondere auf die Fragen eingegangen wird, wie die Hund-Mensch-Beziehung historisch verwurzelt ist, welche besonderen Eigenschaften den Hund für den Einsatz in der Therapie qualifizieren und in welchen Bereichen er therapeutisch eingesetzt wird.

6.3 Der Einsatz von Hunden in der Therapie

6.3.1 Historische Verwurzelung der Hund-Mensch-Beziehung

„Die Beziehung zwischen Menschen und Tieren ist wohl so alt wie die Geschichte der Menschheit selbst“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.4). Menschen haben sich immer gemeinsam mit anderen Lebewesen entwickelt (Vernooij & Schneider, 2010, S.4). Dabei sind die Tiere nicht nur instrumentell im Sinne eines Nutztieres eingesetzt worden, sondern waren mit dem Menschen auch auf einer emotionalen und sozialen Basis verbunden (Frömming, 2006, S.7). Dies gilt insbesondere für die Beziehung zwischen dem Hund und dem Menschen. Die Anfänge der Hund-Mensch-Beziehung reichen dabei weit in die Geschichte der Menschheit zurück (Röger-Lakenbrink, 2011, S.12). Schon aus Sagen und mythischen Überlieferungen einiger Urvölker ist bekannt, dass sie den Hund auf unterschiedliche Art und Weise in ihren

Glauben und in ihre Kultur miteinbezogen haben. Galt der Hund früher eher als Nutztier, so wandelte sich diese Vorstellung dahingehend, dass der Hund vermehrt auch als Begleiter und Gefährte des Menschen angesehen wurde (Röger-Lakenbrink, 2011, S.13). Diese Wandlung erfolgte schon zu Zeiten der Jäger- und Sammlerkulturen in der Altsteinzeit, in welcher die Domestikation von Hunden eine immer größere Bedeutung erlang (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2007, S.20).

Damit gilt der Hund als das erste Tier, welches vom Menschen domestiziert wurde, und ist auch heute noch als das älteste Haustier und als treuer Begleiter des Menschen bekannt, welcher eng in die menschlichen Lebensbereiche mit eingebunden ist (Frömming, 2006, S.34f.). Die Gründe für die Domestikation sind bis heute unklar und nicht wissenschaftlich begründet. Eine mögliche Erklärung könnte die Wandlung der Wahrnehmung von Hunden sein. Diese Wahrnehmung hat sich von der Ansicht Hunde seien Wächter, Hirten und Jagdhilfen, hin zu einer Wahrnehmung des Hundes als Freund und Begleiter entwickelt (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2007, S.20). Eine andere Erklärung beruht auf den Ähnlichkeiten im Sozialverhalten sowie dem Bedürfnis nach Gesellschaft, welches Hunde und Menschen gemeinsam haben (Frömming, 2006, S.35). Kotrschal & Ortbauer (2003) sehen diese soziale Veranlagung des Hundes als Grundlage für die besondere Beziehung zwischen dem Menschen und dem Hund (Kotrschal & Ortbauer, 2003, S.269).

Während die Auffassung des Hundes als Freund und Begleiter des Menschen eine lange Tradition hat, kam die Idee von Hunden als Therapiebegleiter erst viel später auf. Erste Aufzeichnungen lassen sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts finden. Allerdings handelte es sich hier um kleine Therapieprojekte, die weder hinreichend dokumentiert noch wissenschaftlich begründet sind. Erst ab den 1960er Jahren wird der zielgerichtete Einsatz von Hunden in der Therapie beschrieben und dokumentiert. Vorreiter waren hier die Länder England, Amerika und Australien, wo sich Psychologen/Psychologinnen, Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen gemeinsam mit der Frage von Hunden als therapeutische Begleiter auseinandersetzen und ihre Erkenntnisse an die Öffentlichkeit brachten. Am bekanntesten sind die Werke und Aufzeichnungen des Kinderpsychologen Boris M. Levinson, welcher eher zufällig die therapeutische Wirkung des Hundes erkannte und diese in Büchern und Aufsätzen festhielt. Sein im Jahr 1969 erschienenes Werk „Pet oriented Child-Psychiatry“ gilt auch heute noch als Wegbereiter für weitere Forschungen (Röger-Lakenbrink, 2011, S.13f.).

Levinson fing an, das Potential von Hunden weiter zu erforschen und stellte zu diesem Zweck weitere Untersuchungen und Nachforschungen an. Dabei konnte er eine positive Auswirkung der Hunde auf den therapeutischen Prozess beobachten und dokumentieren (Röger-Lakenbrink, 2011, S.89). Heute gelten die positiven Auswirkungen von Hunden auf den Therapieprozess als wissenschaftlich belegt (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87). Dabei stellt sich jedoch die Frage, welche Eigenschaften des Hundes dafür verantwortlich sind, um eine solche Wirkung zu entfalten. Auf diesen Aspekt soll im Folgenden näher eingegangen werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Eigenschaften des Hundes, die ihn für die therapeutische Arbeit mit Menschen qualifizieren und warum er besonders dazu geeignet ist, auch mit Kindern therapeutisch zu arbeiten.

6.3.2 Die besonderen Eigenschaften des Hundes

Hunde haben sich im Laufe von über 30.000 Jahren an das gemeinsame Leben mit dem Menschen angepasst (Julius et al. 2014, S.168). Dadurch sind sie in der Lage, eine besonders enge Beziehung zum Menschen aufzubauen und auf eine Art und Weise mit ihm verbunden zu sein, wie es keine andere Tierart vermag (Vernooij & Schneider 2010, S.186). Durch seine frühe Domestikation ist der Hund zu einem Meister der Kommunikation mit dem Menschen geworden. Im Laufe der Jahrtausende entwickelte der Hund immer feinere Sensoren für alle Formen der menschlichen Kommunikation - dies gilt sowohl für gesprochene Worte als auch für die Gestik und Mimik. Mit der Zeit wurden Hunde zu „Menschenkennern“ (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012 S. 46).

Mittlerweile können sie die Menschen verstehen wie kein anderes Tier (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012 S. 46). In der Tat wird die nonverbale Kommunikation zwischen Mensch und Hund als „eine der aktivsten Dialoge zwischen Mensch und Tier überhaupt“ (Otterstedt, 2001, S.138) bezeichnet. Aufgrund der Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Menschen kann der Hund mit ihm eine enge soziale Bindung eingehen (Kirchpfeing, 2012, S.22).

„Diese natürlichen Fähigkeiten des Hundes, die Beziehung zum Menschen als wortloser, emotional zugewandter und authentischer Interaktionspartner zu gestalten ist wohl eine der wichtigsten Voraussetzungen, um Hunde auch zu therapeutischen Begleitern zu befähigen“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.186).

Hunde sind demnach besonders gut dazu geeignet, in eine Therapie mit eingebunden zu werden, da sie die Fähigkeit besitzen, das Verhalten des Menschen zu erkennen und widerzuspiegeln (Vernooij & Schneider, 2010, S.181). Sie können die unterschiedlichen Gefühle des Menschen erkennen und deuten sowie ihr Verhalten auf die jeweiligen Stimmungen des Men-

schen ausrichten. Hunde vermitteln das Gefühl, verstanden und angenommen zu werden, wodurch der Mensch sich bei dem Hund geborgen und aufgehoben fühlt (Vernooij & Schneider, 2010, S.186f.). Hierzu trägt auch bei, dass Hunde dem Menschen ohne Vorurteile entgegen treten. Sie differenzieren in ihrem Verhalten nicht zwischen Menschen mit unterschiedlicher Herkunft oder unterschiedlichem Aussehen (Strunz, 2011, S.188). Schon der Kinderpsychologe Boris Levinson machte dies deutlich: „No human being can offer to a child more general ‘acceptance’ than the faithful dog” (Levinson, 1962, S.61, zit.n. Strunz, 2011, S.188).

Zudem haben Hunde genauso wie Menschen ein natürliches Bedürfnis nach körperlicher Zuwendung, wodurch sie den Wunsch des Menschen nach Nähe unvoreingenommen zulassen können (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87). Wie in Kapitel 6.2 beschrieben, sind der Körperkontakt und das Streicheln eines Tieres zwei wesentliche Elemente, um beim Klienten / bei der Klientin eine angst- und stressmindernde Wirkung zu erzielen. Hunde besitzen in der Regel ein weiches Fell, wodurch insbesondere Kinder zum Streicheln eingeladen werden. Selbst auf Kinder mit Berührungsängsten übt der Hund eine starke Streichelmotivation aus (Vernooij & Schneider, 2010, S.177). Streicheln weckt beim Kind das basale Bedürfnis nach Nähe und Bindung. Dieses Bedürfnis des Kindes nach Zuwendung wird vom Hund beantwortet und es kann sich eine Beziehung zwischen dem Hund und dem Kind entwickeln. Da die Beziehung zu einem Tier in der Regel nicht durch negative Erfahrungen vorbelastet ist, geschieht dies meist in einer relativ kurzen Zeit. Der Prozess des Beziehungsaufbaus wird durch die uneingeschränkte Akzeptanz und das offene Verhalten des Hundes gefördert. Diese Eigenschaften begünstigen den Beziehungsaufbau zwischen dem Kind und dem Therapeuten / der Therapeutin. Letzterer/letztere kann demnach über einen Hund schneller eine intensive Beziehung zum Kind aufbauen (Julius et al. 2014, S.190).

Diesen Beziehungsaufbau konnten auch Schneider und Harley (2006) in einer Studie beobachten, in der sie Studenten und Studentinnen Videos von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zeigten. Diese waren im ersten Video allein und im zweiten Video in Begleitung eines Hundes zu sehen. Anschließend sollten die Studenten/Studentinnen die Vertrauenswürdigkeit der Therapeuten und Therapeutinnen einschätzen. Dabei fiel auf, dass die Studenten/Studentinnen ihre vertraulichen Informationen eher an die Therapeuten/Therapeutinnen weitergeben hätten, die in Begleitung eines Hundes zu sehen waren. Die Vertrauenswürdigkeit der Therapeuten/Therapeutinnen mit Hunden wurde also höher eingeschätzt. Dieser Effekt war besonders bei den Studenten und Studentinnen deutlich zu be-

obachten, die bereits negative Erfahrungen mit Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen gemacht hatten (Julius et al. 2014, S.72f). Auch andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich Menschen durch die Anwesenheit eines Hundes leichter für den Therapieprozess öffnen (Röger-Lakenbrink, 2011, S.88).

Diese Schilderungen verdeutlichen, dass der Hund besonders geeignet ist, um in therapeutischen Settings eingesetzt zu werden. Seine besonderen Eigenschaften tragen dazu bei, dass er das am häufigsten in der Therapie eingesetzte Tier ist (Julius et al. 2014, S.192). Im Folgenden soll daher ein kleiner Einblick in die therapeutischen Arbeitsfelder des Hundes gegeben werden.

6.3.3 Therapeutische Einsatzfelder

Hunde werden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern eingesetzt. Allgemein wird zwischen Therapie-, Service- und Sozialhunden unterschieden (Vernooij & Schneider, 2010, S.187). Diese unterschiedlichen Arbeitsfelder sollen im Folgenden dargestellt werden.

Servicehunde sind professionell dazu ausgebildet, ihren zukünftigen Besitzern und Besitzerinnen bei der Bewältigung ihrer Behinderung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu unterstützen (Vernooij & Schneider, 2010, S.187f.). Sie werden speziell für eine Behinderung oder Beeinträchtigung geschult und sollen dem betroffenen Menschen dabei helfen, ein weitestgehend selbstorganisiertes Leben zu führen, indem der Hund dem Menschen bei der Bewältigung seines Alltags hilft und ihn in unterschiedlichen Lebenslagen unterstützt (Röger-Lakenbrink, 2011, S.24). Zu den Servicehunden zählen insbesondere Blindenführhunde, Signalthunde sowie Behindertenbegleithunde und Epilepsiehunde (Vernooij & Schneider, 2010, S.188ff.). Bei den Blindenführ- und Behindertenbegleithunden erfolgt die Auswahl des Tieres schon im Welpenalter, ebenso wie seine Zuteilung zu seinem Besitzer / zu seiner Besitzerin. So kann sich die Ausbildung des Tieres direkt an den Bedürfnissen des Besitzers / der Besitzerin orientieren (Frömming, 2006, S.36). Im Mittelpunkt steht hier immer der für sein Aufgabengebiet und seinen Besitzer / seine Besitzerin individuell und professionell ausgebildete Hund (Vernooij & Schneider, 2010, S.190f.).

Mit Therapie- und Sozialhunden sind dagegen in erster Linie Hunde gemeint, die gemeinsam mit einem professionell ausgebildeten Menschen eine fachliche Einheit (sog. Hund-Mensch-Team) bilden, in welcher die Profession und Fachkompetenz des Menschen die Grundlage für tiergestützte Interventionen darstellen (Vernooij & Schneider, 2010, S.191).

Als Sozialhunde werden dabei diejenigen Hunde bezeichnet, die in Interventionen im Sinne tiergestützter Pädagogik/Förderung/Aktivität tätig sind (Vernooij & Schneider, 2010, S.194). Sie werden dabei

„zeitweilig für die Begegnung mit Menschen eingesetzt [...], um deren Wohlbefinden zu erhöhen oder bei der Entwicklung bestimmter Kompetenzen als hilfreiches Medium zu fungieren. Sie werden vornehmlich eingesetzt bei alten Menschen, bei unterschiedlich beeinträchtigten Menschen, bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligem und/oder delinquenten [sic] Verhalten“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.192).

Die Hunde sind nicht zwangsläufig therapeutisch ausgebildet und werden zur Unterstützung von Entwicklungsaufgaben, des Wohlbefindens und der Lernfreude eingesetzt. Einsatzfelder sind hier unter anderem: Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser, Schulen, Kindergärten, Hospize und Strafvollzugsanstalten (Vernooij & Schneider, 2010, S.194).

Unter Therapiehunden werden Hunde verstanden, die in begleitender Form eine unterstützende Funktion innerhalb eines Therapieprozesses einnehmen. Die Implementierung von Hunden in das therapeutische Setting erfolgt dabei immer in Anwesenheit eines Therapeuten / einer Therapeutin (Vernooij & Schneider, 2010, S.191ff.). Die therapeutisch ausgebildeten Hunde verbleiben bei ihren professionell ausgebildeten Besitzern und Besitzerinnen und arbeiten mit ihnen, ähnlich wie bei den Sozialhunden, als Team (Röger-Lakenbrink, 2011, S.24f.). Dabei muss beachtet werden, dass „Tiere von sich aus keinen therapeutischen oder pädagogischen Prozess gestalten, sondern sie unterstützen und begleiten die von dem Therapeuten [...] gesteuerten Veränderungsprozesse“ (Wohlfarth et al. 2013a, S. 20).

Der Hund selbst ist also nicht als Therapie zu verstehen, sondern ist immer in ein bestimmtes Setting mit eingebunden. In diesem Sinne kann anstatt von einem Therapiehund auch von einem „Therapiebegleithund“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.192) gesprochen werden. Diese Therapiebegleithunde werden dann vorrangig in Bereichen wie psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern, Ergo-, Logo- und Physiotherapien sowie psychotherapeutischen Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie, systemische Therapie) eingesetzt (Vernooij & Schneider, 2010, S.194).

Nachdem nun die theoretische Grundlegung von Adipositas und tiergestützter Therapie erfolgt ist, soll im Folgenden auf die Beantwortung der Fragestellung eingegangen werden, inwieweit der Hund einen Beitrag zur Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher leisten kann. Dafür wurden im Kapitel 5 die psychosozialen Folgebelastungen der Krankheit und die therapeutischen Bedürfnisse der Kinder dargestellt.

Im letzten Kapitel wurde die Frage beantwortet, wie Tiere im therapeutischen Kontext wirksam werden und warum sich insbesondere der Hund dazu eignet, in therapeutischen Settings eingesetzt zu werden. Die Wirkmechanismen von Tieren, welche in Kapitel 6.2 ausführlich dargestellt wurden, bilden die Grundlage für die positiven Wirkungen von Tieren (Wohlfarth et al. 2013a, S.5f.).

Diese positiven Wirkungen, oder auch Wirkeffekte genannt, sollen im nächsten Kapitel näher erläutert werden. Die Wirkeffekte werden anschließend in Bezug zu den therapeutischen Bedürfnissen und psychosozialen Folgen adipöser Kinder und Jugendlicher gesetzt und dahingehend interpretiert, welchen Beitrag der Hund in der Adipositas-therapie tatsächlich leisten kann. Dabei ist die Implementierung des Hundes in der Therapie an einige Voraussetzungen geknüpft. Daher wird im zweiten Teil des nächsten Kapitels darauf eingegangen, unter welchen Voraussetzungen die tiergestützte Therapie mit Hunden in dem Bereich der Adipositas-therapie möglich ist und wo sie an ihre Grenzen stößt.

7 Tiergestützte Therapie mit Hunden als Ergänzung zur Behandlung von Adipositas

In der Literatur lassen sich unzählige Studien finden, welche sich mit der Wirkung von Tieren und im speziellen auch mit der Wirkung von Hunden auf den Menschen beschäftigen. Dabei gibt es sowohl Studien, die die Wirkung von Haustieren untersuchen, als auch Untersuchungen, die sich ganz speziell mit der Wirkung von Tieren im therapeutischen Kontext beschäftigen. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass bislang kaum Studien über den Einsatz der tiergestützten Therapie im Rahmen der Adipositasbehandlung vorliegen. Von daher werden im Folgenden allgemeine Studienergebnisse der tiergestützten Therapie mit Hunden dargestellt, welche anschließend zu den therapeutischen Bedürfnissen und den psychosozialen Folgen adipöser Kinder und Jugendlicher¹² in Bezug gesetzt werden.

7.1 Der Hund als Co-Therapeut von adipösen Kindern und Jugendlichen

In Kapitel 6.2 wurden die Wirkmechanismen von Tieren dargestellt und erläutert. Sie dienen hier als Grundlage, damit die positiven Wirkungen von Hunden in der Therapie nachvollziehbar dargestellt werden können. Da sich die vorliegende Bachelor-Thesis auf die positiven Wirkungen von Hunden bezieht, soll im Folgenden verdeutlicht werden, dass die in Kapitel 6.2 getroffenen Aussagen auch für den Hund gelten. Die in dem Kapitel dargestellten Wirkmechanismen sind auch in der Interaktion zwischen Mensch und Hund zu beobachten. Dieser Aspekt lässt sich unter anderen damit bestätigen, dass in einem Großteil der durchgeführten Studien Hunde eingesetzt werden, wie bei der Literatursichtung deutlich geworden ist.

Die therapeutische Wirkung des Hundes

Die tiergestützte Therapie mit Hunden hat sich als äußerst „hilfreich, förderlich und geeignet erwiesen“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.186). Dies resultiert nicht zuletzt aus den in Kapitel 6.3 dargestellten Eigenschaften des Hundes. Mit seinem natürlichen Bedürfnis nach körperlicher Zuwendung kann er die Nähe zum Menschen unvoreingenommen zulassen und schafft dadurch eine Vertrauensgrundlage zu seinem Gegenüber (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87). Hunde „unterscheiden nicht nach kultureller und ethnischer Herkunft, besonderen Bedürfnissen, Verhalten oder Aussehen eines Menschen“ (Strunz, 2011, S.188). Auf diesem

¹² Da es aufgrund der Satzstellung in einigen Fällen zu einer Behinderung des Leseflusses kommen würde, sowohl das Kind als auch den Jugendlichen zu nennen, wird teilweise auf die Nennung beider Personengruppen verzichtet. Ist im Folgenden von adipösen Kindern die Rede, kann davon ausgegangen werden, dass sowohl adipöse Kinder als auch adipöse Jugendliche gemeint sind.

Weg vermitteln sie dem Menschen Geborgenheit und das Gefühl, nur um seiner selbst willen angenommen zu werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.186).

„Ganz gleich, ob es sich [...] um überschüssige Energien handelt, Aggressionen, Ängste, Unsicherheit, Frustration, Wut oder auch das Bedürfnis nach Körperkontakt, Berührung, Liebe und Zärtlichkeit – der Hund wird nichts davon be- bzw. abwerten, er erwartet nichts und wird das Kind nicht mit bestehenden Normen vergleichen oder Bedingungen stellen. Er lebt immer im Hier und Jetzt und sichert damit die Nutzung des Augenblicks, der aktuellen Situation. Das Kind kann so sein, wie es sich im Augenblick fühlt, ohne Angst haben zu müssen, dafür zurechtgewiesen oder gar betrafft zu werden und ohne die Notwendigkeit, sich für etwas rechtfertigen zu müssen“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.120).

Dieses Gefühl der bedingungslosen Annahme und Akzeptanz bildet dafür die Grundlage, dass der Hund therapeutisch wirksam werden kann (Strunz, 2011, S.188).

Die Anwesenheit des Hundes *reduziert das Gefühl von Angst und Stress* und macht die Therapiesituation für das Kind erträglicher. Julius et al. (2014) weisen darauf hin, dass beim Kind Oxytocin freigesetzt wird, was zu einem ruhigeren Gemütszustand führt. Der Effekt wird durch Körperkontakt noch intensiviert und weist damit auf die besondere Beziehung zwischen Mensch und Hund hin (Julius et al. 2014, S.81). Kinder werden daher in der Interaktion mit dem Hund ruhiger, insbesondere, wenn sie merken, dass der Hund ihre Nähe vor allem dann sucht, wenn sie sich selbst ruhig verhalten.

Auch kann der Hund eine *Brücke zwischen dem Kind und dem Therapeuten / der Therapeutin* darstellen, da sich das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Kind Schritt für Schritt auf das Verhältnis zwischen dem Therapeuten / der Therapeutin und dem Kind übertragen kann. Der Hund kann den Beginn der Therapie und den ersten Kontakt mit dem Kind einfühlsam gestalten. Im Mittelpunkt steht dann nicht die Krankheit oder das vermeintliche Versagen des Kindes, sondern vielmehr eine positive Erfahrung mit dem Hund. Die Unsicherheit, welche das Kind gegenüber dem Therapeuten / der Therapeutin verspürt, kann dadurch reduziert werden, dass das Kind das einfühlsame Verhalten des Therapeuten / der Therapeutin gegenüber dem Hund beobachtet und dieses dann auf sich selbst überträgt (Ganser, 2014, S.17).

Zudem kann er die *Gefühle des Kindes spiegeln* und so dem Therapeuten / der Therapeutin Aufschluss über die Gefühlswelt des Kindes geben. Die Körpersprache des Hundes kann dem Therapeuten / der Therapeutin dabei helfen, zu verstehen, was im Inneren des Kindes vorhergeht, auch wenn dieses sich nicht verbal dazu äußert (Vernooij & Schneider, 2010, S.139).

In der Tat lassen sich auch Belege dafür finden, dass auch Hunde die *Therapiemotivation* nachhaltig positiv beeinflussen können. Dies hat unterschiedliche Gründe: In den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass Hunde als etwas Angenehmes wahrgenommen werden und mit positiven Attributen besetzt sind. Eine positive Attribution ist dabei Grundlage einer positiven Einstellung und führt in Folge dessen zu einer höheren Motivation (Otterstedt, 2003b, S.233). Geringe Konzentration oder Motivation können unter Umständen dazu führen, dass das Kind die Therapie abbricht oder aufgibt. Der Hund kann in so einer Situation die Möglichkeit einer kurzzeitigen Ablenkung bieten, indem sich einem anderen Gesprächsthema oder einer anderen Beschäftigung zugewandt wird. So kann nach kurzer Zeit die eigentliche Therapie wieder aufgenommen werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.139). Damit lenkt der Hund nicht etwa von der Therapie ab, sondern beeinflusst die Konzentration des Kindes positiv und stärkt damit auch die Motivation des Kindes zur weiteren Teilnahme an der Therapie (Otterstedt, 2001, S.94). Ganser (2014) macht zudem deutlich, dass ein Hund die Therapie für Kinder lebendig gestaltet, wodurch die Motivation der Kinder gesteigert werden kann (Ganser, 2014, S.19). Er ist der Meinung,

„dass die Anwesenheit eines Hundes die Atmosphäre in Richtung Lebendigkeit und Freude verändert. Der Hund hat offensichtlich eine stärker auffordernde, animierende Wirkung als das normalerweise zur Verfügung stehende Spielmaterial. [...] Die [...] Therapie kann für das Kind lebendiger, interessanter und leichter werden, wodurch die Motivation für die [...] Therapie insgesamt verbessert und aufgrund zu großer Angst oder Scham bestehende Widerstände abgemildert werden können“ (Ganser, 2014, S.19).

Schlussfolgerung

Diese Aspekte scheinen in der Arbeit mit adipösen Kindern und Jugendlichen besonders relevant zu sein, wenn man bedenkt, dass viele von ihnen schon zahlreiche Therapieabbrüche hinter sich haben (vgl. Kapitel 5.2). Da eine Therapie in der Regel eher mit negativen Assoziationen verbunden ist, hebt jeder abgebrochene Therapieversuch die Hemmschwelle für den Beginn einer erneuten Therapie und führt dazu, dass eine Therapie zunehmend mit Angst und Scham besetzt wird. Durch die Anwesenheit eines Hundes können die Kinder und Jugendlichen sich leichter für den Therapieprozess öffnen, da sie keine Angst haben müssen, dass der Hund sie bewertet oder gar abwertet. Der Hund kennt die Hintergründe des Kindes oder des Jugendlichen nicht und wird daher nicht auf sein vermeintliches Versagen eingehen, sondern ihm wie jedem anderen Kind oder Jugendlichen vorurteilsfrei gegenüberzutreten.

Durch die Therapieabbrüche kann es sein, dass die Kinder und Jugendlichen dem Therapeuten / der Therapeutin mit Abneigung und Unsicherheit begegnen, da sie aufgrund ihrer negativen Erfahrungen in der Vergangenheit keine Möglichkeit hatten, eine positive Beziehung zum Therapeuten / zur Therapeutin aufzubauen. Der Hund kann bei dem Aufbau einer solchen positiven Beziehung helfen, indem er das Kind so annimmt wie es ist, ohne Ansprüche an eine Beziehung zu stellen. Wie oben beschrieben, kann sich das zwischen dem Hund und dem Kind entstandene Vertrauensverhältnis auf die Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten / der Therapeutin übertragen. Auf diese Weise kann das Kind so sein, wie es sich gerade fühlt, ohne sich für etwas rechtfertigen zu müssen. Dies kann von großer Wichtigkeit sein, da adipöse Kinder und Jugendliche sich im Alltag vermutlich vermehrt dazu verpflichtet fühlen, sich aufgrund ihres Ess- oder Bewegungsverhaltens zu rechtfertigen.

Zudem bewertet der Hund die Kinder nicht nach ihrem Aussehen. Dem Hund ist es egal, ob die Kinder dem „richtigen“ Body-Maß-Index entsprechen. Sie nehmen das Kind so an, wie es ist. Dadurch erfährt das Kind Liebe und Zuneigung, welche es von Freunden, in der Schule oder in der Familie aufgrund seines Gewichtes nicht immer bekommt. Die Hunde machen das Kind nicht für seine Krankheit verantwortlich und begegnen ihm nicht mit dem Vorurteil mangelnder Willensstärke. Sie bezeichnen die Kinder nicht als faul, willensschwach und undiszipliniert (vgl. Kapitel 5.1). Für den Hund zählt nur das Hier und Jetzt, also die Art und Weise, wie das Kind mit dem Hund im therapeutischen Kontext agiert.

In einer Studie konnte herausgefunden werden, dass die Anwesenheit eines Hundes die Motivation adipöser Kinder und Jugendlicher steigert. Diese Studie hat den Titel: *„Ich werde ‚tierisch‘ fit: Tiergestützte Therapie als Baustein eines multimodalen Programms zur Therapie von Übergewicht bei Kindern“* und wurde im Jahr 2013 vom Freiburger Institut für tiergestützte Therapie durchgeführt. Die Ergebnisse weisen tatsächlich auf eine gesteigerte Therapiemotivation der Kinder und Jugendlichen in Anwesenheit eines Hundes hin. Sowohl die Erzählungen der Kinder und Jugendlichen selbst als auch die Einschätzung der Therapeuten und Therapeutinnen machen deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen zufriedener und freudiger an der Therapie teilgenommen haben (Wohlfarth et al. 2013b, S.26ff).

Anhand dieser Ausführungen wird deutlich, dass die Anwesenheit eines Hundes heilsame Impulse setzen kann, welche sich positiv auf das psychische und physische Befinden von Kindern und Jugendlichen auswirken können (Röger-Lakenbrink, 2011, S.87). Wie bereits beschrieben, bilden diese Wirkmechanismen die Grundlage für die positiven Wirkungen von

Hunden im therapeutischen Kontext. Von daher sollen nun die positiven Wirkeffekte, welche aus der Interaktion zwischen dem Hund und dem Kind resultieren, dargestellt und in Beziehung zu den psychosozialen Folgen und therapeutischen Bedürfnissen von adipösen Kindern und Jugendlichen gesetzt werden.

7.1.1 Steigerung motorischer Fähigkeiten und der Motivation zur Bewegung

Neben der allgemeinen Therapiemotivation können Hunde auch die Motivation zur Bewegung steigern. In der Literatur lassen sich zu diesem Thema zahlreiche Studien finden. Diese beschäftigen sich jedoch vorwiegend mit der Frage, ob Hunde im Alltag der Menschen zur Bewegung anregen. In der Tat lassen sich Belege finden, dass der Besitz eines Hundes zur Bewegung anregt und zu einer Gewichtsabnahme führt. In einer Studie wurden 36 übergewichtige und adipöse Menschen mit Hund im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Hund über einen Zeitraum von einem Jahr untersucht. In der Gruppe, in welcher die Teilnehmer und Teilnehmerinnen einen Hund besaßen, konnte ein Gewichtsverlust von 15% beobachtet werden und die körperliche Aktivität war im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höher (Kushner et al. 2006, o.S.). Auch Nestmann (1994) verweist darauf, dass Hunde zur Bewegung an der frischen Luft anregen und dadurch auch die Verdauung der Betroffenen aktivieren, wodurch sich Übergewicht reduzieren lässt (Nestmann, 1994, S.71). Selbstverständlich sind diese Ergebnisse nicht direkt auf die Therapiesituation mit adipösen Kindern und Jugendlichen übertragbar. Sie verdeutlichen aber, dass Hunde dazu in der Lage sind, zu Bewegung anzuregen, was in der Konsequenz auch zu einem Gewichtsverlust führen kann. Dieser Effekt kann in der Therapie genutzt werden.

Neben der Motivation an der Bewegung werden durch den Hund auch sensomotorische Fähigkeiten gefördert. Das Spielen und Bewegen mit dem Hund in der Therapie trainiert das Gleichgewicht, die Koordination, die Muskeln und den Stützapparat des Kindes (Olbrich, 2003b, S.198). Dabei fordert das Spiel mit dem Hund Geschicklichkeit und Schnelligkeit. Das Kind trainiert dadurch seine Motorik und allgemeine körperliche Funktionsabläufe. Während dieses Spiels ist das Kind in seiner eigenen Welt, in der es keine Anforderungen von außen erfüllen muss. Es kann sich ganz auf den Hund einlassen. Erst wenn kein Druck von außen mehr besteht, kann das Kind seine Fähigkeiten frei entfalten (Vernooij & Schneider, 2010, S.120). Das Spiel mit dem Hund wirkt sich insbesondere auf die Körperbeherrschung und Koordinationsfähigkeit des Kindes aus. Es muss einschätzen können, wie viel Kraft es im Umgang mit dem Hund benötigt und wie es sich selbst bewegen muss, um den Hund zum

Mitspielen zu animieren. Darüber hinaus muss es darauf achten, wo sich der Hund gerade befindet und wie sich der Therapieraum zum Spielen mit dem Hund eignet. Dadurch wird die Eigenaktivität des Kindes gefördert. Es muss Entscheidungen treffen, da es selbstständig für das Spiel mit dem Hund verantwortlich ist (Vernooij & Schneider, 2010, S.177).

Die Förderung der sensomotorischen Fähigkeiten führt dazu, dass sich das allgemeine Gesundheitsverhalten der Kinder verbessert. Durch die Bewegung verschiedener Körperteile und die Mobilisierung neuer motorischer Fähigkeiten werden die Muskeln im Körper gestärkt, was zu einer höheren motorischen Leistungsfähigkeit führt und in Folge dessen auch zu einer besseren Gesundheit (Nestmann, 1994, S.71).

Zudem ermöglichen die Bewegungserfahrungen mit dem Hund positive Erfahrungen bezüglich des eigenen Körperbildes und der Körperwahrnehmung. Dabei verbessert sich die Wahrnehmung des eigenen Körpers insbesondere durch Bewegungserfahrungen. Die Kinder nehmen ihre eigenen Körpersignale wahr und lernen so ihren Körper besser kennen (Zimmer, 2011, S.3). Wie am Anfang des Kapitels erläutert, erleben Kinder durch den Hund vielfältige positive Bewegungserfahrungen. Durch die neu gewonnenen Fähigkeiten in Bezug auf die gesteigerte motorische Leistungsfähigkeit wird die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper erhöht. Somit kann der Hund in der Therapie dazu beitragen, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers verbessert wird und der Patient / die Patientin eine positive Einstellung zu seinem eigenen Körper entwickelt.

Schlussfolgerung:

Durch das starke Übergewicht sind die motorischen Fähigkeiten adipöser Kinder und Jugendlicher stark eingeschränkt. Auch leiden sie häufig an einem Mangel an Bewegungsfreude, welcher nicht zuletzt aus den Hänseleien und Demütigungen im Sportunterricht resultiert. In der Bewegungstherapie geht es darum, die motorischen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen zu stärken und ihnen wieder Freude und Motivation an der Bewegung zu vermitteln. Wie oben geschrieben, kann der Hund dazu beitragen, die Motivation der Kinder zur Bewegung zu steigern. Die negativen Assoziationen der Kinder mit Sport und Bewegung können durch einen Hund abgemildert werden. Da der Hund die Kinder nicht bewertet und keinen Druck auf sie ausübt, werden die Bewegungseinheiten als etwas Positives erlebt und die Kinder können ihre Fähigkeiten neu entdecken und entfalten. So können auch Aufgaben bewältigt werden, an denen sie im normalen Sportunterricht nicht teilgenommen hätten.

Durch die Neuaktivierung der kindlichen Bewegungsfreude können mit den Kindern Aufgaben zur Motorik und Ausdauer leichter durchgeführt werden, welche in der Folge zu einer Verbesserung der allgemeinen motorischen Fähigkeiten der Kinder sowie einem erneuten Muskelaufbau führen. Diese beiden Aspekte wirken sich positiv auf das Gewicht und die Gesundheit der Kinder aus. In der Tat zeigen die Ergebnisse der Studie „*Ich werde ‚tierisch‘ fit*“, dass die Integration eines Hundes in die Behandlung adipöser Kinder den BMI der Kinder reduziert. Mehr als 33% der Kinder, die mit einem Hund trainierten, konnten ihren BMI um über 0,5 verringern. Bei der Kontrollgruppe ohne Hund schafften dies nur 7%. Dies resultiert nicht zuletzt aus der gesteigerten Fitness, welche durch den Hund erreicht werden konnte. Zudem erzielten die Kinder mit Hund nach Abschluss des Programms höhere Werte im Bereich Ausdauer und Gleichgewicht (Wohlfarth et al. 2013b, S.13f.). In der Studie wurden dabei Aufgaben wie z. B. Parcours, Brennball oder Treibball gestellt (Wohlfarth et al. 2013b, S.9). In der Therapie können diese Elemente in das Sportprogramm mit einbezogen werden. Die Reduktion des BMIs und die motorische Aktivierung des Körpers führen dann zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Die Möglichkeit, positive Erfahrungen in Bezug auf den eigenen Körper zu machen, ist in der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher von großer Bedeutung. Sie sind in der Regel unzufrieden mit ihrem eigenen Körper und haben eine unrealistische Vorstellung von ihm. Durch die Bewegung mit dem Hund können die Kinder ihren Körper spüren. Sie lernen, ihre Körpersignale differenziert wahrzunehmen und auf diesem Wege eine realistische Wahrnehmung ihres Körpers zu entwickeln. Durch sportliche Erfolgserlebnisse können die Kinder und Jugendlichen lernen, ihren Körper so anzunehmen wie er ist und zufrieden mit sich selbst zu sein.

Bei allen Aspekten der Bewegungsförderung durch den Hund ist jedoch zu bedenken, dass sich die Erfolge intensivieren würden, wenn die adipösen Kinder und Jugendlichen einen Hund als Haustier hätten. Damit würde eine Steigerung der Bewegung im Alltag erreicht werden, was einen größeren Effekt hätte als die bloße Bewegungssteigerung während der Therapieeinheit.

Neben der Förderung der Bewegungsfreude sowie der Steigerung motorischer Fähigkeiten haben Hunde auch eine positive Auswirkung auf das emotionale Wohlbefinden adipöser Kinder und Jugendlicher. Dieser Aspekt soll im Folgenden erläutert werden.

7.1.2 Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden

Das Kind kann in der Interaktion mit dem Hund dessen Verhaltensweisen beobachten. Damit es mit dem Hund in eine Interaktion treten kann, muss es lernen, die Absichten, Bedürfnisse und Gefühle des Hundes richtig zu deuten und auf ihn einzugehen. Dabei sind Hunde in ihrem Verhalten authentisch. Sie verstecken keine Gefühle, sondern verhalten sich so, wie sie sich gerade fühlen (Vernooij & Schneider, 2010, S.126ff.). Das macht es dem Kind einfacher die Gefühle des Hundes zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Gleichzeitig bekommt das Kind durch den Hund eine unmittelbare Rückmeldung auf sein Verhalten. Das Kind erhält so die Möglichkeit, sein eigenes Verhalten zu betrachten und unter Umständen zu modifizieren (Vernooij & Schneider, 2010, S.128). Es macht die Erfahrung, dass ein verändertes Verhalten einen positiven Erfolg haben kann und lernt dadurch, sein eigenes Verhalten adäquat an die jeweilige Situation anzupassen (Vernooij & Schneider, 2010, S.132). Die Interaktion mit dem Hund bietet dem Kind also die Möglichkeit, „seine Gefühle an die Oberfläche kommen zu lassen, [...] sie zu beherrschen oder zu überdenken [...]“ (Vernooij, 2007, S.348; zit.n. Vernooij & Schneider, 2010, S.132).

In der Tat bietet das Tier die Möglichkeit, die angesammelten Gefühle und Emotionen, die im Umgang mit den Mitmenschen als negativ bewertet werden, auszuleben und zu verarbeiten. Sehnsüchte und Wünsche nach Nähe und Zärtlichkeit können im Beisein des Hundes ausgelebt werden. Damit bekommt das Kind durch das Tier emotionale Unterstützung (Vernooij & Schneider, 2010, S.132). Das Tier kann das Gefühl von Einsamkeit reduzieren und bietet so Trost und Schutz gegen das Gefühl, von anderen als minderwertig bezeichnet zu werden (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.50). Vielmehr vermittelt der Hund das Gefühl, gebraucht zu werden und unersetzlich zu sein (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.46).

Zudem trägt er dazu bei, auch Gefühle wie Traurigkeit und Depressionen zu verringern (Otterstedt, 2001, S.37). Studien weisen darauf hin, dass die Anwesenheit eines Hundes stimmungsaufhellend wirkt und zu einer Reduktion der depressiven Stimmungslage führt (Wohlfarth et al. 2013a, S.8). Der Kontakt mit dem Tier im therapeutischen Kontext hat daher eine antidepressive Wirkung und führt dazu, das allgemeine Wohlbefinden in Bezug auf die emotionale Befindlichkeit zu steigern (Otterstedt, 2001, S.37).

Schlussfolgerung:

Durch den Hund lernt das Kind, seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse zu deuten und zu verstehen. Dies ist besonders wichtig, da adipöse Kinder und Jugendliche ihre Gefühle meistens nicht richtig deuten können und im Essen eine Ersatzbefriedigung finden (vgl. Kapitel 4.3). In der Therapie sollen die Kinder für ihr eigenes Verhalten sensibilisiert werden (vgl. Kapitel 5.2). Dies kann durch die Anwesenheit eines Hundes gefördert werden. Die Kinder können ihre Gefühle erkunden und lernen, diese richtig zu deuten. Der Therapeut / die Therapeutin kann dann mit dem Kind gemeinsam nach Lösungen für den Umgang mit den Gefühlen suchen. Damit können die Kinder gestärkt werden, Sicherheit im Umgang mit ihren eigenen Gefühlen zu entwickeln.

Auch bekommt das Kind durch den Hund emotionale Unterstützung und kann Gefühle wie Nähe und Zärtlichkeit ausleben. Dies sind Gefühle, die adipöse Kinder und Jugendliche in der Regel eher mit Essen als mit Körperkontakt und Nähe befriedigen (vgl. Kapitel 5.1). Dadurch, dass der Hund die Nähe zulässt, wird das Gefühl der Einsamkeit reduziert. Die Kinder können erfahren, dass Bedürfnisse wie Nähe und Zuneigung nicht mit Nahrung befriedigt werden müssen. Mit dem Hund kann so eine alternative Verhaltensweise erlernt werden. Hier muss allerdings geschaut werden, inwieweit diese Bedürfnisse im Alltag der Kinder ohne Hund gestillt werden können.

Adipöse Kinder und Jugendliche stehen im Alltag vielen Vorurteilen gegenüber. Von Mitschülern und Mitschülerinnen bekommen sie häufig das Gefühl vermittelt, minderwertig, faul und dumm zu sein. Infolgedessen neigen sie zu Ängstlichkeit und Depressionen (vgl. Kapitel 5.1). Hier kann der Hund helfen, indem er den Kindern Trost bietet und so einen Ausgleich zu den Gefühlen schafft, mit denen die Kinder im Alltag konfrontiert sind. Somit kann der Hund die Gefühle von Traurigkeit und Ängstlichkeit verringern. In der Tat zeigen auch die Ergebnisse der Studie „*Ich werde ‚tierisch‘ fit*“, dass die Anwesenheit eines Hundes in der Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen zu einer Abnahme der ängstlich-depressiven Grundstimmung geführt hat (Wohlfarth et al. 2013b, S.29).

Der Trost, das Gefühl angenommen zu werden und die unbedingte Akzeptanz, die der Hund dem Menschen entgegenbringt, haben zudem Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit der Kinder. Sie fördern das Selbstbewusstsein und schaffen so Selbstvertrauen (Vernooij & Schneider, 2010, S.90). Dieser Aspekt soll im Folgenden näher betrachtet werden.

7.1.3 Auswirkungen auf den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit

Das Selbstkonzept, der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit stellen wichtige Aspekte im Bereich der Gesundheit und Lebensqualität dar (vgl. Kapitel 5.1). Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, dass das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit von Kindern durch die Anwesenheit eines Hundes in der Therapie verbessert werden können. Dieser Zusammenhang soll im Folgenden differenziert dargestellt werden.

Die Erfahrung der bedingungslosen Annahme durch das Tier kann insbesondere für Menschen mit geringem Selbstwertgefühl von großer Bedeutung sein (Vernooij & Schneider, 2010, S.21). Dabei können die konstante Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz, welche einem durch das Tier entgegengebracht werden, zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und einer Verbesserung des Selbstbildes von Kindern führen (Otterstedt, 2003a, S.66). Hier wird bereits eine gelungene Kontaktaufnahme zwischen dem Kind und dem Hund als Bestätigung der eigenen Person empfunden. Selbst wenn das Kind von sich aus erst einmal keinen Kontakt zu dem Tier sucht, wird das Tier auf den Menschen zugehen und versuchen, mit ihm in Kontakt zu treten. Die Überraschung wird dann schnell in ein Gefühl von Stolz und Freude übergehen und sich positiv auf das Selbstwertgefühl von Kindern auswirken (Otterstedt, 2001, S.26).

Ein Kind, das gut mit dem Tier umgeht, wird immer positive Rückmeldungen vonseiten des Tieres bekommen. Dabei muss es sich keine Gedanken darüber machen, ob das Tier die Zuneigung und Wertschätzung nur vortäuscht, denn Tiere sind in ihrem Verhalten immer authentisch (Vernooij & Schneider, 2010, S.135f.).

„Der stolze und strahlende Ausdruck auf dem Gesicht eines [...] Kindes [...] bei einem positiven ‚feedback‘ der Tiere spiegelt in Ansätzen wider, welche Wirkung diese Art der Interaktion unter anderem auf das Wohlbefinden [und] das eigene Selbstkonzept [...] eines Mensch [sic] hat bzw. haben kann“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.25).

Diese Erfahrungen mit dem Hund können dazu beitragen, das Selbstwertgefühl zu stärken und Selbstzweifel oder Minderwertigkeitsgefühle zu reduzieren (Vernooij & Schneider, 2010, S.135f.). In Studien konnte nachgewiesen werden, dass Hunde das Selbstwertgefühl von Kindern steigern. In einer Studie wurde ein Hund für neun Monate in eine Schulklasse integriert. Die Ergebnisse zeigen, dass das Selbstwertgefühl der Kinder signifikant angestiegen ist, insbesondere bei den Kindern, welche zu Beginn ein schwaches Selbstwertgefühl aufwiesen (Endenburg, 2003, S.122). In einer anderen Studie wurde ein tiergestütztes Training mit ei-

nem Hund einmal wöchentlich in das Schulprogramm von drei verschiedenen Schulen integriert. Auch hier wurde durch den Hund eine Steigerung des Selbstwertgefühls und des Selbstwertes der Kinder erreicht (Vernooij & Schneider, 2010, S.172f.). Somit wird durch die Anwesenheit eines Hundes in der Therapie die negative Selbstbewertung der Kinder unterbrochen und sie beginnen, sich selbst positiver zu bewerten. Durch die Bestätigung, welche das Kind durch den Hund erfährt, entwickelt es eine positive Einstellung zu sich selbst.

Diese positive Einstellung hat einen erheblichen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen von Kindern (vgl. Kapitel 5.1). Durch die neu gewonnene, positive Einstellung zu sich selbst kann das Kind anfangen, Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten aufzubauen (Vernooij & Schneider, 2010, S.93). In der Interaktion mit dem Tier können die Kinder verspüren, dass sie über Kompetenzen verfügen, und erfahren, dass eine gezielte Aktion eine entsprechende Reaktion bei dem Tier hervorruft. Dies kann zum Beispiel im Spiel oder in der Kommandoarbeit mit einem Hund trainiert werden. Der Hund reagiert auf das, was er von dem Kind gesagt bekommt. Zeigt das Kind dabei ein ehrliches Interesse an dem Spiel mit dem Hund, wird dieser sich mit Freude an dem Spiel beteiligen. Dadurch macht das Kind die Erfahrung, durch das eigene Handeln eine Reaktion zu bewirken und dafür verantwortlich zu sein, wie sich der Hund ihm gegenüber verhält. Damit der Hund den Aufforderungen des Kindes nachkommt, ist es wichtig, dass das Kind in seinem Verhalten authentisch ist und selbstsicher sowie selbstbestimmt auftritt. Tut es dies, wird es in der Interaktion mit dem Hund Erfolgserlebnisse erfahren (Vernooij & Schneider, 2010, S.125ff.). Diese wirken sich dann positiv auf das Selbstvertrauen des Kindes aus, denn

„die erfolgreiche Durchführung der Kommandos und die Übernahme von Verantwortung vergrößern das Vertrauen in die eigene Fähigkeit und Tüchtigkeit und die Überzeugung in die Wirksamkeit des eigenen Handelns. Freude und Stolz über das Gelingen bestärken das Kind darin, sich selbst realistische Ziele zu setzen und diese dann auch erreichen zu können. Dies fördert ein selbstverstärkendes Attributionsmuster des Kindes, beeinflusst das Selbstkonzept positiv und erhöht schließlich auch die Leistungs- und Lernmotivation“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.129).

Auf diese Weise macht das Kind positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und lernt, seine eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen besser einzuschätzen. Die Arbeit mit dem Hund verlangt innere Selbstsicherheit und führt dazu, dass das Kind seine Stärken erlebt und dadurch Vertrauen zu sich selbst entwickelt (Strunz, 2011, S.193).

Schlussfolgerung:

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, leiden adipöse Kinder und Jugendliche meist unter einem geringen Selbstwertgefühl und haben ein geringes Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. In der Schule erleben sie das distanzierte und abwertende Verhalten ihrer Mitschüler und Mitschülerinnen, was sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirkt. Im Gegensatz zu den Mitschülern und Mitschülerinnen genießt der Hund das Zusammensein mit den Kindern und bringt ihnen Wertschätzung und Bestätigung entgegen. Da sich das Selbstwertgefühl unter anderem aus den Erfahrungen im sozialen Miteinander entwickelt (vgl. Kapitel 5.1), wird das Zusammensein mit dem Hund bei den adipösen Kindern und Jugendlichen eine Steigerung des Selbstwertgefühls bedingen. Sie erfahren, dass der Hund auf sie zukommt, ohne dass sie etwas tun müssen und dass der Hund sie so annimmt, wie sie sind. Die eigene Person wird dadurch mit positiven Attributen besetzt und die Kinder entwickeln eine positive Einstellung zu sich selbst. In der Interaktion mit dem Hund lernen sie

„wohlkoordiniertes und bezogenes Verhalten, sie erfahren, dass sie etwas bewirken können, nicht immer nur diejenigen sind, die mit ihren Problemen hinter den Gleichaltrigen zurückstehen, sondern dass sie mit dem Hund etwas Bedeutsames gestalten, und sie erfahren eine kontinuierliche Rückmeldung und Bestätigung“ (Schwarzkopf & Olbrich, 2003, S.261).

In der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher kann dies z. B. in der Durchführung eines Hindernisparcours geschehen (Wohlfarth et al. 2013b, S.9). Das Kind und der Hund müssen gemeinsam schwierige Aufgaben lösen, wobei das Kind Verantwortung für den Hund übernehmen muss. Es hat die Aufgabe, die richtigen Kommandos zu geben und den Hund in der richtigen Reihenfolge durch den Parcours zu führen. Das Führen des Hundes erfordert Merkfähigkeit, Reaktionsvermögen und Körperbeherrschung. Dabei stärkt ein erfolgreich absolvierter Parcours das Selbstwertgefühl der Kinder und weckt neues Interesse an weiteren Aktivitäten (Otterstedt, 2001, S.92f.). Durch die erfolgreiche Übernahme von Verantwortung wird zudem das Selbstvertrauen der Kinder gestärkt (Vernooij & Schneider, 2010, S.129). Zusätzlich werden adipöse Kinder und Jugendliche bei dem Aufbau und der Durchführung des Parcours in ihren motorischen Fähigkeiten gefördert.

Die neu gewonnenen Gefühle von Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen sowie die positive Einschätzung der eigenen Kompetenz können sich auch auf künftige, unvorhersehbare Situationen übertragen (vgl. Kapitel 5.1). Somit können bei den Kindern und Jugendlichen Gedankenmuster wie „Ich schaffe das nicht“ und „Ich kann das nicht“ durchbrochen und durch neue ersetzt werden. Die Kinder und Jugendlichen haben erfahren, dass sie etwas schaffen können,

wenn sie es wirklich wollen. Diese Überzeugung hilft dann beim Erreichen von Therapiezielen, wie zum Beispiel bei der Umsetzung von neu erarbeiteten Ernährung- und Bewegungsstrategien sowie beim Aufbau von neuen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten.

Der Selbstwert und das Selbstvertrauen sind besonders dann relevant, wenn es um schwierige Problemsituationen im Alltag geht. Dies sind zum Beispiel Hänseleien oder Erfahrungen von Ausgrenzung oder Diskriminierung. Mit einem gesteigerten Selbstwertgefühl können die Kinder und Jugendlichen in solchen Situationen besser agieren, da sie Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickelt haben und sich Konflikten leichter stellen können. Damit trauen sie sich, vermehrt auf andere Kinder zuzugehen und den sozialen Kontakt zu anderen Kindern zu suchen. Auch dieser Aspekt ist besonders für adipöse Kinder und Jugendliche relevant, da sie vermehrt von sozialer Einsamkeit und Isolation berichten (vgl. Kapitel 5.1). Damit stärken Hunde indirekt die sozialen Beziehungen unter Kindern. Dass Hunde dies nicht nur indirekt, sondern auch unmittelbar tun können, soll der nächste Abschnitt verdeutlichen und erläutern.

7.1.4 Auswirkungen auf das Sozialverhalten und auf soziale Interaktionen

„Hunde stiften und stärken Beziehungen unter Kindern“ (Strunz, 2011, S.189). Dies zeigen die Ergebnisse einer Studie, in welcher ein Hund in eine Schulklasse integriert wurde. Nach Abschluss des Projektes ließ sich beobachten, dass die Kinder sich weniger alleine beschäftigt haben und dafür mehr positive Sozialkontakte untereinander gestalten konnten, als dies vor dem Projekt der Fall war. Es konnten neue Kindergruppen gebildet und Freundschaften geschlossen werden (Kotrschal & Ortbauer, 2003, S.271). Auch Röger-Lakenbrink (2011) weist darauf hin, dass sich in Anwesenheit eines Hundes die sozialen Interaktionen verstärken und die Bereitschaft zur Kommunikation untereinander zunimmt, was wiederum soziale Interaktionen fördert (Röger-Lakenbrink, 2011, S.88). Eine Studie von Sams, Fortney und Willebring (2006) bestätigt diese Ergebnisse. In einer Beschäftigungstherapie mit dem Hund konnten die Wissenschaftler feststellen, dass die sozialen Interaktionen und die Bereitschaft zur gemeinsamen Kommunikation im Vergleich zu der Kontrollgruppe ohne Hund signifikant angestiegen sind (Sams, Fortney und Willenbring, 2006, S.272f.). Dabei ist die Fähigkeit zur sozialen Interaktion ein Teil des Sozialverhaltens eines Menschen (Vernooij & Schneider S.113).

„Sozialverhalten (soziales Verhalten) ist im weitesten Sinne eine Sammelbezeichnung für Verhaltensweisen des Menschen im sozialen Feld. In dieser allgemeinen Form dient das Sozialverhalten wesentlich der sozialen Verständigung und der Gestaltung sozialer Situationen und Prozesse“ (Vernooij, 2001, S.403).

Das Sozialverhalten ist also im Wesentlichen durch den Kontakt mit anderen Menschen gekennzeichnet. Um soziale Situationen gestalten zu können und mit Menschen zu interagieren, ist es wichtig, dass ein Mensch die Fähigkeit zum sozialen Anschluss und zur gesellschaftlichen Anpassung besitzt. Diese Fähigkeiten können vom Hund gestärkt werden, indem er zum Beispiel soziale Ängste abbaut, welche den Umgang mit anderen Menschen erschweren oder sogar verhindern. Bei Kindern kann ein Tier dafür sorgen, dass das Kind seine Ängste verliert, denn mit dem Tier kann das Kind ohne Angst in Kontakt treten. Dies kann sich auch auf andere soziale Interaktionen übertragen und somit dazu beitragen, dass die Kinder ihre Ängste in Bezug auf soziale Interaktionen reduzieren können (Vernooij & Schneider, 2010, S.113f.).

„Aufgrund der Erfahrung mit dem Tier, gebraucht, gemocht und akzeptiert zu werden, wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, Erfahrungen und in der Interaktion mit dem Tier Gelerntes auf soziale Situationen mit Menschen übertragen zu können“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.114). Mit dem Hund können Kinder in einem geschützten Rahmen also ihr Sozialverhalten in Bezug auf die soziale Kontaktaufnahme trainieren, um diese dann auf andere soziale Situationen zu übertragen. Auf diese Weise kann neue Kontaktfreude bei den Kindern entstehen und sie können leichter auf andere Menschen zugehen (Vernooij & Schneider, 2010, S.114f.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Sozialverhaltens bei Menschen ist die Selbststeuerung und die Frustrationstoleranz, um auch belastende und unangenehme Situationen aushalten zu können. Bei einer niedrigen Frustrationstoleranz und geringen Selbststeuerung können Affekthandlungen entstehen, welche sich durch einen kurzen, aber intensiven Gefühlsausbruch kennzeichnen und zu einer Störung der Wahrnehmung sowie zu einer verminderten Selbstkontrolle führen können.

Auch hier kann der Hund eine hilfreiche Wirkung haben: Die Selbststeuerung kann im unmittelbaren Kontakt mit dem Tier gefördert werden, indem das Tier eine direkte Reaktion auf die affektive Gefühlshandlung des Kindes gibt. Das Verhalten des Kindes wird von dem Hund gespiegelt, wodurch das Kind lernt, sein Verhalten zu korrigieren. Es lernt, sich emotional zu regulieren und Affekthandlungen zu vermeiden. Zudem lernt das Kind unangenehme Gefühle auszuhalten, da das Tier eine beruhigende Wirkung auf das Kind und die gesamte Situation hat (Vernooij & Schneider, 2010, S.115).

Schlussfolgerung:

Adipöse Kinder und Jugendliche klagen vermehrt über mangelnde Sozialkontakte. Sie haben Angst, auf andere zuzugehen, da ihnen von Mitschülern und Mitschülerinnen meist Ablehnung und Hänseleien entgegengebracht werden (vgl. Kapitel 5.1). Wie oben beschrieben, können Hunde Beziehungen unter Kindern anregen und stärken. Inwieweit der Therapiehund dabei helfen kann, auch die sozialen Beziehungen in der Schule oder zu Hause positiv zu beeinflussen ist noch nicht abschließend geklärt. Da die Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen jedoch meistens in Gruppensettings erfolgt, kann hier ein Hund dazu beitragen, dass sich unter den teilnehmenden Kindern schneller soziale Kontakte entwickeln können. Ängste in Bezug auf soziale Interaktionen mit anderen Kindern können abgebaut werden und die Kinder lernen, auf andere Kinder zuzugehen, ohne Angst, ausgelacht oder abgewertet zu werden. Sie lernen, selbst die Initiative zu ergreifen und soziale Kontakte aufzubauen. Die Hunde können diesen Prozess unterstützen und den Kindern dabei helfen, ihre anfängliche Scheu zu überwinden. In der Studie „*Ich werde ‚tierisch‘ fit*“ konnte bestätigt werden, dass die Anwesenheit eines Hundes innerhalb der Gruppe zu einem positiven sozialen Umgang geführt hat, es weniger Konflikte gab und negative Auseinandersetzungen schnell geklärt werden konnten (Wohlfarth et al. 2013b, S.29). Die positiven Erfahrungen in der Therapiegruppe können dann Anlass dafür sein, auch in der Schule oder zu Hause neue soziale Kontakte zu knüpfen.

In der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher scheint es ebenfalls von großer Bedeutung zu sein, dass Hunde dazu beitragen können, die Selbststeuerung und Frustrationstoleranz der Kinder zu stärken, um Affekthandlungen zu vermeiden. Durch die Stärkung der Selbststeuerung kann erreicht werden, dass die Kinder und Jugendlichen lernen, ihre Bedürfnisse nicht direkt durch Nahrungsaufnahme zu befriedigen. Sie lernen, sich selbst zu kontrollieren und abzuwarten, um anschließend nach alternativen Handlungsstrategien zu suchen. Die Hunde helfen dabei, die Selbstkontrolle der adipösen Kinder und Jugendlichen zu stärken und auch negative Gefühle auszuhalten, um so Affekthandlungen zu vermeiden, welche zu einer unkontrollierten Nahrungsaufnahme führen können.

7.1.5 Zusammenfassung

Die Ausführungen verdeutlichen, dass eine therapeutische Begleitung durch den Hund vielfältige positive Wirkungen haben kann. Vernooij & Schneider (2010) weisen darauf hin, dass die Einwirkbereiche in einem interdependenten Zusammenhang stehen und nicht immer ein-

deutig voneinander getrennt werden können (Vernooij & Schneider, 2010, S.117f.). Die Wechselwirkung wird zum Beispiel daran deutlich, dass das Zusammensein mit einem Hund ein erhöhtes Selbstvertrauen bedingt, welches die Bereitschaft zur sozialen Kontaktaufnahme verbessert. Gleichzeitig stärkt der Hund aber auch von sich aus die sozialen Beziehungen unter Kindern, was wiederum zu einem erhöhten Selbstvertrauen führt.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Hund in nahezu allen Bereichen der multimodalen Adipositastherapie eingesetzt werden kann. In der Bewegungstherapie kann der Hund die Bewegungsfreude der Kinder und Jugendlichen steigern und ihnen bei dem Aufbau oder dem Ausbau motorischer Fähigkeiten helfen. Er kann soziale Beziehungen unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern stärken und so den Kindern und Jugendlichen neue, positive Sozialkontakte ermöglichen. Die adipösen Kinder und Jugendliche erhalten die Möglichkeit, positive Erfahrungen in Bezug auf ihren eigenen Körper zu machen und bekommen durch die Bewegung mit dem Hund Erfolgserlebnisse vermittelt.

Die Ernährungstherapie beinhaltet im Wesentlichen eine Wissensvermittlung in Bezug auf die Krankheit Adipositas, eine Ernährungsberatung sowie praktische Übungen hinsichtlich einer Ernährungsumstellung. Hier kann der Hund nur bedingt und indirekt unterstützen. Während der Beratungseinheiten der Kinder und Jugendlichen kann er ihnen emotionale Unterstützung entgegenbringen. Auf diese Weise kann er den Kindern und Jugendlichen dabei helfen, sich dem Therapieprozess zu öffnen und sich auf die geforderten Aufgaben einzulassen. Er kann sie darin bestärken, Fragen zu stellen und sich mit den in der Therapie angesprochenen Themen auseinander zu setzen. Diese emotionale Unterstützung kann auch in der Verhaltenstherapie von Bedeutung sein. Hier kann der Hund die anfängliche Scheu oder Angst des Kindes abzumildern, um anschließend bei der Umsetzung, der in der Therapie angestrebten Ziele, zu helfen. Die Kinder und Jugendlichen bekommen das Gefühl von Wertschätzung und Nähe vermittelt und können ihre Gefühle in Anwesenheit des Hundes ausleben. Der Therapeut / die Therapeutin bekommt so einen Einblick in die Gefühlswelt des Kindes und kann mit dem Kind diese Gefühle bearbeiten und thematisieren.

Ein Teil der multimodalen Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher besteht zudem darin, die Kinder und Jugendlichen zu bestärken, die neu gewonnen Fähigkeiten in den Alltag zu integrieren. Durch die vielfältigen, positiven Erfahrungen mit dem Hund werden die Kinder und Jugendliche in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt und erlangen neues Selbstvertrauen. Dadurch werden sie darin unterstützt, die in der Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltensthe-

rapie neu erlernten Fähigkeiten in ihren eigenen Alltag zu übertragen. Sie haben die Erfahrung gemacht, selbst etwas zu erreichen, wodurch sie auch unvorhersehbare und schwierige Situationen meistern können.

Zudem führt die Integration eines Hundes in die Therapie zu einer Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere in Bezug auf die Sozialbeziehungen und die Symptomatik (Julius et al. 2014, S.66). Otterstedt (2003b) unterstreicht diesen Aspekt und verdeutlicht, dass die emotionale Unterstützung und die positiven Emotionen in Anwesenheit eines Hundes zu einer Ablenkung vom Schmerz und der Krankheit führen und damit eine Verbesserung der Lebensqualität in allen Lebensbereichen bedingen (Otterstedt, 2003b, S.233f.). Dies hebt die Bedeutung der tiergestützten Therapie im Bereich der Adipositasbehandlung hervor, da adipöse Kinder und Jugendliche über eine Einschränkung der Lebensqualität in allen Bereichen berichten (vgl. Kapitel 5.1).

Die Anwesenheit des Hundes bedeutet demnach in jedem Baustein der Therapie einen Mehrwert für das Kind und den Jugendlichen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die angeführten positiven Wirkungen selbstverständlich keinen Anspruch auf eine allgemeine Gültigkeit haben. Jeder Hund besitzt ein eigenes Wesen und einen eigenen Charakter, wodurch nicht jeder Hund in jede beliebige Therapie integriert werden kann. Die Implementierung eines Hundes in ein bereits bestehendes Therapiekonzept ist somit immer an gewisse Voraussetzungen gebunden, die sowohl den Hund als auch den Therapeuten / die Therapeutin und das Kind betreffen (Vernooij & Schneider, 2010, S.187). Dies soll im nächsten Kapitel näher beschrieben werden, damit deutlich wird, unter welchen Voraussetzungen die Implementierung eines Hundes in der Adipositas therapie möglich ist.

7.2 Voraussetzungen und Grenzen tiergestützter Therapie mit adipösen Kindern und Jugendlichen

Für die allgemeine Implementierung von Hunden in der Therapie gibt es in Deutschland keine rechtlichen Vorschriften oder Gesetze, welche den Einsatz eines Tieres generell verbieten (Schwarzkopf, 2003, S.110f.). Dennoch gibt es einige grundlegenden Voraussetzungen beim Tier, aber auch bei dem Therapeuten / der Therapeutin und dem Kind selbst, die beachtet werden müssen, damit der Hund in die Therapie integriert werden kann. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich das folgende Kapitel mit den Voraussetzungen und Grenzen der tiergestützten Therapie mit Hunden. Dabei reichen die Informationen in der Fachliteratur von all-

gemeinen Rahmenbedingungen bis hin zu rechtlichen Vorschriften. Da eine ausführliche Darstellung all dieser Informationen den Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis überschreiten würde, soll sich im Folgenden auf die allgemeinen Voraussetzungen beim Mensch und Tier sowie auf einige organisatorische Grundlagen beschränkt werden, welche unumgänglich sind, um den Hund in eine Therapie zu integrieren. Dabei stehen diejenigen Voraussetzungen und Grundlagen im Mittelpunkt, welche auch bei der Implementierung von Hunden in die Adipositas therapie gültig sind.

7.2.1 Voraussetzungen beim Hund

Die Grundvoraussetzung für den Einsatz eines Tieres in der Therapie ist die Orientierung des Tieres an seinen Besitzer / seiner Besitzerin. Nur wenn das Tier gelernt hat, seine Aufmerksamkeit auf den Besitzer / die Besitzerin zu richten, kann dieser/ diese jederzeit auf das Verhalten des Tieres Einfluss nehmen und so den therapeutischen Prozess gestalten. Die Grundlage für eine solche Orientierung bildet eine sichere Bindung zwischen dem Tier und dem Therapeuten / der Therapeutin. Diese Bindung entwickelt sich durch gegenseitigen Respekt und Vertrauen, indem das Tier gelernt hat, dass es seinem Besitzer / seiner Besitzerin uneingeschränkt vertrauen kann und dass diese/r in jeder Situation die Kontrolle behält (Vernooij & Schneider, 2010, S.99). Ein Hund wird sich also nur an dem Therapeuten / der Therapeutin orientieren, wenn er „das Vertrauen und die Gewissheit hat, dass dieser stets die Ruhe bewahrt, die tierischen Bedürfnisse versteht und dementsprechend für sein Wohlergehen sorgt“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.99). Dafür ist es wichtig, dass der Besitzer / die Besitzerin sich klar ausdrücken und in der Interaktion mit dem Tier souverän agieren kann. Neben den Eigenschaften des Tieres scheint also auch das Verhalten des Menschen einen Einfluss auf das Gelingen der tiergestützten Therapie zu haben. Die Voraussetzungen beim Therapeuten / bei der Therapeutin werden an späterer Stelle noch einmal aufgegriffen.

Der in der Therapie eingesetzte Hund sollte in seinem Verhalten kontaktfreudig sein und einen ausgeglichenen und belastbaren Charakter besitzen (Otterstedt, 2003b, S.230). Nur wenn er kontaktfreudig auf die adipösen Kinder und Jugendlichen zugeht, werden sie diesen Kontakt als eine Bestätigung empfinden, wodurch sich die positiven Wirkungen des Hundes entfalten können (vgl. Kapitel 7.1).

Die Therapie bedeutet auch für den Hund großen Stress. Er ist ungewohnten Reizen ausgesetzt und bekommt die verschiedenen Emotionen und Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen zu spüren. Es kann zu einer überstürzten Kontaktaufnahme von Seiten der Kinder

kommen, aber auch zu Schmerzzufügung aufgrund motorischer Ungeschicklichkeit (Vernooij & Schneider, 2010, S.192f.). Von daher sollte darauf geachtet werden, dass der Hund eine hohe Toleranz- und Reizschwelle besitzt und nicht übermäßig schreckhaft auf plötzliche Bewegungen reagiert. Er sollte ein menschenbezogenes und freundliches Wesen besitzen, Berührungen und Streicheln einfordern und weder scheu noch ängstlich oder unsicher auftreten (Röger-Lakenbrink, 2011, S.35). Zu beachten ist dabei, dass sich keine spezielle Rasse dafür eignet, als Therapiehund eingesetzt zu werden. Wenn der Hund die oben beschriebenen Charaktermerkmale erfüllt, ist im Grunde jeder Hund für die Arbeit in der Therapie einsetzbar (Röger-Lakenbrink, 2011, S.35).

7.2.2 Voraussetzungen beim Therapeuten / bei der Therapeutin

Wie oben erwähnt, hat das Verhalten des Therapeuten / der Therapeutin einen erheblichen Einfluss auf das Tier und somit auf die therapeutische Situation. Der Hund orientiert sich an dem Verhalten des Therapeuten / der Therapeutin. Zeigt diese/r unangemessene Verhaltensweisen aufgrund von Unruhe, Gereiztheit oder Nervosität, können sich diese Emotionen auf den Hund übertragen und die therapeutische Situation kann negativ beeinflusst werden. Von daher ist es wichtig, dass der Therapeut / die Therapeutin gewisse Führungsqualitäten besitzt und selbstbestimmt, klar und souverän agieren kann (Vernooij & Schneider, 2010, S.99f.).

„Das Verhalten des Tieres ist dabei immer so gut, wie das Verhalten des Besitzers an seiner Seite. Der geübte Tierhalter kennt das Wesen, die körperliche und seelische Belastbarkeit seines Tieres genau. Er weiß sein Tier zu motivieren und [...] auf welche individuelle Art und Weise das Tier besonders gerne in Kontakt mit Menschen tritt“ (Otterstedt, 2001, S.119).

Dafür ist es wichtig, dass der Therapeut / die Therapeutin eine enge Beziehung zu dem Therapiehund besitzt. Nur bei einer guten Beziehung zu seinem Tier kann der Therapeut / die Therapeutin diesem voll und ganz vertrauen und sich darauf verlassen, dass das Tier die Therapie positiv unterstützt. Eine intensive Beziehungsarbeit auch außerhalb der Therapie ist daher unumgänglich, damit der Hund auch Entspannung und Vergnügen mit der Beziehung verbindet und sich dadurch die Beziehungsqualität erhöht (Julius et al. 2014, S.191).

Darüber hinaus muss der Therapeut / die Therapeutin dazu in der Lage sein, die Signale des Hundes zu lesen und mit ihm zu kommunizieren. Nur bei einer funktionierenden Kommunikation kann der Hund konkrete Aufgaben umzusetzen und gemeinsam mit dem Therapeuten / der Therapeutin Lösungen zu erarbeiten. Hier bedarf es einer fachgerechten Ausbildung des Therapeuten / der Therapeutin in dem Bereich der tiergestützten Therapie (Große-Siestrup,

2003, S.116). Der Therapeut / die Therapeutin muss das Geschehen zwischen dem Kind und dem Hund lenken und jederzeit eingreifen können, wenn er oder sie Anzeichen von Stress oder Unwohlsein bemerkt. Nur so kann er/sie sowohl den Bedürfnissen des Kindes als auch denen des Hundes gerecht werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.176).

Zudem ist es wichtig, dass die tiergestützte Therapie immer eine Ergänzung zur ursprünglichen Therapie ist. Von daher muss sich der oder die jeweilige Sport-, Ernährungs- oder Psychotherapeut/in, welche/r in der Adipositas therapie tätig ist, mit den Wirkweisen und Bedingungen der tiergestützten Therapie auseinandersetzen und sich theoretische und praktische Kenntnisse zur Umsetzung der tiergestützten Therapie mit Hunden aneignen. Dies ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die tiergestützte Arbeit (Kirchpfering, 2012, S.29).

7.2.3 Voraussetzungen beim Kind

Auch wenn Tiere, wie in Kapitel 7.1 beschrieben, viele positive Wirkungen auf Kinder haben können, kann dies nicht als selbstverständlich gelten. Hat ein Kind Angst vor Tieren, wird sich kaum eine Beziehung zwischen dem Tier und dem Kind aufbauen können, was jedoch eine Voraussetzung dafür ist, dass die tiergestützte Therapie wirksam werden kann (Vernooij & Schneider, 2010, S.105). Es kann vorkommen, dass das Kind aufgrund von Angst oder mangelnder Affinität zu Tieren nicht auf den Hund reagiert und sich kein Kontakt zwischen dem Kind und dem Tier entwickeln kann. In solchen Fällen ist es immer erforderlich, zunächst die Angst zwischen dem Hund und dem Kind zu thematisieren, um einen positiven Kontakt zwischen dem Hund und dem Kind herzustellen (Vernooij & Schneider, 2010, S.105).

Um durch die Anwesenheit eines Hundes eine positive Wirkung zu erzielen, ist es wichtig, dass „das Tier der Person etwas bieten kann, was sie braucht, was ihr Leben nachweislich bereichert und / oder was für die notwendige Motivation sorgt, an den vorgesehenen Aktivitäten und Behandlungen teilzunehmen“ (Vernooij & Schneider, 2010, S.105). Bei adipösen Kindern und Jugendlichen kann das Tier dem Kind/Jugendlichen viele Erfahrungen bieten, die sein Leben nachweislich bereichern. In der Therapie gilt es dann, dem Kind diese Erfahrungen zu ermöglichen. Dafür ist es wichtig, dass dem Kind der Umgang mit dem Tier verständlich und kindgerecht erklärt wird und auch auf die Einhaltung bestimmter Regeln geachtet wird. So kann eine effektive Interaktion entstehen, welche sich positiv auf das Wohlergehen aller Beteiligten auswirkt (Vernooij & Schneider, 2010, S.176). Wichtig ist auch, dass das Zusammentreffen zwischen dem Hund und dem Kind mit einem positiven Erfolgserlebnis

beendet wird, damit das nächste Zusammentreffen mit Freude erwartet wird und nicht durch eine negative Erfahrung vorbelastet ist (Vernooij & Schneider, 2010, S.91). Zudem sollte berücksichtigt werden, dass Kinder und Jugendliche in der Regel eine Beziehung zu dem Hund aufgebaut haben und es ihnen schwerfällt, diesen am Ende einer Therapieeinheit zu verlassen. Damit die Trennungen am Ende einer Therapieeinheit leichter zu ertragen sind, können den Kindern und Jugendlichen sog. Übergangsobjekte (z. B. kleine Spielfiguren oder Gegenstände aus dem therapeutischen Raum) an die Hand gegeben werden, die ihnen helfen, die Zeit bis zur nächsten Therapieeinheit zu überbrücken (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.138).

„Viele Kinder wünschen sich auch Fotografien [...] [der] Tiere. Diese Bilder erinnern sie an ihre Therapie und stehen symbolisch für den entwicklungsfördernden therapeutischen Prozess. [...] die Abbilder [...] [der] Tiere repräsentieren das eigene Wachsen und Reifen im durchgemachten therapeutischen Prozess“ (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.139).

Dies kann auch bei adipösen Kindern und Jugendlichen eine gute Möglichkeit sein, insbesondere vor dem Hintergrund, dass sie nach der Beendigung der Therapie keinen Kontakt mehr zum Hund haben. Durch die Bilder können sie sich an die Zeit mit dem Hund in der Therapie erinnern und sich bewusst machen, was sie alles gemeinsam erreicht haben. Dadurch kann der Therapieprozess nachhaltig wirken und die positiven Wirkungen bleiben auch über die Zeit der Therapie hinaus bestehen (Frick-Tanner & Tanner-Frick, 2003, S.138f.).

7.2.4 Sonstige Voraussetzungen

Bei dem Einsatz von Tieren in der Therapie besteht im Allgemeinen eine Angst vor Angriffen, Unfällen, dem Einschleppen von Krankheiten oder dem Auslösen von Allergien. Diese Gefahren können jedoch durch die Einhaltung von bestimmten Regeln auf ein Minimum begrenzt werden (Vernooij & Schneider, 2010, S.107).

Angriffe und Unfälle können verhindert werden, indem das Zusammensein zwischen dem Kind und dem Hund nie unbeaufsichtigt gelassen wird, damit jederzeit eingegriffen werden kann, falls das Kind dem Hund Schmerzen zufügt und dieser dadurch die Kontrolle verliert (Vernooij & Schneider, 2010, S.119). Vor diesem Hintergrund sollte in der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher darauf geachtet werden, dass die Kinder nicht impulsiv auf den Hund reagieren und ihm so entweder aus Versehen oder aufgrund von motorischer Ungeschicklichkeit Schmerzen zufügen. Zusätzlich ist es wichtig, dass dem Hund spezielle Ruheräume zur Verfügung stehen, in welchen er sich zwischen den Therapieeinheiten ausruhen und neue Kräfte tanken kann (Otterstedt, 2003b, S.230). Dies ist zum einen wichtig, damit der

Hund einen Ausgleich zu den tiergestützten Einheiten der Therapie hat und sich somit in den Einheiten besser konzentrieren kann (Vernooij & Schneider, 2010, S.102). Zum anderen würde bei einer Vernachlässigung der tierischen Bedürfnisse die Stressregulation des Hundes leiden. Der Stress des Hundes kann sich auch auf das Stressempfinden des Kindes auswirken, wodurch der therapeutische Prozess negativ beeinflusst werden kann (Julius et al. 2014, S.193). In der Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher ist dies unter anderem nach den Bewegungseinheiten mit dem Hund relevant, da dieser dort neben der kognitiven Anstrengung auch körperlichen Belastungen ausgesetzt ist, von denen er sich erholen muss. Hier weisen Wohlfarth et al. (2013b) darauf hin, dass auch große Gruppengrößen für Hunde eine enorme Stressbelastung darstellen. In den Gruppentherapien sollte daher darauf geachtet werden, dass eine Hund-Kind-Relation von maximal fünf bis sechs Kindern pro Hund nicht überschritten wird, damit das Stressempfinden für die Hunde nicht zu hoch wird (Wohlfarth et al. 2013b, S.30).

Auch das Infektionsrisiko kann gering gehalten werden, wenn z. B. bei sehr engem Körperkontakt zwischen dem Tier und dem Kind darauf geachtet wird, dass Küsse vermieden werden und sich nach dem Kontakt die Hände gewaschen werden. Zudem sollte der Raum nach dem Einsatz des Tieres desinfiziert und gereinigt werden (Schwarzkopf, 2003, S.110). Beim gemeinsamen Kochen oder Herstellen von Lebensmitteln in Anwesenheit eines Tieres ist es wichtig, dass die Tiere nicht in Kontakt mit den Lebensmitteln kommen, da sie so Krankheiten auf den Menschen übertragen könnten (Schwarzkopf, 2003, S.107). Dies ist bei der Therapie adipöser Kinder und Jugendliche vor allem dann von Bedeutung, wenn in der Ernährungstherapie gemeinsam gekocht wird, während ein Hund anwesend ist. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass der Hund regelmäßig geimpft und tierärztlich kontrolliert wird (Otterstedt, 2003, S.230). Damit kann das Infektionsrisiko auf ein Minimum begrenzt werden.

Hunde stellen im Allgemeinen ein sehr kleines Gesundheitsrisiko dar, wodurch dieser zu einem idealen therapeutischen Begleiter wird (Otterstedt, 2001, S.132). Die zu erwartende Freude und die positiven Wirkungen von Hunden auf den Menschen übertreffen somit die möglichen Infektionsrisiken und stellen kein Hinderungsgrund für die Implementierung von Hunden in der Therapie dar (Schwarzkopf, 2003, S.115).

7.2.5 Schlussfolgerung

Die Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die positiven Wirkungen von Hunden in der Therapie nur dann erzielt werden können, wenn die Implementierung unter fachlicher Anlei-

tung erfolgt und sich an bestimmten Voraussetzungen orientiert. Tiergestützte Therapie mit Hunden stößt da an ihre Grenzen, wo die körperlichen und psychischen Belastungen für den Hund zu hoch werden. Dies kann zum Beispiel passieren, wenn das Kind sehr bestimmend oder aggressiv auf den Hund zugeht. Zeigt der Hund zu viele Stresssymptome, wie Gähnen, Zittern, Schnappen oder Schwitzen, muss die Therapie von dem Therapeuten / der Therapeutin abgebrochen werden (Kirchpfering, 2012, S.42ff.)

Da von adipösen Kindern und Jugendlichen nicht bekannt ist, dass sie sich sehr aggressiv verhalten, ist nicht davon auszugehen, dass die Therapie aufgrund fehlerhafter oder übergriffiger Verhaltensweisen abgebrochen werden muss. Vielmehr besteht die multimodale Therapie aus unterschiedlichen und komplexen Bausteinen, die beim Hund zu Überforderung oder Stress führen können. Daher müssen die Signale des Hundes von dem Therapeuten / der Therapeutin feinfühlig interpretiert und analysiert werden, um die Risiken, welche die Interaktion mit dem Hund bedeuten kann, möglichst gering zu halten. Es muss

„deutlich darauf hingewiesen werden, dass Hunde an sich keine Wundermittel sind – nur wenn die betroffenen Menschen, ob alt oder jung, einen Bezug zu diesem Tier haben oder entwickeln können, gibt es die Chance auf eine tatsächliche Reaktion. ‚Hunde als Therapie‘ – sozusagen das Mittel zum Zweck – ist eine falsche Vorstellung und wirkt irreführend auf den Laien. Hunde selbst sind keine Therapeuten – sie werden unter fachlicher Anleitung in die Therapie eingebunden“ (Röger-Lakenbrink, 2011, S.88).

Damit sind sie Co-Therapeuten im Therapieprozess adipöser Kinder und Jugendlicher und können gemeinsam mit dem Therapeuten / der Therapeutin versuchen, dem Kind oder Jugendlichen zu helfen. Unter den genannten Voraussetzungen leistet die tiergestützte Therapie mit Hunden einen förderlichen Beitrag in der multimodalen Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher. Durch die Integration von Hunden können die therapeutischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlicher besser erfüllt und die psychosozialen Folgeerscheinungen der Kinder und Jugendlicher reduziert werden. Sind die aufgeführten Voraussetzungen erfüllt, kann der Hund die motorischen Fähigkeiten adipöser Kinder und Jugendlicher verbessern; er kann die Motivation zur Bewegung steigern und den Kindern emotionale Unterstützung entgegenbringen. Das Selbstbild der Kinder und Jugendlicher wird gestärkt und sie können neues Selbstvertrauen entwickeln. Auch konnte gezeigt werden, dass Hunde die Kinder und Jugendlichen in ihrem Sozialverhalten stärken und sie dazu ermutigen, neue, soziale Interaktionen einzugehen. Die Therapie wird unter den thematisierten Bedingungen als etwas Positives erlebt und bietet für die Kinder ein Mehrwert in jedem Baustein der multimodalen Therapie.

8 Schlussbetrachtung

Das Ziel der vorliegenden Bachelor-Arbeit war es, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, inwieweit die tiergestützte Therapie einen Beitrag zur multimodalen Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen leisten kann. Hierfür wurde zunächst ein Überblick über das Krankheitsbild der Adipositas gegeben, indem die Definition der Krankheit, Daten zur Prävalenz sowie Erklärungsmodelle, welche sich mit den Ursachen von Adipositas auseinandersetzen, thematisiert wurden. Im Anschluss wurde dargestellt, mit welchen gesundheitlichen Risiken Adipositas verbunden sein kann, sowohl im Hinblick auf körperliche Belastungen als auch auf psychosoziale Folgeerscheinungen. Letztere reichen von der Stigmatisierung und Diskriminierung in der Gesellschaft bis hin zu persönlichen Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen und sind auch bei Kindern schon ausgeprägt vorhanden. Dadurch geht Adipositas immer mit einer Einschränkung der persönlichen Lebensqualität in allen Bereichen einher und führt in der Folge zu einer Abnahme des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins. Bereits im Kindes- und Jugendalter haben Betroffene ein negatives Selbst- und Körperbild, fühlen sich minderwertig und trauen sich weniger zu. Dies verdeutlicht, dass Adipositas ein gesellschaftlich hoch relevantes Thema ist und wie wichtig es ist, bereits im Kindes- und Jugendalter mit geeigneten Therapiemaßnahmen zu intervenieren.

Aus diesem Grund wurde im Anschluss ein Überblick über den Aufbau und die Ziele der Adipositastherapie gegeben, mit der multimodalen Behandlung, bestehend aus einer Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, im Mittelpunkt. Neben einer Gewichtsreduktion sollen hier insbesondere die psychosozialen Belastungen der Kinder und Jugendlichen reduziert werden. Dafür werden ihnen Strategien an die Hand gegeben, mit denen sie ihren Alltag bewältigen und neue Ernährungs- und Bewegungsmuster entwickeln können, die ihnen auch im Alltag zu einer Reduktion des Gewichts und einer Minderung der körperlichen und psychosozialen Belastungen verhelfen. Problematisch ist dabei allerdings die geringe Wirksamkeit der herkömmlichen Therapiemaßnahmen.

Mit der Implementierung des Hundes in die Adipositastherapie wurde in der vorliegenden Bachelor-Thesis eine ergänzende Behandlungsmaßnahme aufgezeigt, welche die Wirksamkeit der Therapie verbessern kann. Hierfür wurde zunächst ein Überblick über das Feld der tiergestützten Interventionen gegeben und es erfolgte eine begriffliche Abgrenzung der tiergestützten Therapie von anderen tiergestützten Interventionsformen. Im Anschluss wurden die

Wirkmechanismen der tiergestützten Therapie dargestellt, welche die positiven Effekte von Tieren bedingen. Tiere können dabei das Gefühl von Angst und Stress reduzieren, sie bilden eine Brücke zwischen dem Klienten / der Klientin und dem Therapeuten / der Therapeutin, sie spiegeln Gefühle und steigern die Therapiemotivation. Der Fokus dieser Arbeit lag dabei auf der tiergestützten Therapie mit Hunden, da letztere auf eine Art und Weise mit dem Menschen verbunden sind, wie es keine andere Tierart vermag. Zudem ist die Wirksamkeit der tiergestützten Therapie mit Hunden wissenschaftlich begründet und belegt.

Im siebten Kapitel wurde schließlich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet. Hier wurde deutlich, dass Hunde in der Adipositastherapie einen wertvollen Beitrag leisten können. Es wurde aufgezeigt, dass der Hund die Motivation zur Bewegung erhöhen und die motorischen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen verbessern kann. Er hat zudem einen positiven Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden und das Sozialverhalten der Kinder und Jugendlichen. Dabei fördert er soziale Interaktionen unter den Kindern und kann zu positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen beitragen. Hunde bringen „Freude und Trost in unser Leben, [...] Sie mobilisieren und stärken unsere körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Kräfte“ (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2012, S.49). Das letzte Kapitel hebt somit die Einwirkungsmöglichkeiten von Hunden in der Adipositastherapie hervor und beleuchtet dabei auch die Voraussetzungen, unter welchen die tiergestützte Therapie möglich ist.

Dabei wurde insbesondere deutlich, wie wichtig es ist, dass der Hund über einen geeigneten Charakter verfügt und der Therapeut / die Therapeutin eine enge Beziehung zu dem jeweiligen Hund besitzt. Zudem ist es von Bedeutung, dem Hund Ruheräume zur Verfügung zu stellen und bestimmte Regeln im Umgang mit ihm zu beachten, um Überforderung oder Stress zu vermeiden. Es konnte gezeigt werden, dass Hunde keine Wundermittel sind und sie immer als eine Unterstützung in den bereits bestehenden Therapieplan mit einbezogen werden. Auch wurde dargestellt, dass die tiergestützte Therapie keine einfach umzusetzende Methode ist und daher einer genauen Planung aller Akteure bedarf.

Hinsichtlich des Forschungsstandes kann festgehalten werden, dass bezüglich der Adipositas umfassende Literatur existiert, die sich mit ihrem Krankheitsbild, der Verbreitung und den Folgen beschäftigt. Auch zum Thema der tiergestützten Therapie lassen sich zahlreiche wissenschaftliche Bücher und Aufsätze sowie Studien finden, die die Auswirkungen der Mensch-Tier-Interaktion auf den therapeutischen Prozess genau betrachten und erläutern. Diese Studien beziehen sich dabei immer auf die Wirkungen von Hunden in unterschiedlichen Einsatz-

feldern (z. B. Krankenhäuser, Kindergärten, Schulen, etc.). Es besteht jedoch noch Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, welchen Beitrag Hunde speziell in der multimodalen Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher leisten können. Einen Anfang machen Wohlfarth et al. (2013b) mit ihrer Studie zum Thema „*Tiergestützte Therapie als Baustein eines multimodalen Programms zur Therapie von Übergewicht bei Kindern*“. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Implementierung von Hunden in die Adipositas therapie weiterer Untersuchungen bedarf (Wohlfarth et al. 2013b, S.31).

Gegenstand weiterer Untersuchungen könnte sein, inwieweit auch die Motivation der adipösen Kinder und Jugendlichen erhöht werden kann, die sich noch nicht in einer therapeutischen Maßnahme befinden. Zudem stellt sich die Frage, ob sich durch die Integration des Hundes auch die angesprochene Wiedergewinnung des Körpergewichts nach Beendigung der Therapie vermeiden ließe. Des Weiteren ist es von Bedeutung, inwieweit sich die Erfolge der Therapie in den Alltag transferieren lassen, wenn im häuslichen Umfeld der Kinder und Jugendlichen kein Hund anwesend ist, der mit den Kindern die motorischen Übungen durchführt und ihnen emotionale und soziale Zuwendung vermittelt. Zudem könnte untersucht werden, inwieweit die Erfahrungen mit dem Hund in der Therapie ausreichen, um das Gelernte auch im Alltag umzusetzen.

Aus gesellschaftlicher Perspektive stellt sich die Frage, ob die Erkrankung „Adipositas“ wirklich ein Problem des Einzelnen ist oder sich vielmehr durch gesellschaftliche Normen begründet. Hier gilt es zu erörtern, welche Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene erforderlich wären, um den Leidensdruck der Kinder zu verringern (Platen, 2015, S.519). Unter anderem wird die Meinung vertreten, dass adipösen Kindern und Jugendlichen am meisten damit geholfen wäre, auch außerhalb ihres häuslichen Umfelds für mehr Akzeptanz ihres Krankheitsbildes zu sorgen (Schmidt & Steins, 2000, S.258).

Nichtsdestotrotz ist es von enormer Bedeutung, wirksame und nachhaltige Therapiemethoden zu identifizieren, insbesondere vor dem Hintergrund der gravierenden Folgebelastungen und der hohen Abbruchraten der Adipositas therapie. Durch die Integration eines Hundes könnte beides verringert werden. Auch können in der Therapie mit dem Hund Kompetenzen gestärkt und Erfahrungen gesammelt werden, welche ohne Hund nicht möglich gewesen wären. Vor diesem Hintergrund ist die Implementierung des Hundes in die einzelnen Bestandteile der Adipositas therapie nicht nur möglich, sondern aufgrund der dargestellten Problematik der Krankheit Adipositas sogar empfehlenswert.

9 Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2011a): *Definition der Adipositas*. Verfügbar unter: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8> [05.01.2017].

Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2011b): *Prävalenz*. Verfügbar unter: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=40> [05.01.2017].

Benecke, A. (2015): Verhaltenstherapie der Adipositas. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 521–528). Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Böhler, T. (2005): Kriterien für Adipositas als Krankheit. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 234–238). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Braet, C. / Mervielde, I. / Vandereycken, W. (1997): Psychological Aspects of Childhood Obesity: A Controlled Study in a Clinical and Nonclinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (1), S. 59–71. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/d21d/a73aa53b9291aa911bc68173c5b8f8e98036.pdf> [17.05.2017].

Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008): *Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen*. Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut.

Collins, M. (1991): Body Figure Perceptions and preferences among Preadolescent Children. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (2), S. 199–208.

Deimel, H. (2005): „Wenn rennen und sich auf die Waage stellen nicht reichen“ – Psychosomatische Aspekte der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sowie Konsequenzen für den Sportunterricht. In: Bjarnason-Wehrens, B. / Dordel, S. (Hrsg.) (2005): *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Brennpunkte der Sportwissenschaft (Band 29, S. 59–73). Sankt Augustin: Academia Verlag.

Deutsche Adipositas Gesellschaft DAG e.V. (2012a): *Definition*. Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39> [04.01.2017].

Deutsche Adipositas Gesellschaft DAG e.V. (2012b): *Prävalenz*. Verfügbar unter: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=41> [04.01.2017].

Dordel, S. (2005): Zur Körperwahrnehmung von Kindern mit unterschiedlichem Gewichtsstatus. In: Bjarnason-Wehrens, B. / Dordel, S. (Hrsg.) (2005): *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Brennpunkte der Sportwissenschaft (Band 29, S. 74–88). Sankt Augustin: Academia Verlag.

- Dordel, S. / Kleine, W. (2005): Motorische Leistungsfähigkeit und Gesundheit - Gesundheitsverhalten übergewichtiger und adipöser Schulkinder. In: Bjarnason-Wehrens, B. / Dordel, S. (Hrsg.) (2005): *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Brennpunkte der Sportwissenschaft (Band 29, S. 110–132). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Endenburg, N. (2003): Tiere in der Entwicklung und Psychotherapie. Der Einfluss von Tieren auf die Frühentwicklung von Kindern als Voraussetzung für tiergestützte Psychotherapie. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 121–129). Stuttgart: Kosmos.
- Frick-Tanner, E. / Tanner-Frick, R. (2003): Tiere in der Entwicklung und Psychotherapie. Tiergestützte kinder- und jugendpsychotherapeutische Praxis. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 130–139). Stuttgart: Kosmos.
- Fritsche, A. (2015): Modediäten und kommerzielle Programme. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 497–501). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Frömming, H. (2006) : *Die Mensch-Tier-Beziehung. Theorie und Praxis tiergestützter Pädagogik*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Ganser, G. (2014): Der Einsatz eines Therapiehundes in der tiefenpsychologischen Kinderpsychotherapie – Lebendigkeit und Motivation. *Psychotherapeutenjournal [Online-Zeitschrift]*, Nr. 1, S. 17–24. Verfügbar unter: [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/ptj_2014-1.pdf/\\$file/ptj_2014-1.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/ptj_2014-1.pdf/$file/ptj_2014-1.pdf) [09.12.2016].
- Greiffenhagen, S. (1991): *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. München.
- Greiffenhagen, S. / Buck-Werner, O. (2012): *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung* (3. Auflage). Nerdlen: Kynos.
- Große-Siestrup, C. (2003): Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung. Tierschutzgerechte Arbeit mit Tieren. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 115–120). Stuttgart: Kosmos.
- Hauner, H. (2015): Ernährungstherapie der Adipositas. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 503–510). Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.
- Hebebrand, J. / Bös, K. (2005): Umgebungsfaktoren – Körperliche Aktivität. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 50–60). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Hebebrand, J. / Kiess, W. / Zwiauer, K. / Wabitsch, M. (2005a): Grundsätzliche Überlegungen zu Grenzen und Möglichkeiten der Therapie. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 291–296). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Hebebrand, J. / Wermter, A.-K. / Hinney, A. (2005b): Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 27–36). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Hilbert, A. (2015): Soziale und psychosoziale Auswirkungen von Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 419–423). Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Hoffmann, S. / Warschburger, P. (2015): Körperbild bei adipösen Kindern und Jugendlichen. Körperunzufriedenheit und Einschätzung der Körperform im Zusammenhang mit Lebensqualität und Gewichtsreduktion. *Psychotherapeut*, 60 (6), S. 498–504. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-015-0060-5> [16.05.2017].

Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (2003): *WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. Zusammenfassung der Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Weinheim & München. Verfügbar unter: <http://www.bims.com/begemann/data/1070619571.37.pdf> [15.04.2017].

International Obesity Task Force (2004): „EU childhood obesity out of control“. *Extracts from Childhood Obesity Report*, May 2004.

Julius, H. / Beetz, A. / Kotrschal, K. / Turner, D. / Unnäs-Moberg, K. (2014): *Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.

Kersting, M. (2005): Umgebungsfaktoren – Ernährungsgewohnheiten. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 61–72). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Kirchpfening, M. (2012): *Hunde in der sozialen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.

Kleiber, D. / Kocalevent, R. (2010): Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: State of the Art. In: Kleiber, D. / Willich, S. (Hrsg.), *Ernährung im Fokus der Prävention*. Jahrbuch HealthCapital Berlin-Brandenburg (Band 2009/10, S. 43–72). Berlin: Akademie Verlag.

Krause, L. / Ellert, U. / Kroll, L.E. / Lampert, T. (2014): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt*, Nr. 57, S. 445–454. Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reBtAzsyxON1Q/PDF/27nYdA0QWejZo.pdf> [13.04.2017].

Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): *Monatsschr. Kinderheilk.*, 149, S. 807–818.

Kromeyer-Hauschild, K. (2005): Definition, Anthropometrie und deutsche Referenzwerte für BMI. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 3–15). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Koch, B. (2005): Notwendigkeit und Möglichkeiten zu Änderung des Bewegungsverhaltens adipöser Kinder und Jugendlicher. In Bjarnason-Wehrens, B. / Dordel, S. (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Brennpunkte der Sportwissenschaft (Band 29, S. 133–147). Sankt Augustin: Academia Verlag.

Kotrschal, K. / Ortbauer, B. (2003): Tiergestützte Pädagogik. Kurzzeiteinflüsse von Hunden auf das Sozialverhalten von Grundschulern. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 267–272). Stuttgart: Kosmos.

Kurth, B.-M. (o.J.): *Gibt es eine gesundheitliche Benachteiligung von Kindern? Ergebnisse der KIGGS-Studie*. Berlin.

Kurth, B.-M. / 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*, Nr. 5/6, S.736–743. Springer Medizin Verlag. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/20pyWvIPNYV52.pdf> [03.01.2017].

Kurth, B.-M. / Ellert, U. (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. *Deutsches Ärzteblatt [Online-Zeitschrift]*, Nr. 105 (23), S. 406–412. Berlin: Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reCiWOPzE5Ew/PDF/28LR2L0QmV2eo.pdf> [15.04.2017].

Kushner, R. / Blatner, D. / Jewell, D. / Rudloff, K. (2006): The PPET Study: People and Pets Exercising Together. *Obesity – A Research Journal*, Nr. 14 (10), S.1762–1770. Verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.203/full> [11.05.2017].

Lederbogen, S. (2012): *Tiere in der Therapie psychisch kranker Menschen. Ein Überblick über den Einsatz von Tieren in der stationären Psychiatrie*. Hamburg: Diplomica Verlag.

Lehrke, S. / Laessle, R. (2009): *Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basiswissen und Therapie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Levinson, B. (1962): The dog as a “co-therapist”. *Mental Hygiene*, 46, S. 59–65.
- Moens, E. / Braet, C. / Timbremont, B. (2005): Depression und Selbstwertgefühl bei adipösen Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, S. 237–243. Verfügbar unter: <http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1026/0942-5403.14.4.237> [16.05.2017].
- Munsch, S. / Margraf, J. (2003): Prinzipien der Verhaltenstherapie der Adipositas. In: Petermann, F. / Pudel, V. (2003): *Übergewicht und Adipositas* (S. 223–238). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Mühlig, Y. / Wabitsch, M. / Moss, A. / Hebebrand, J. (2014): Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen. Systematische Übersicht und Auswertung von konservativen nichtpharmakologischen Adipositas-Behandlungsprogrammen. *Deutsches Ärzteblatt [Online-Zeitschrift]*, Nr. 111 (48), S. 818–824. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/111/48/m818.pdf> [08.05.2017].
- Nestmann, F. (1994): Tiere helfen heilen. *Wissenschaftliche Zeitschrift der technischen Universität Dresden*, 43 (4), S. 71.
- Olbrich, E. (2003a): Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung. Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 68–76). Stuttgart: Kosmos.
- Olbrich, E. (2003b): Tiere in der Klinik und Therapie. Einführung. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 197–198). Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt, C. (2001): *Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung*. Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt, C. (2003a): Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung. Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie* (S. 58–68). Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt (2003b): Tiere in der Klinik und Therapie. Zum Einsatz von Tieren in Kliniken. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. (S. 227–252). Stuttgart: Kosmos.
- Petermann, F. / Häring, J. (2003): Verhaltenstherapeutische Methoden in der Adipositas-therapie. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg.): *Übergewicht und Adipositas* (S. 239–261). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Petermann, F. / Winkel, S. (2003): Die Sichtweise der Patienten: Selbstkonzept und Körperbild bei Menschen mit Adipositas. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg.): *Übergewicht und Adipositas* (S. 127–152). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Pet Partners (o.J.): *Terminology*. Verfügbar unter: <https://petpartners.org/learn/terminology/> [09.01.2017].

Platen, P. (2015): Behandlung von Adipositas – Sport und körperliche Aktivität. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 511–520). Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Pudel, V. (2003): Multimodale Therapie. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg.): *Übergewicht und Adipositas* (S. 207–219). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Ravens-Sieberer, U. (2005): Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik*. (S. 239–246). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Reinehr, T. (2005): Übersicht über konventionelle Therapiemöglichkeiten. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 301–314). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Röger-Lakenbrink, I. (2011): *Das Therapiehundeteam. Ein praktischer Wegweiser* (5. Auflage). Nerdlen & Daun: Kynos Verlag.

Rücker, P. (2013): *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*. Genehmigte Dissertation, Technische Universität Berlin. Verfügbar unter: https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/4024/1/ruecker_petra.pdf [08.05.2017].

Sams, M. / Fortney, J. / Willebring, S. (2006): Occupational Therapy Incorporating Animals for Children With Autism: A Pilot Investigation. *American Occupational Therapy Association*, 60 (3), S. 268–274. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/63e6/963b2663416c0417f45ff88c996ae454c81d.pdf> [12.05.2017]

Schmidt, C. / Steins, G. (2000): *Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen*. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (Band 49, S. 251–260). Saarbrücken: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schwarzkopf, A. (2003): Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung. Hygiene: Voraussetzung für Therapie mit Tieren. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. (S. 106–115). Stuttgart: Kosmos.

Schwarzkopf, A. / Olbrich, E. (2003). Tiergestützte Pädagogik. Lernen mit Tieren. In: Olbrich, E. / Otterstedt, C. (Hrsg.) (2003): *Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie*. (S. 253–267). Stuttgart: Kosmos.

- Strauss, R. (2000): Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105 (1), S. 1–5. Verfügbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/105/1/e15.full.pdf> [16.05.2017].
- Strunz, I. (2011): *Pädagogik mit Tieren. Praxisfelder der tiergestützten Pädagogik*. Baldmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Tausch, R. / Tausch, A. (1998): *Erziehungs-Psychologie: Begegnung von Person zu Person* (11. Auflage). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Vernooij, M. (2001): Sozialverhalten. In: Kaller, P. (Hrsg.): *Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht* (S.403). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Vernooij, M. (2007): *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Allgemeine Grundlagen der Theorie und Praxis einer Pädagogik im Kontext von Beeinträchtigungen*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Vernooij, M. / Scheider, S. (2010): *Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder* (2. Auflage). Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Von Kries, R. (2005): Epidemiologie. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 16–26). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wabitsch, M. (2005): Somatische und laborchemische Diagnostik. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 249–258). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wabitsch, M. / Kunze, D. (federführend für die AGA) (2014): *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Version 21.11.2014. Verfügbar unter: http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf [15.06.2017].
- Wabitsch, M (2015): Behandlung der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 481–486) (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Warschburger, P. / Petermann, F. / Fromme, C. / Wojtalla, N. (1999): *Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Materialien für die klinische Praxis*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Warschburger, P. / Petermann, F. (2008): *Adipositas*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Warschburger (2015): Psychosoziale Faktoren der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz. In: Herpertz, S. / de Zwaan, M. / Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (2. Auflage, S. 395–401). Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.

Westenhöfer, J. (2005): Psychosoziale und Verhaltensdiagnostik. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 259–264). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

Wirth, A. (2003): Adipositas-assoziierte Krankheiten. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg.): *Übergewicht und Adipositas* (S. 105–126). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Wohlfarth, R. / Widder, H. (2011): *Working Paper Zur Diskussion: Tiergestützte Therapie – Eine Definition*. Verfügbar unter:

http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Erl%C3%A4uterung_Definition.pdf [11.01.2017].

Wohlfarth, R. / Mutschler, B. / Bitzer, E. (2013a): *Wirkmechanismen tiergestützter Therapie*. Forschungsbericht 4/2013 des Freiburger Instituts für tiergestützte Therapie. Verfügbar unter:

http://www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_4_Wirkmechanismend_Tgt.pdf [30.11.2016].

Wohlfarth, R. / Mutschler, B. / Bitzer, E. / Kreuser, F. / Korsten-Reck, U. (2013b): *Ich werde „tierisch“ fit: Tiergestützte Therapie als Baustein eines multimodalen Programms zur Therapie von Übergewicht bei Kindern*. Forschungsbericht 5/2013 des Freiburger Instituts für tiergestützte Therapie. Verfügbar unter:

http://www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_5_Ich_werde_tierisch_fit.pdf [09.12.2016].

Wohlfarth, R. / Mutschler, B. / Bitzer, E. / Kreuser, F. / Korsten-Reck, U. (2013b): *Ich werde „tierisch“ fit: Tiergestützte Therapie als Baustein eines multimodalen Programms zur Therapie von Übergewicht bei Kindern*. Forschungsbericht 5/2013 des Freiburger Instituts für tiergestützte Therapie. Verfügbar unter:

http://bilder.buecher.de/zusatz/33/33239/33239404_lese_1.pdf [12.05.2017].

Zimmer, R. (2011): *Psychomotorik. Entwicklungsförderung durch Bewegung*. Freiburg in Breisgau: Verlag Herder GmbH. Verfügbar unter:

http://bilder.buecher.de/zusatz/33/33239/33239404_lese_1.pdf [12.05.2017].

10 Anhang

10.1 Perzentilkurven für den Body Mass Index von Jungen und Mädchen	88
10.2 Prävalenz von Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas	90
10.3 Verteilung des BMI in KIGGS im Vergleich zu den Referenzdaten	91
10.4 Lebensqualität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher	92
10.5 Körperumrisszeichnungen von Kindern	93

10.1 Perzentilkurven für den Body Mass Index von Jungen und Mädchen

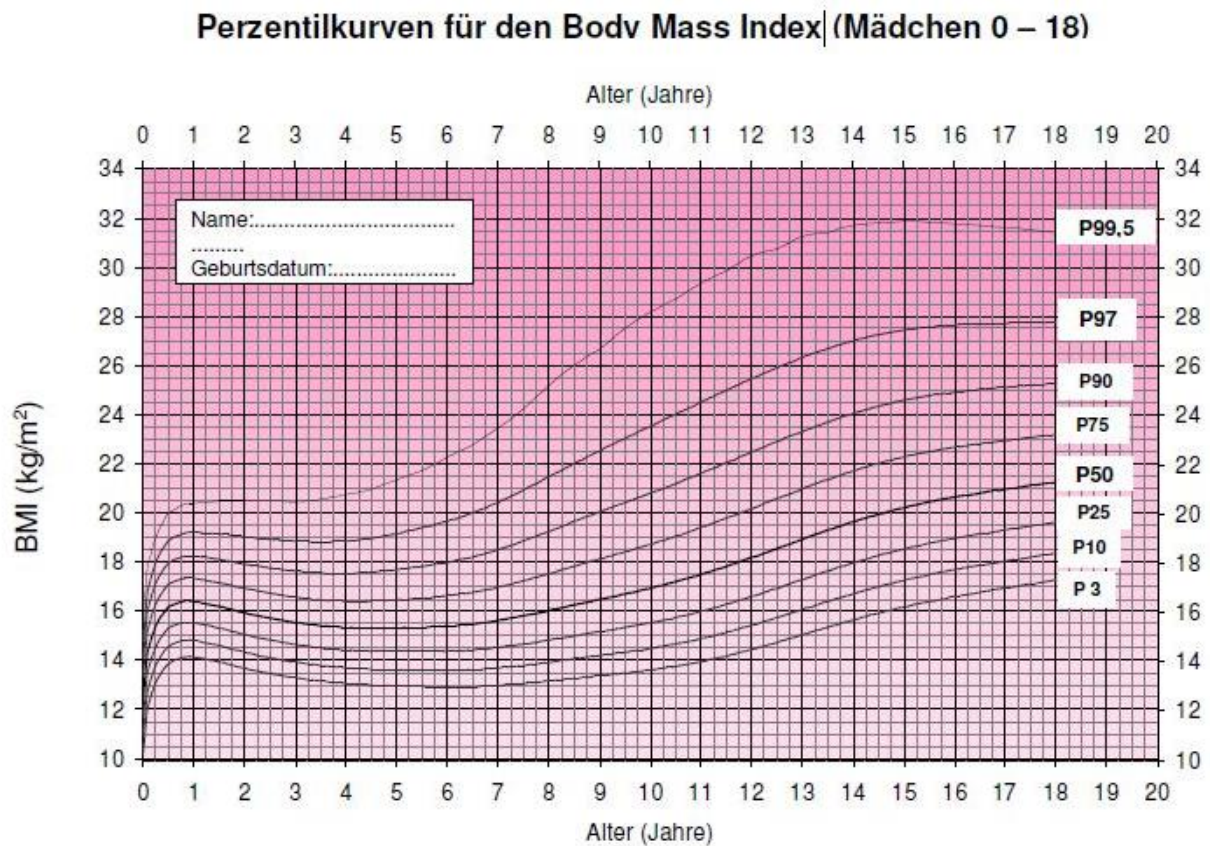


Abbildung 1: Perzentilkurven für den Body Mass Index (Mädchen 0-18 Jahre)

Quelle: Wabitsch, M. / Kunze, D. (federführend für die AGA) (2014): *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Version 21.11.2014, S. 28.

Grafik ursprünglich von: Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): *Monatsschr. Kinderheilk.*, 149, S. 807–818.

Perzentilkurven für den Body Mass Index (Jungen 0 - 18 Jahre)

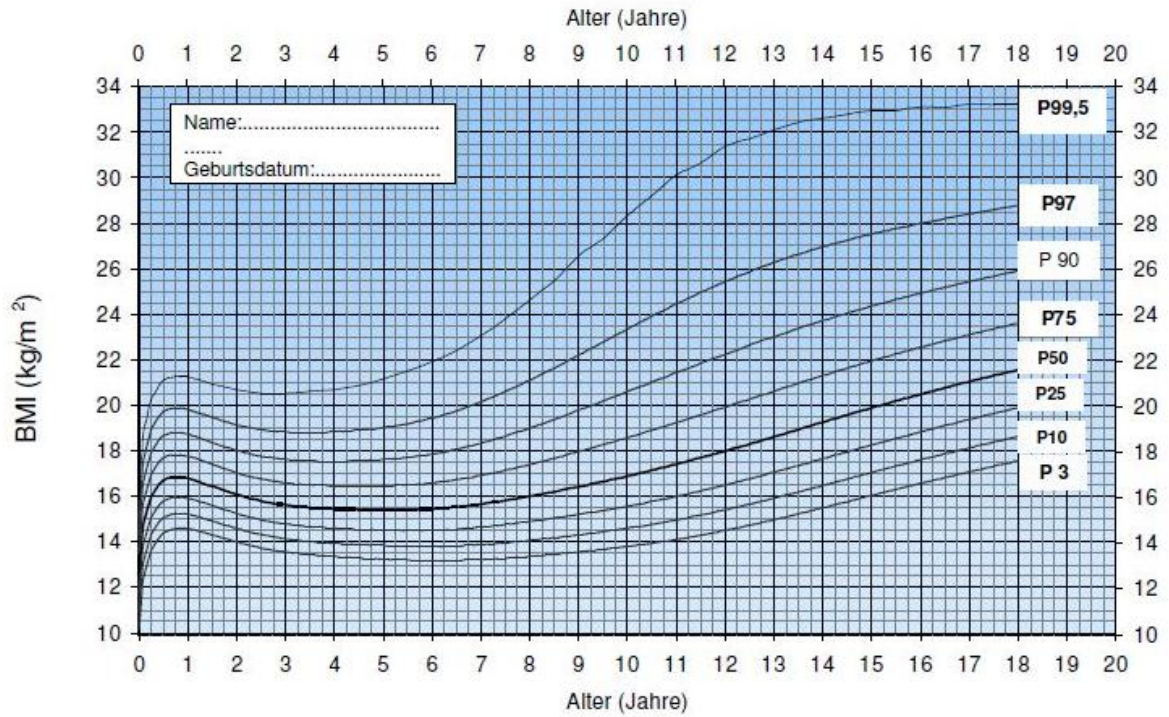


Abbildung 2: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0-18 Jahre)

Quelle: Wabitsch, M., Kunze, D. (federführend für die AGA) (2014): Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 21.11.2014, S. 28.

Grafik ursprünglich von: Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): Monatsschr. Kinderheilk., 149, S. 807–818.

10.2 Prävalenz von Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas

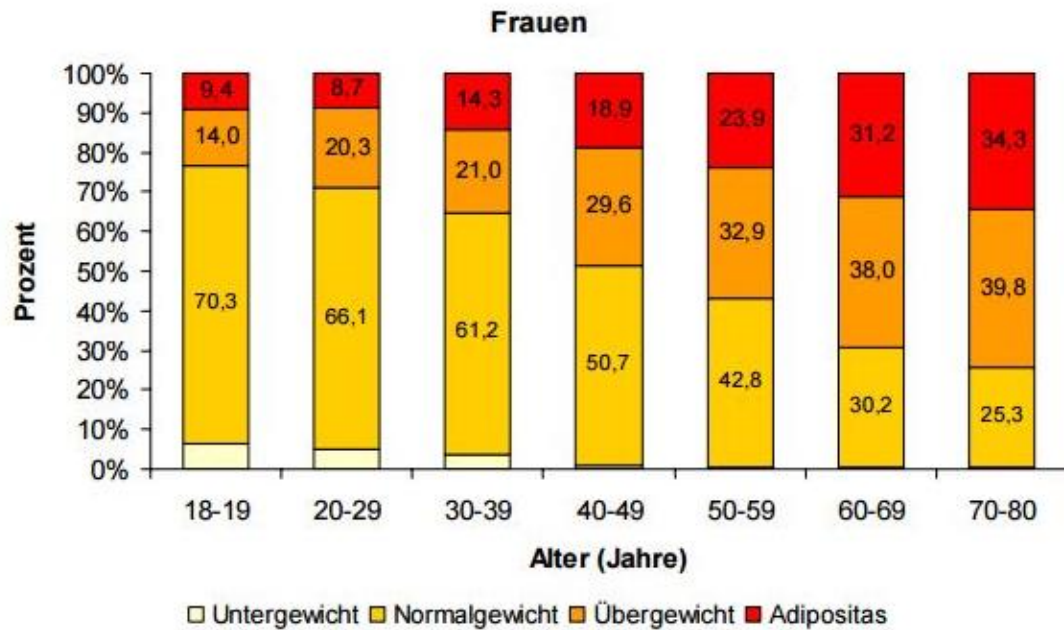


Abbildung 3: Prävalenz von Unter-, Normal- und Übergewicht und Adipositas

Stichprobe: Frauen 18-80 Jahre (n = 7090)

Quelle: Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Herausgegeben vom Robert-Koch-Institut. S.83.

10.3 Verteilung des BMI in KIGGS im Vergleich zu den Referenzdaten

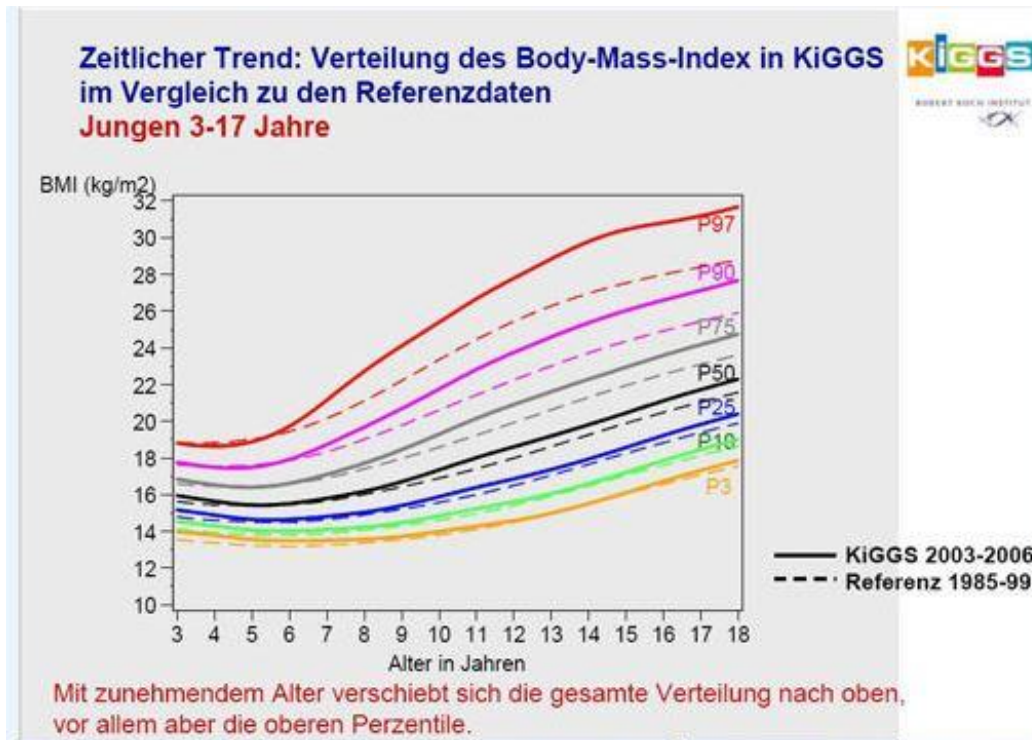


Abbildung 4: Verteilung des BMI in KIGGS im Vergleich zu den Referenzdaten

Quelle: Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) (2011b): *Prävalenz*. Verfügbar unter: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=41> [05.01.2017].

10.4 Lebensqualität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher

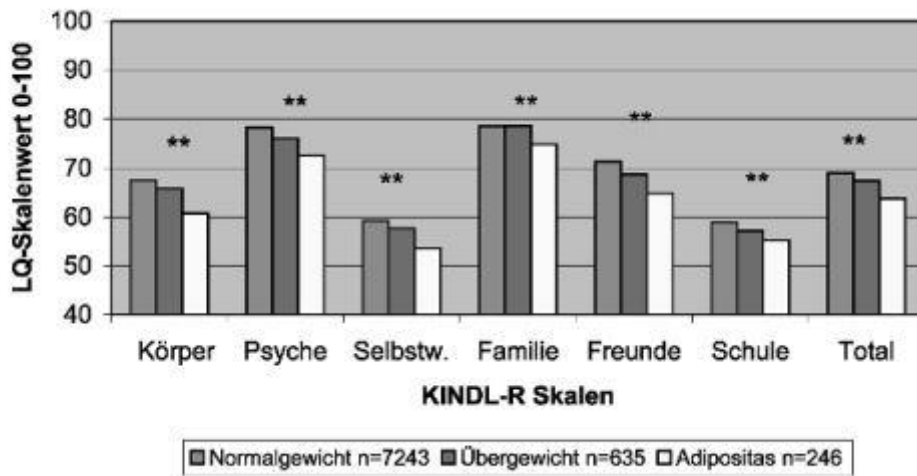


Abbildung 5: Lebensqualität übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher

Quelle: Ravens-Sieberer, U. (2005): Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. In: Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik*. (S. 239–246). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.

10.5 Körperrisszeichnungen von Jungen und Mädchen

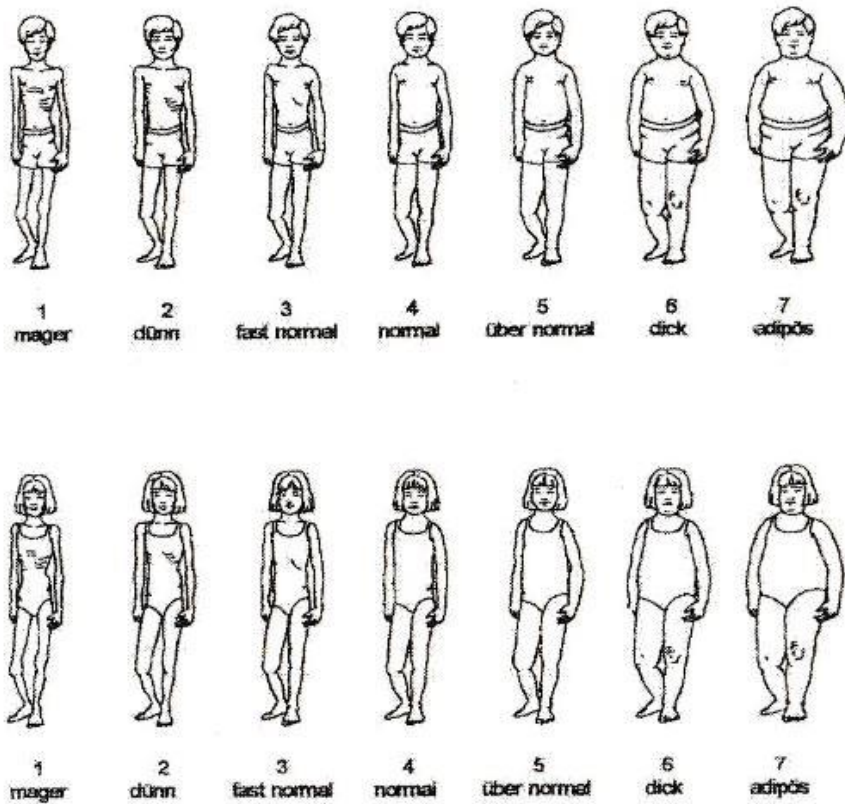


Abbildung 6: Körperrisszeichnungen von Jungen und Mädchen

Quelle: Dordel, S. (2005): Zur Körperwahrnehmung von Kindern mit unterschiedlichem Gewichtsstatus. In: Bjarnason-Wehrens, B. / Dordel, S. (Hrsg.) (2005): *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Brennpunkte der Sportwissenschaft (Band 29, S. 74–88). Sankt Augustin: Academia Verlag, S.77

11 Eidesstaatliche Erklärung

Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift