



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Ökotrophologie

**Ambulante Therapie- und Schulungsangebote
für adipöse Kinder in Hamburg -
Eine Auswertung von qualitativen Experteninterviews**

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:

Johanna Uchlierz

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Tag der Abgabe: 06.03.2020

Betreuende Gutachterin: Prof. Dr. Annegret Flothow (HAW Hamburg)

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Birgit Käthe Peters (HAW Hamburg)

Vorwort

Der Ansatz zu meiner Bachelorarbeit ergab sich aus den Erfahrungen, die ich im Rahmen des Ökotrophologie-Studiums sammeln konnte. Im Rahmen meiner Arbeit in einem Verein, in dem ich Kochkurse für Grundschüler gab, kam ich mit dem Thema Adipositas bei Kindern in Kontakt. Hierbei erlebte ich Situationen, in denen mich Mütter von übergewichtigen oder adipösen Kindern um Rat fragten. Ich merkte dabei, dass diese Thematik wichtiger ist, als ich vermutete. Aus diesen Erfahrungen heraus entschloss ich mich, meine Bachelorarbeit diesem Thema zu widmen, um einen tieferen Einblick in die Möglichkeiten der Therapie- und Schulungsprogramme in Hamburg zu erhalten.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Beteiligten dieser Arbeit bedanken. Der Dank geht vor allem an meine Professorinnen, die mich bei allen Fragen unterstützt haben. Zudem danke ich den Teilnehmern meiner Experteninterviews für die angenehmen und offenen Gespräche, die entstanden sind. Ich bin auch noch nach Beendigung dieser Arbeit sehr dankbar für die Bereitschaft viel Zeit in die gemeinsamen Gespräche zu investieren und für die Rückmeldungen über die Wichtigkeit dieser Thematik, die mir durch die Bearbeitung dieser Arbeit immer bewusster wurde. Besonders bedanken möchte ich mich bei allen Freunden und meiner Familie für ihre Unterstützung, die ich jederzeit über mein gesamtes Studium hinweg in Anspruch nehmen durfte.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Glossar	IV
Anmerkung	V
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	2
2.1. Definition und Klassifikation der kindlichen Adipositas	2
2.1.1. Prävalenz	4
2.1.2. Ätiologie	6
2.1.3. Verlauf und Prognose	7
2.1.4. Diagnostik	7
2.1.5. Adipositas als Krankheit und ökonomische Aspekte	9
2.1.6. Komorbiditäten	10
2.2. Medizinische Betreuung	13
2.2.1. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter	13
2.2.2. Zertifizierung und offizielle Anerkennung der Therapie- und Schulungsprogramme ...	20
2.2.3. Bestandsanalyse aktuell bestehender Therapie- und Schulungsprogramme	22
2.2.4. Wissenschaftliche Evaluierung der Therapie- und Schulungsprogramme	24
3. Methoden	25
3.1. Experteninterview	26
3.2. Stichprobe	27
3.3. Durchführung	28
3.4. Messinstrument	28
3.5. Auswertung	29
4. Ergebnisse	32
4.1. Hypothesenprüfung	32
4.1.1. 1. Hypothese	32
4.1.2. 2. Hypothese	37
4.1.3. 3. Hypothese	43
4.2. Handlungsempfehlungen und Fazit	47
Zusammenfassung	51
Abstract	52
Literaturverzeichnis	54

Verzeichnis der Experteninterviews.....	60
Eidesstattliche Versicherung	61
Anhang	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation des Körpergewichts anhand des BMIs.....	3
Tabelle 2: Adipositas- Prävalenz (> 97. Perzentil) nach Geschlecht und Alter (in %).	4
Tabelle 3: Indikationsstellung für die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche.....	9
Tabelle 4: Anzahl der Therapieeinrichtungen insgesamt, stationär und ambulant nach Bundesländern	23
Tabelle 5: Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m ²) von Jungen	62
Tabelle 6: Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m ²) von Mädchen	63
Tabelle 7: Aufgestellte Kategorien zur Einteilung der extrahierten Informationen.	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz von Übergewicht bei deutschen Schulanfängern nach Bundesländern	5
Abbildung 2: Anzahl adipöser Schulanfänger in Hamburger Bezirken (in %).....	5
Abbildung 3: Die 6 Säulen der kindlichen Adipositas-Therapie	14
Abbildung 4: Ampelsystem der Lebensmitteleinteilung	16
Abbildung 5: Aktive Behandlungszentren in Deutschland.	22
Abbildung 6: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0-18 Jahre)	64
Abbildung 7: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Mädchen 0-18 Jahre)	64
Abbildung 8: Antwort-Mail bzgl. Anfrage über bestehende Therapie-und Schulungsangebote vom 14.01.2020 an die AGA.	65
Abbildung 9: Gesprächsleitfaden der Interviews mit den Anbietern von Therapie-und Schulungsprogrammen	66
Abbildung 10: Fragenkatalog 1 für Anbieter von Therapie- und Schulungsprogrammen	70
Abbildung 11: Fragenkatalog 2 für den Leiter der APV, Herrn Prof. Dr. Holl	71
Abbildung 12: Fragenkatalog 3 für das Interview mit dem Kassenverband AOK Rheinland-Hamburg	72
Abbildung 13: Transkriptionsregeln.	73
Abbildung 14: Extraktionsregeln	75

Abkürzungsverzeichnis

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes-und Jugendalter
APV	Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMI-SDS	BMI-Standard Deviation Scores
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGKJ	Deutschen Gesellschaft für Kinder-und Jugendmedizin
EvAKuJ-Projekt	Evaluation von Therapieangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche
GKV	Gesetzliche Krankenkassenversicherung
KgAS	Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
MDK	Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
OSAS	obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom
PrävG	Präventionsgesetz
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)
Zeb e.V.	Zentrale für Ernährungsberatung e.V.

Glossar

Glossar-Begriffe werden in dieser Arbeit beim jeweiligen ersten Auftreten *kursiv* dargestellt.

Begriff	Definition/Erklärung	Textverweis
Adiposity rebound	„Adiposity rebound“ bezieht sich auf die Veränderung des relativen Körperfettanteils und des BMIs mit dem Alter. Bis zum ersten Lebensjahr steigt der BMI an, fällt dann bis ca. dem vierten bis sechsten Lebensjahr kontinuierlich ab und steigt dann wieder an. Dieser erneute Anstieg beim BMI wird als „adiposity rebound“ bezeichnet.“ (vgl. Warschburger & Petermann, 2008, S. 5).	adiposity_rebound, Seite 7
Binge-Eating-Disorder	Bei 30 % aller adipösen Menschen liegt eine Binge-Eating-Störung (vom engl. Binge= Gelage) vor. Während der Essattacken werden extrem viele Kalorien aufgenommen. Allerdings fehlt bei den Betroffenen die „Gegenmaßnahme“ des selbst herbeigeführten Erbrechens, etc. Die Folge ist ein massiv ansteigendes Körpergewicht (Kasper & Burghardt, 2014, S. 472).	binge_eating_disorder, Seite 8
Bulimia nervosa	„Der Bulimiekranken hat (...) Angst vor zu hohem Körpergewicht. Ein weiteres typisches Zeichen dieser Erkrankung sind Phasen mit exzessiver Nahrungsaufnahme (Bulimia= Ochsenhunger)“. Um eine Gewichtszunahme zu verhindern bedienen sich Betroffene teilweise durch selbst herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen. Durch die massive Aufnahme von Kalorien während den Essanfällen kann es zu einer Steigerung des Körpergewichts kommen (Kasper & Burghardt, 2014, S. 471).	bulimia_nervosa, Seite 8
Flexibles Essverhalten	„Im Gegensatz zur rigiden Kontrolle bietet eine flexible Verhaltenskontrolle die Möglichkeit zur Verhaltenskorrektur und vermeidet dadurch die Gegenregulation. Flexible Verhaltenskontrollen beziehen sich auf einen überschaubaren Zeitraum, zum Beispiel eine Woche, einen Monat. Sie setzen ein Ziel fest, das nur etwas vom bisherigen Verhalten abweicht. Damit wird ein Erfolg wahrscheinlicher (...)“ (Petermann & Pudel, 2003, S. 73).	flexibles_essverhalten, Seite 15
Glykämischer Index	„Mit dem glykämischen Index können kohlenhydrathaltige Lebensmittel nach ihrer blutzuckersteigernden Wirkung eingeteilt werden. (...) Der glykämische Index (GI) gibt in Zahlen die blutzuckersteigernde Wirkung der Kohlenhydrate bzw. der Lebensmittel an.“ (vgl. Wabitsch et al., 2005, S. 64).	glykämischer_index, Seite 15
Hyperkortisolismus	Ist eine vermehrte Kortisol-Sekretion der Nebenniere und ist auf das Syndrom Morbus Cushing (pathologisch erhöhte ACTH-Sekretion der Hypophyse) oder auf Tumore in der Nebenniere, Adenome oder Karzinome (Cushing-Syndrom) zurückzuführen. (Wabitsch et al., 2005, S. 214)	hyperkortisolismus, Seite 6
Hypothalamische Syndrome	Dazu zählen das Prader-Willi-Labhardt- oder Bardet-Biedl-Syndrom. Prader-Willi-Labhardt-Syndrom: „Angeborene stammbetonte Adipositas bei massiver Hyperphagie [Essen ohne Hungergefühl], Kleinwuchs, reduzierter Intelligenz und hypogonadotropem Hypogonadismus [Unterfunktion der Keimdrüsen]“ (Kasper & Burghardt, 2014, S. 274). Bardet-	hypothalamische syndrome, Seite 6

Begriff	Definition/Erklärung	Textverweis
	Biedls-Syndrom: Familiäres Krankheitsbild mit variablem Krankheitsbild. Zumeist stammbetonte Adipositas, postaxiale Hexadaktylie [Sechs Finger oder Zehen an Hand oder Fuß] und reduzierter Intelligenz (Wabitsch et al., 2005, S. 43).	
Intraabdominales Fettgewebe	Auch viszerales Fettgewebe genannt. Fettgewebe ist im Rumpfbereich angesiedelt und befindet sich vermehrt in der freien Bauchhöhle (Hauner et al., 2013, S. 11).	intraabdominales_fettgewebe, Seite 11
Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche	Der gemeinnützige Verein ist ein Zusammenschluss bundesweit verschieden tätiger Fachleute, der sich mit der kindlichen Adipositas und den dahinterstehenden Kindern, Jugendlichen und Familien beschäftigt. Das Ziel dabei ist die Behandlung aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten und langfristig zu verbessern, um die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern (Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) e.V., o. J.).	konsensusgruppe_adipositasschulung, Seite 32
Leberzirrhose	Verhärtung, Vernarbung, Schrumpfung der Leber durch entstandenes Bindegewebe im Lebergewebe. Die Gefäßarchitektur wird zerstört und eine entzündliche Fibrose (Vermehrung von Bindegewebe in Organen) kann sich ausbilden (Kasper & Burghardt, 2014, S. 239).	leberzirrhose, Seite 11
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung setzt sich für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung ein. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt der MDK die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen.“ („Die MDK-Gemeinschaft im Gesundheitssystem“, o. J.) Die Anerkennung von Therapie- und Schulungsprogrammen durch den MDK erhöht die Chancen, dass die anfallenden Kosten der Therapie von den GKVn übernommen werden.	medizinischer_dienst_der_krankenkassen, Seite 21
Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom	Während des Schlafes treten Atemaussetzer aufgrund von fehlender/gehemmter (obstruktiver) Muskelaktivität auf. Die Aussetzer können unterschiedliche lange andauern. Anschließend kommt zu einem plötzlichen Wiedereinsetzen der Atmung (Kasper & Burghardt, 2014, S. 284).	obstruktives_schlaf_apnoe_syndrom, Seite 12
Polyzystisches Ovar	Stoffwechselstörung geschlechtsreifer Mädchen und Frauen (Wabitsch et al., 2005, S. 220).	polyzystisches_ovar, Seite 12
§43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	Zusätzlich zu weiteren Leistungen kann die Krankenkasse Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch kranke Kinder erbringen. Es handelt sich dabei um eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse, was unter wirksamen und effizienten Patientenschulungsmaßnahmen zu verstehen ist. (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1988, S. 59)	sozialgesetzbuch, Seite 10

Anmerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Text die männliche Sprachform gewählt und auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten.

1. Einleitung

Angesichts der hohen Zahl an adipösen Kindern, steigt auch der Bedarf an zielgruppengerechten Therapien und Hilfen. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren 2016 weltweit rund 381 Millionen Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 19 Jahren an Übergewicht und Adipositas erkrankt („Obesity and overweight“, 2018). Die Zahlen erscheinen schwer greifbar, doch auch in Deutschland sind laut der Studie zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) Welle 2“ von 2014-2017 5,9% aller Kinder zwischen drei und 17 Jahren adipös. Dabei ist das zahlenmäßige Verhältnis zwischen adipösen Jungen und Mädchen gleich. Wer jedoch in einer Familie mit niedrigem sozioökonomischen Status aufwächst, leidet deutlich häufiger an Übergewicht und Adipositas (Koch-Institut, 2018, S. 16–19). Selbst in Hamburg sind 4,5 % aller einzuschulenden Kinder adipös, wobei Jungen minimal stärker vertreten sind (Mädchen: 4,1 % vs. Jungen: 4,8 %) (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), 2015, S. 40).

Laut der KIGGS-Studie Welle 2 ist keine weiter steigende Prävalenz von kindlicher Adipositas im Vergleich zur KIGGS-Basiserhebung (2003-2006) zu erkennen. Diese Entwicklung lässt auf eine gute präventive Versorgung schließen. Allerdings ist nicht zu vernachlässigen, dass die hohe Zahl an bereits adipösen Kindern nicht mit präventiven Maßnahmen zu einem Normalgewicht finden kann. An dieser Stelle ist eine Adipositas- Therapie bestehend aus multiprofessionellen Themengebieten und interdisziplinär behandelnden Teams erforderlich.

Aus diesem Überblick stellt sich die Frage, wieso sich die Zahl adipöser Kinder seit Anfang der 2000er Jahre auf einem konstant hohem Niveau befindet und ob aktuell gängige Therapiemaßnahmen möglicherweise nicht ausreichen. Auf Basis der Prävalenzdaten wurden folgende Hypothesen aufgestellt, die in dieser Arbeit überprüft werden, wobei ausschließlich ambulante Therapie- und Schulungsprogramme in Hamburg näher in Betracht gezogen werden:

- Es gibt aktuell kein ausreichendes Angebot an Therapie- und Schulungsprogrammen für adipöse Kinder in Hamburg.
- Die vorhandenen Angebote erreichen die Zielgruppe adipöser Kinder nicht.
- Die bestehenden Angebote sind in Bezug auf die Adipositas- Therapie unwirksam.

Unter Therapie- und Schulungsprogrammen werden in dieser Arbeit alle Einrichtungen verstanden, die die Behandlung kindlicher Adipositas als ein großes oder das einzige Handlungsfeld des täglichen Geschäfts verstehen. Dazu zählen Krankenhäuser, (Sport-)Vereine, privat geführte Einrichtungen, wie (Arzt-)Praxen und andere Schulungskonzepte. Die jeweiligen vermittelten Inhalte folgen dabei einem

klar definierten Konzept und arbeiten nicht ausschließlich individuell mit Kindern und Familien zusammen.

Ziel dieser Arbeit ist es eine Übersicht über die aktuelle Situation vorhandener Therapie- und Schulungsprogramme für adipöse Kinder in Hamburg zu liefern. Hierbei soll der Fokus vor allem auf Kinder zwischen sechs und 14 Jahren mit Adipositas als primäre Grunderkrankung gelegt werden. Die zugrundeliegenden Daten und Informationen stammen aus Literaturquellen und leitfadengestützten Experteninterviews mit Anbietern von Therapie- und Schulungsprogrammen, sowie Einschätzungen einer AOK-Krankenversicherungs-Mitarbeiterin und von Prof. Dr. Holl, dem Leiter der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV). Durch die Aufarbeitung sollen Probleme, Lücken und Chancen für die Therapieanbieter, aber auch für adipöse Kinder und ihre Familien aufgezeigt werden.

Im beginnenden Abschnitt werden theoretische Grundlagen, die für diese Thematik wichtig sind beschrieben und erörtert. Im Hauptteil stehen die leitfadengestützten Experteninterviews im Fokus, sowie deren Auswertung in Bezug auf die aufgestellten Hypothesen und die daraus gezogenen Rückschlüsse. Im Kapitel 4.2 Handlungsempfehlungen werden zukünftige Handlungsfelder und -möglichkeiten und deren Chancen für die Gesellschaft, Politik, Krankenkassen, Anbieter von Therapie- und Schulungsprogrammen und Betroffene näher betrachtet.

2. Theoretische Grundlagen

In den theoretischen Grundlagen werden die für die Beantwortung der Forschungsfragen und die Prüfung der Hypothesen nötigen Informationen rund um das Thema Adipositas und deren Behandlung dargestellt.

2.1. Definition und Klassifikation der kindlichen Adipositas

Adipositas liegt vor, wenn die Körperfettmasse im Vergleich zum Körpergewicht über einen kritischen, festgelegten Wert steigt. Adipositas ist dabei nicht mit dem Begriff des Übergewichts zu verwechseln (siehe Tab. 1). Die Korrelation zwischen Übergewicht und Adipositas kann aber gezogen werden, denn das Übergewicht stellt eine Vorstufe zu Adipositas dar. Durch unterschiedliche Diagnostikmethoden kann ein hohes Körpergewicht eingeordnet werden. Die gängigste Methode stellt die Body-Mass-Index (BMI)-Berechnung dar, wobei das Körpergewicht in kg in Relation zur Körperhöhe in m zum Quadrat gesetzt wird: $BMI = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körperhöhe (m)}^2}$.

Gewichtskategorie	BMI (kg/m ²)
Untergewicht	<18,5
Normalgewicht	18,5-24,9
Übergewicht	≥25,0
- Präadipositas	25,0-29,9
• Adipositas Grad I	30,0-34,9
• Adipositas Grad II	35,0-39,9
• Adipositas Grad III	≥40,0

Tabelle 1: Klassifikation des Körpergewichts anhand des BMIs

Quelle: (Akram et al., 1997, S. 9)

Die Körpergewichtseinstufung (siehe Tab. 1.) alleine nach der BMI-Berechnung kann allerdings nur bei Erwachsenen vorgenommen werden. Bei Kindern unterscheidet sich die Vorgehensweise insofern, als dass das Wachstum und die Pubertätsentwicklung mit einbezogen werden müssen. Bei der Einordnung des kindlichen Gewichtes werden populationspezifische BMI-Perzentile herangezogen, die eine genauere Einordnung des Körpergewichts erlauben. Hierbei muss die Unterscheidung zwischen Jungen und Mädchen gemacht werden, da die Entwicklungsstadien in unterschiedlichem Maße voranschreiten. Zudem unterscheiden sich die Gewichtseinteilungen durch BMI-Perzentile von Land zu Land. In Deutschland werden die BMI-Perzentile von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) nach Untersuchungen von Kromeyer-Hauschild festgelegt (Kromeyer-Hauschild et al., 2001, S. 813). Die in diesem Zusammenhang verwendeten Daten sind dem Anhang A zu entnehmen.

Nach der Berechnung des BMIs eines betroffenen Kindes wird dieser in die Tabelle für Jungen (siehe Tab. 5) oder Mädchen (siehe Tab. 6) eingeordnet. Nach Ablesen der Perzentile wird dieser Wert in eine Übersicht (siehe Abb. 6, 7) übertragen, wodurch ein visueller Vergleich der Körpergewichte möglich ist. Dabei gibt die 50. Perzentile an, dass 50 % der Kinder unter diesem Wert liegen. Kindliches Übergewicht liegt vor, wenn das Gewicht bei oder über der 90. Perzentile liegt. Adipositas wird ab der 97. Perzentile diagnostiziert. Darüber hinaus wird der BMI-Standard Deviation Scores (BMI-SDS) bei besonders hohen oder niedrigen BMI-Werten ermittelt, da hier keine adäquaten Vergleiche möglich sind. Dieser errechnete Wert ermöglicht eine noch genauere Einordnung in die Referenzgruppen. Die verwendete Formel lautet:

$$BMI - SDS = \frac{\left(\frac{BMI}{M(t)}\right)^{L(t)} - 1}{L(t)S(t)}$$

Erläuterung der Berechnung: Der BMI wird individuell berechnet (s.o.). $M(t)$, $L(t)$ und $S(t)$ sind aus der im Anhang A enthaltenen Tabellen abzulesen. (t) entspricht dem Alter des betroffenen Kindes.

Mit dieser Formel lassen sich zudem Gewichtsverläufe quantitativ feststellen. Liegt der BMI-SDS Wert im negativen Bereich, so hat sich das Gewicht reduziert (Wabitsch & James, 2005, S. 4–10).

2.1.1. Prävalenz

Adipositas ist bereits im Kindes- und Jugendalter stark vertreten. Schon im Kindergartenalter finden sich Betroffene mit erhöhten alters- und gewichtsspezifischen Perzentil-Werten.

Die nun folgenden Daten stammen aus der KIGGS-Studie, welche vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde. Die neueste Version, KIGGS Welle 2, wurde im Jahr 2018 veröffentlicht und ermöglicht zurzeit den aktuellsten und umfassendsten Blick auf die Prävalenzzahlen. Für die KIGGS Welle 2 wurden zwischen 2014 und 2017 15.023 0- bis 29-Jährige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im gesamten Bundesgebiet untersucht und befragt. Unter anderem wurde die Körpergröße und das Körpergewicht gemessen, sowie Laboruntersuchungen durchgeführt und Blut- und Urinproben untersucht, um den aktuellen Gesundheitsstatus der jüngsten Generation der Gesellschaft zu erheben („KIGGS Welle 2-Kurzprofil“, o. J.).

Laut den Ergebnissen der KIGGS Welle 2 sind die Zahlen der adipösen Kinder seit Anfang der 2000er Jahre auf einem konstant hohen Niveau stagniert. Ein Anstieg der Prävalenzzahlen, wie in den letzten Jahrzehnten, ist seit Beginn der 2000er Jahre nicht zu verzeichnen. Unter allen untersuchten Kindern und Jugendlichen finden sich 15,4 % Kinder, die an Übergewicht, einschließlich Adipositas leiden. Adipöse Kinder sind mit 5,9% vertreten. Dabei kann festgehalten werden, dass die Adipositasprävalenz mit zunehmendem Alter der Kinder ansteigt (siehe Tab. 2).

Altersgruppen	Adipositas- Prävalenz Mädchen	Adipositas- Prävalenz Jungen
3-6 Jahre	3,2	1,0
7-10 Jahre	4,7	6,8
11-13 Jahre	6,5	8,0
14-17 Jahre	7,7	9,2

Tabelle 2: Adipositas- Prävalenz (> 97. Perzentil) nach Geschlecht und Alter (in %).

Quelle: Eigene Darstellung. Mod. nach (Kurth, 2018, S. 19)

Es besteht ein geringfügiger Unterschied zwischen der Anzahl adipöser Mädchen und Jungen, wobei Jungen minimal häufiger betroffen sind (Jungen: 6,3% vs. Mädchen: 5,5%). Kinder und Jugendliche, die in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status aufwachsen, sind im Schnitt öfter von

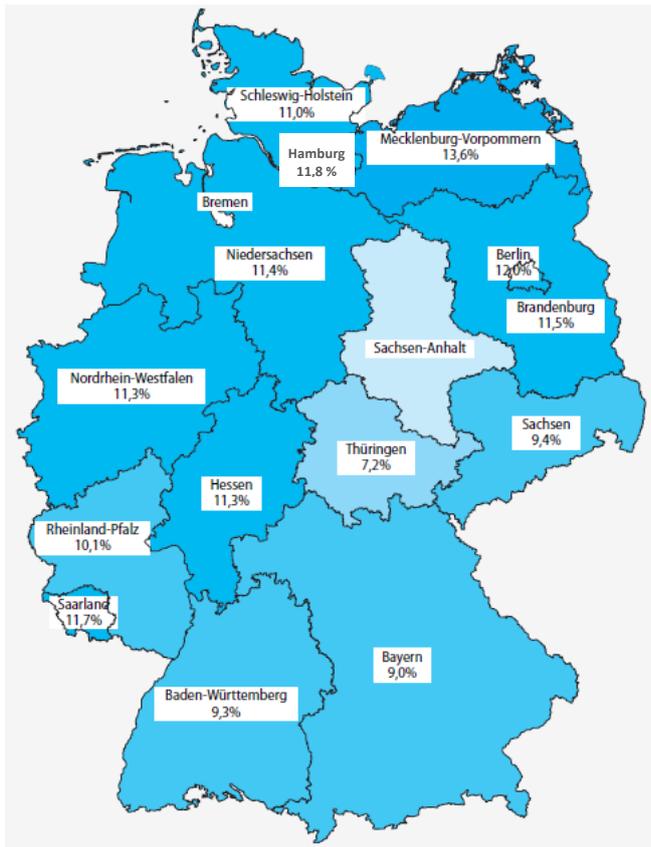


Abbildung 1: Prävalenz von Übergewicht bei deutschen Schulanfängern nach Bundesländern

Quelle: Hervorhebung der Hamburger Zahl aufgrund der besseren Lesbarkeit nach (Moß, Wabitsch, Kromeyer-Hauschild, Reinehr & Kurth, 2007, S. 1426)

Adipositas betroffen als Kinder mit sozioökonomisch besser gestellten familiären Hintergründen (Mädchen: 8,1 % vs. 2,0 %; Jungen: 11,4 % vs. 2,6 %). Innerhalb Deutschlands bestehen große Unterschiede in der Adipositas-Prävalenz zwischen den einzelnen Bundesländern (Kurth, 2018, S. 16–20). Wie in der Abb. 1 erkennbar, liegt Hamburg im bundesweiten Vergleich mit 11,8% übergewichtiger Schulanfänger (Adipositas eingeschlossen) an dritter Stelle hinter Mecklenburg-Vorpommern mit 13,6 % und 12,0% in Berlin in den Jahren 2003, 2004 oder 2005. Daten über die reine Adipositasprävalenz-Verteilung in deutschen Bundesländern liegen aktuell nicht vor. Erkennbar ist zudem ein Gefälle von Norden nach Süden. Unterschiede zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern sind hingegen unauffällig (Moß et al., 2007, S. 1426).

Unter allen Hamburger Einschulkindern befinden sich 4,5 % adipöse Kinder, die 2013 und 2014 an Einschulungsuntersuchungen teilnahmen. Trends aus dem bundesweiten Durchschnitt der KIGGS Welle 2 lassen sich auch in Hamburger Zahlen wiederfinden. So sind Kinder aus sozial besser gestellten Stadtgebieten seltener von Adipositas betroffen, als Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Stadtteilen (siehe Abb. 2). Besonders in den Stadtteilen Wilhelmsburg, Veddel, Rothenburgsort oder Dulsberg sind deutlich mehr Kinder mit Adipositas vertreten.

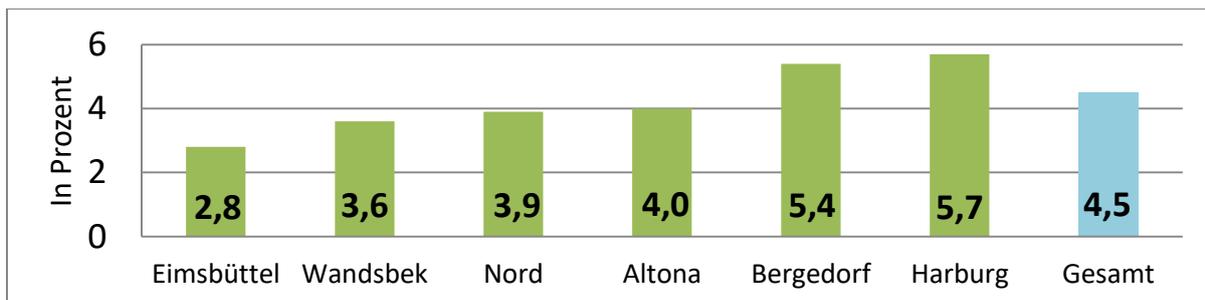


Abbildung 2: Anzahl adipöser Schulanfänger in Hamburger Bezirken (in %)

Quelle: Eigene Darstellung. Mod. nach (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), 2015, S. 41).

Das Verhältnis zwischen adipösen Jungen und Mädchen ist in Hamburg annähernd ausgeglichen (Mädchen: 4,1 % vs. Jungen: 4,8 %). Es ist zudem zu vermerken, dass Einschulungskinder in alleinerziehenden Familien oder mit einem Migrationshintergrund vermehrt von Adipositas betroffen sind. Dabei ist das Gewicht bei etwa jedem zehnten Kind mit türkischer oder ghanaischer Herkunft über das Normalmaß hinaus erhöht (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), 2015, S. 39–41). Die Prävalenz von Adipositas bei Kindern in Hamburg zeigt, dass ein Bedarf an Schulungs- und Therapieangeboten in Hamburg besteht. Zudem zeigen die vorliegenden Prävalenzzahlen, dass der sozioökonomische Hintergrund der Kinder zu beachten ist.

2.1.2. Ätiologie

Die Entstehung von Adipositas kann verschiedene Ursachen haben und wird als multifaktoriell gesehen. Es wurde festgestellt, dass die Genetik einen großen Einfluss auf das Gewicht im Lebensverlauf hat, wobei eine genaue Bestimmung der körperrgewichtbestimmenden Gene bisher nicht möglich war. Eine leicht erhöhte Korrelation liegt zwischen dem BMI des Kindes und dem der Mutter vor. Vermutlich resultiert dies aus genetischen Faktoren, wie der intrauterinen Entwicklung, sowie den Umwelterfahrungen, die Mutter und Kind bereits früh gemeinsam sammeln. (Wabitsch et al., 2005, S. 28–31).

Die aktuell hohe Adipositas- Prävalenz lässt sich damit erklären, dass sich die genetischen Voraussetzungen zur Entwicklung eines hohen Körpergewichts evolutionsbedingt ausgebreitet haben. Die heute vorliegenden Lebensstile, wie überall verfügbare hochkalorische Nahrungsmittel und eine eingeschränkte Bewegungskultur begünstigen die Entwicklung eines hohen Körpergewichts. Es konnte festgestellt werden, dass ein hoher BMI in der Kindheit nicht automatisch mit einem hohen BMI im Erwachsenenalter korreliert. Eine Vorhersage für das Körpergewicht im Erwachsenenalter kann also nicht getroffen werden (siehe Kapitel 2.1.3) (Wabitsch et al., 2005, S. 28).

Gen-Mutationen können zudem eine Rolle in der Entstehung von Adipositas spielen. Leptin-Gen- und MC4-Rezeptor-Mutationen konnten bei einer kleinen Anzahl an adipösen Menschen nachgewiesen werden. Träger dieser Mutation weisen oftmals eine stark ausgeprägte Adipositas auf (Wabitsch et al., 2005, S. 31 ff.). Auch endokrine Ursachen können eine Adipositas zur Folge haben. Neben dem *Hyperkortisolismus*, kann eine Hypothyreose, auch Schilddrüsenunterfunktion genannt, eine Ursache für Adipositas sein. Darüber hinaus kann ein Wachstumshormon-Mangel in einem multifaktoriell bedingten Umfeld zu einer Adipositas beitragen. Weiterhin können *hypothalamische Syndrome* zu einer extrem ausgeprägten Adipositas führen (Wabitsch et al., 2005, S. 214–218).

Die Betrachtung der Adipositas als Folgeerkrankung soll in dieser Arbeit nicht weiter thematisiert werden, da diese Fälle nur rund 5 % der Adipositas- Befunde ausmachen. Die Behandlungsmethode sollte beim Vorliegen einer Gen-Mutation oder einer endokrinen Ursache anders gewählt werden. Eine klassische Therapie, wie sie bei einer Adipositas durch Energieüberfluss angewendet wird, könnte kontraindizierend wirken (Warschburger & Petermann, 2008, S. 10).

2.1.3. Verlauf und Prognose

Die Adipositas-Prävalenz wächst mit steigendem (Kindes-) Alter und das Risiko im Erwachsenenalter adipös zu bleiben erhöht sich parallel. Bei adipösen Kindern unter drei Jahren kann keine Prognose getroffen werden, ob das erhöhte Gewicht auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt. Je länger ein Kind mit einem extrem hohen Körpergewicht zu tun hat, desto größer ist das Risiko auch im Erwachsenenalter darunter zu leiden (Srinivasan, Bao, Wattigney & Berenson, 1996, S. 236 ff.). Eine Studie belegte, dass ab einem Alter von elf Jahren zwar weniger Kinder eine Adipositas als Erstdiagnose erhalten, allerdings können adipöse Kinder ab diesem Alter meist kaum Gewicht verlieren und selten den Status des Normalgewichts erreichen (Wardle, Brodersen, Cole, Jarvis & Boniface, 2006, S. 2–5). Darüber hinaus spielt das Gewicht der Eltern eine große Rolle in der Bewertung des Risikos, ob Kinder im Erwachsenenalter adipös bleiben. 10- bis 14-Jährige adipöse Kinder haben ein 80% erhöhtes Risiko die Adipositas auch im Erwachsenenalter zu behalten, wenn bereits ein Elternteil unter Adipositas leidet. Aber auch ein früher „*adiposity rebound*“ stellt ein erhöhtes Risiko für die Übertragung der Adipositas ins Erwachsenenalter dar (Dorosty, Emmett, Reilly & Cowin, 2000, S. 1116). Ein weiterer Risikofaktor wird darin gesehen, wie stark die Adipositas bei einem Kind ausgeprägt ist. Je höher das Gewicht ist, desto höher ist das Risiko auch im Erwachsenenalter unter dem hohem Körpergewicht zu leiden (Wabitsch et al., 2005, S. 11).

2.1.4. Diagnostik

Die Diagnostik der Adipositas wird vorrangig von Kinder- oder Hausärzten mithilfe unterschiedlicher Screening-Instrumente durchgeführt und dient dazu Kontraindikationen für einzelne Therapiemöglichkeiten auszuschließen. Durch eine gute und ausführliche Diagnostik können Therapieansätze erfolgreich Anwendung finden und sind im Nachhinein evaluierbar. Die kindliche Adipositas-Diagnostik teilt sich in eine klinische und eine laborchemische Komponente auf. Doch auch psychologische, psychosoziale und Verhaltens-Aspekte gehören zu einer umfassenden Diagnostik (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 31).

Für die somatische und laborchemische Diagnostik ist keine aufwendige Labor-oder Apparatur-Untersuchung notwendig. Durch eine gründliche Anamnese und körperliche Befunderhebung können

ursächliche Grunderkrankungen sowie medizinische Folgen der Adipositas erkannt werden. Ziel der Diagnostik sollte die Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas, der Ausschluss einer ursächlichen Primärerkrankung und das Erkennen des Gesundheitsrisikos und eventueller Komorbiditäten sein. In erster Linie ist eine Familienanamnese, Messung des Blutdrucks, Ermittlung des BMIs, sowie die Erfassung von Gewichts-assoziierten Komorbiditäten und das Erfragen der Besorgnis über das Gewicht zu erstellen. Sobald einer dieser Punkte auffällig ist, werden weitere ausführliche Untersuchungen angeschlossen. Nach Ausschluss anderer ursächlicher Grunderkrankungen werden das Gesundheitsrisiko und mögliche Komorbiditäten ermittelt (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 32–37).

Über die BMI-Berechnung hinaus gibt es verschiedene Möglichkeiten das Ausmaß einer Adipositas festzustellen. Dazu zählt unter anderem die Messung der Hautfaltendicke, welche allerdings schwer durch Referenzwerte vergleichbar gemacht werden kann. An Armen und dem Rumpf können die erhobenen Werte Auskunft über die Fettverteilung geben. Weiterhin können unterschiedliche Umfänge (Hüft-, Taillen- und Oberarmumfang) gemessen werden, die ebenfalls eine Einschätzung der Fettverteilung ermöglichen (Wabitsch et al., 2005, S. 12).

Auch psychologische Faktoren beeinflussen die Entstehung einer Adipositas, können die Therapie stark beeinflussen und sollten bei der Indikation einer Behandlungsmaßnahme berücksichtigt werden. Zudem können erhobene psychologische Parameter zur späteren Evaluation einer Behandlungsmethode beitragen. Je nach psychologischen Auffälligkeiten sollte die Therapie in ihren Inhalten, Zielen, Setting sowie zeitlicher Gestaltung angepasst werden. Eine besondere Rolle spielen an dieser Stelle Essstörungen. Sollten *Bulimia nervosa* oder eine *Binge-Eating-Disorder* vorliegen, so können einige Therapieansätze kontraindiziert wirken (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 37).

Affektive, emotionale Verhaltensstörungen können einen Teil der Adipositas sein und sollten ggf. durch weitere Untersuchungen eingegrenzt werden. Sie müssen keine Kontraindikation darstellen, können allerdings den Therapieverlauf beeinflussen. Inhaltlich sollte die Diagnostik zusätzlich die Bereiche des Ernährungsverhaltens und der Einstellung gegenüber gewichtsbezogenen Themen der Kinder und ggf. ihrer Familien abdecken. Neben den Erhebungen des Ernährungsverhaltens ist es in der Praxis üblich die körperlichen Aktivitäten zu erfassen. Unterschiedliche Tests bieten sich an, die motorischen Fähigkeiten und die Leistungsfähigkeiten der Kinder zu ermitteln. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind sollte ebenfalls betrachtet werden, da diese in der Therapie berücksichtigt werden muss. Mithilfe von spezifischen Elternfragebögen kann die Interaktion zwischen Eltern und Kind erfasst werden, die eine nicht zu vernachlässigende Rolle in der Entwicklung der Adipositas spielt (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 38–39).

Um adipösen Kindern und ihren Familien eine passende Therapie zu vermitteln, sind einige Entscheidungen zu treffen. Dazu zählen beispielsweise die Fragen, ob eine Therapie im Einzel-, Gruppen-, ambulanten oder stationären Setting stattfinden soll und welchen Umfang und Intensität passend erscheint. Zudem sollte entschieden werden, ob es sinnvoller wäre ein Kind mit oder ohne Bezugspersonen, also durch eine häusliche Trennung, zu behandeln. Wie bereits oben beschrieben fließen in die Wahl der Therapie auch psychologische Aspekte mit ein. So ist zu hinterfragen, ob soziale Kompetenzen zu stärken sind oder wie die allgemeine psychologische Verfassung des Kindes ist, die ggf. eine Stärkung der Stressbewältigungsfertigkeiten nach sich ziehen könnte. Zudem sollten das soziale Umfeld und die aktuelle Lebenssituation des Kindes, wie etwa der Tod eines Angehörigen oder Suchtverhalten von Familienangehörigen, mit einbezogen werden. Doch auch das (Ernährungs-, Ess-) Verhalten und die Aktivität der Eltern sollten in die Wahl der Therapiemöglichkeit einfließen. Es lässt sich erkennen, dass diese Wahl bei jedem Kind eine Einzelfallentscheidung ist (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 39–40).

2.1.5. Adipositas als Krankheit und ökonomische Aspekte

Aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter liegt eine Adipositas bei Erreichen oder Überschreiten der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile vor (siehe Kapitel 2.1). Treten bei einem niedrigerem Gewicht ($\geq 90.$ Perzentile bis $\leq 97.$ Perzentile) bereits zusätzliche, behandlungsbedürftige Risikofaktoren auf oder liegen bereits Folgeerkrankungen wie Stoffwechselstörungen oder arterieller Bluthochdruck vor, so ist dies aus medizinischer Sicht ebenfalls als Krankheit einzustufen (Wabitsch et al., 2005, S. 235 f.).

Mit erhöhtem Körpergewicht assoziiert...	Keine Risikofaktoren	Risikofaktor*	Krankheit**
Extreme Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile)			
Adipositas (BMI < 99,5. bis > 97. Perzentile)			
Übergewicht (BMI < 97. bis > 90. Perzentile)			
Normalgewicht (BMI < 90. Perzentile)			

Tabelle 3: Indikationsstellung für die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche

Quelle: Vgl. (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2005, S. 43)

*Als Risikofaktoren gelten: Insulinresistenz oder Hypercholesterinämie sowie familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades)

**Als Krankheiten, für deren Behandlung eine Reduktion des erhöhten Körpergewichts notwendig ist, sofern der Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht plausibel erscheint, werden angesehen: Arterielle Hypertonie, Typ-2-Diabetes,

gestörte Glukosetoleranz, Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung), Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen.

Patienten, die die Voraussetzungen (s. graue Felder, Tab. 3) mitbringen, erfüllen die Kriterien nach §43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V um an einer Therapie- oder Schulungsmaßnahme teilnehmen zu können. (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2005, S. 43). Liegt bei einem Kind ein reines Übergewicht (≥ 90 . Perzentile) vor, so werden die Kosten für Präventionskurse von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) übernommen. Die Verpflichtung hierfür ist im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, kurz Präventionsgesetz (PrävG), gemäß §§ 20 ff. SGB V festgelegt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1988, S. 19–26) und seit Juli 2015 gesetzlich gültig. Dazu zählt auch die Gesundheitsförderung in Kitas oder Schulen. Kinder und Eltern können im Bereich Gesundheit geschult werden, wodurch ihnen bereits vor der Entstehung eines zu hohen Körpergewichts zu einem gesünderen Lebensstil verholfen werden soll („Präventionsgesetz“, 2019).

Durch eine bisher nicht anerkannte Krankheitsdefinition der Adipositas vonseiten der deutschen Politik, sind die GKVen nicht verpflichtet die durch Adipositas verursachten Folgekosten, beispielsweise Therapiekosten oder Kosten für bariatrische Operationen, zu übernehmen. Aus diesem Grund ist die Entscheidung der Kostenübernahme für einen Therapie- oder Schulungsprogrammplatz auch für Kinder in der Regel eine Einzelfallentscheidung der GKVen (Hauner et al., 2013, S. 176).

2.1.6. Komorbiditäten

Als Folge der Adipositas können unterschiedliche Komorbiditäten auftreten, die sich in organischen Erkrankungen und psychischen Störungen äußern können. Neben den unten aufgeführten Komorbiditäten kann eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei Betroffenen verzeichnet werden.

Im folgenden Kapitel wird eine Übersicht über die Adipositas-assoziierten Krankheiten gegeben. Konkrete medizinische Zusammenhänge werden in dieser Arbeit aufgrund des Umfangs außeracht gelassen.

2.1.6.1. Organische Folgeerkrankungen

Als Folgeerkrankung der kindlichen Adipositas liegt ein erhöhtes Risiko in der Entstehung von Typ-2-Diabetes und dessen Vorstufe, der Veränderung der Insulinsensitivität und-resistenz vor. Besonders der hohe Körperfettanteil und der Bewegungsmangel sind Auslöser für die Insulinsensitivität und-resistenz, sowie des resultierenden Typ-2-Diabetes. Daraus entstehende Folgen können ein metabolisches Syndrom und bei Mädchen die Beeinflussung der Sexualhormone sein (Wabitsch et al., 2005,

S. 160 ff.). Ein jährlicher Inzidenzanstieg von Typ-2-Diabetes kann auf 3,7% bei unter 15-Jährigen beziffert werden und deutet auf ein stetes Wachstum hin (Müller-Wieland et al., 2019, S. 15). Die Krankheit Typ-2-Diabetes zieht eine langfristige, ernsthafte und teure Behandlung nach sich. Daten über Komplikationen, die bei Kindern mit Typ-2-Diabetes auftreten können, sind kaum vorhanden. Bei einer frühen Manifestation einer Diabeteserkrankung ist aber davon auszugehen, dass Folgeerkrankungen sehr viel früher auftreten (Wabitsch et al., 2005, S. 165–170).

Auch veränderte Lipid- und Lipoprotein-Serumkonzentrationen sind bei adipösen Kindern zu verzeichnen. Zwar beeinflussen vor allem genetische Faktoren erniedrigte HDL-, erhöhte LDL-, und Triglyceridspiegel, dennoch begünstigt ein hohes Körpergewicht die Wahrscheinlichkeit ein Ungleichgewicht in diesen Parametern zu entwickeln (Wabitsch et al., 2005, S. 173 ff.).

Bei übergewichtigen und adipösen Kindern tritt eine Hypertonie neun Mal öfter auf als bei Kindern mit Normalgewicht (Lauer u. Clarke, 1989, nach Wabitsch et al., 2005, S. 181). Bei ca. 20-30 % der adipösen Kinder können erhöhte Blutdruckwerte gemessen werden. Für jedes einzelne adipöse Kind bedeutet sein Gewicht ein 2,4fach erhöhtes Risiko an Hypertonie zu erkranken, wobei besonders das *intraabdominale Fettgewebe* eine Rolle spielt (Freedmann, 1997, nach Wabitsch et al., 2005, S. 181). Neben einem erhöhten Bauchumfang ist eine schnelle Gewichtszunahme entscheidend in der Entwicklung eines hohen Blutdrucks (Lurbe et al., 1998, S. 420 f.). Wenn ein Kind ein erhöhtes Blutdruckniveau aufweist, ist das Risiko im Erwachsenenalter eine arterielle Hypertonie zu entwickeln um das 8,5-10fache erhöht im Gegensatz zu normalgewichtigen Kindern (Lauer, Lee & Clarke, 1989, S. 1130). Folgen des hohen Blutdrucks sind kardiovaskuläre Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Gefäßveränderungen (Wabitsch et al., 2005, S. 179–182).

In verschiedenen Untersuchungen konnte ermittelt werden, dass eine Steatosis hepatis, auch Fettleber genannt, bei Kindern und Jugendlichen unabhängig vom Pubertätsstadium auftreten kann. Im Kindesalter sind Jungen dabei deutlich häufiger betroffen als Mädchen, wobei sich dies im Erwachsenenalter umdreht. Durch eine Fettleber wird das Risiko für die Entwicklung einer *Leberzirrhose* erhöht. Bei Auftreten einer Fettleber ist ein Zusammenhang mit erhöhten metabolischen Parametern zu sehen (Wabitsch et al., 2005, S. 185 ff.).

Das metabolische Syndrom ist vorwiegend dem Erwachsenenalter zugeschrieben. Es liegen Untersuchungen vor, die belegen, dass sich das metabolische Syndrom bereits im Kindesalter entwickeln kann und mit in das Erwachsenenalter getragen wird (sog. „tracking“). Dazu zählen vor allem die Dyslipidämie, der erhöhte Blutdruck (Bao et al., 1997, nach Wabitsch et al., 2005, S. 190) und die Adipositas (Steinberger, Moran, Hong, Jacobs & Sinaiko, 2001, S. 471). Darüber hinaus zählen auch die Insulinresistenz und die Hypertonie zu dem Krankheitsbild des metabolischen Syndroms. Eine ein-

heitliche Definition über Krankheitsparameter des metabolischen Syndroms bei Kindern gibt es allerdings nicht. Besonders Kinder, bei denen das intraabdominale Fettgewebe stark ausgeprägt ist, weisen vermehrt Symptome des erwachsenen metabolischen Syndroms auf (Wabitsch et al., 2005, S. 190–198).

Weiterhin können respiratorische Veränderungen und das *obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom* (OSAS) auftreten. Respiratorische Einschränkungen sind bei adipösen Kindern besonders auf die fehlende Muskulatur zurück zu führen. In dessen Folge kommt es zu Lungenfunktionsstörungen, da vermehrt Atemarbeit erfolgen muss. Ein gestörter Gasaustausch kann anschließend zu weiteren schwerwiegenden Erkrankungen, wie beispielsweise chronischer Bronchitis führen. Zudem stellt Adipositas einen Risikofaktor für das OSAS dar (König, 2001, nach Wabitsch et al., 2005, S. 201). Die Folgen des OSASs sind ein erhöhtes Risiko für kardiale Infarkte, sowie einer Manifestation eines hohen Blutdrucks tagsüber (Newman et al., 2001, S. 50). Darüber hinaus wird der Schlafrhythmus regelmäßig stark gestört, was zu einer hohen Tagesmüdigkeit führt. Besonders bei Kindern ist die Lern- und Merkfähigkeit eingeschränkt (Wabitsch et al., 2005, S. 201 ff.).

Durch ein erhöhtes Gewicht kann es zu Fußdeformationen kommen, die im Kindesalter möglicherweise noch nicht stark ausgeprägt sind, sich allerdings im Erwachsenenalter verschlechtern können. Weiterhin besteht auch ein Zusammenhang zwischen kindlicher Adipositas und dem Auftreten von Knie-, sowie Hüftarthrose im Erwachsenenalter. Dies resultiert aus den abweichenden Gewichtsverteilungen, wodurch einige Gelenke und Gelenkbereiche unterschiedlich stark belastet werden und Knorpelabnutzungen auftreten (Wabitsch et al., 2005, S. 206–211).

Endokrinologische Veränderungen können als Ursachen einer kindlichen Adipositas fungieren (siehe Kapitel 2.1.2). Darüber hinaus gibt es auch endokrinologische Sekundärveränderungen, die aufgrund einer primären Adipositas auftreten können. Eine erhöhte Schilddrüsenhormonproduktion kann in Zusammenhang mit Adipositas ermittelt werden. Vor allem bei adipösen Mädchen kann ein verfrühter Pubertätseintritt und ein *polyzystisches Ovar* vorkommen (Wabitsch et al., 2005, S. 219 f.).

2.1.6.2. Psychische Folgeerkrankungen

Die Stigmatisierung adipöser Menschen und die damit verbundenen Assoziationen, und Zuschreibungen wie „Frustesser“, „dick und dumm“, „Kummerspeck“, sind gesellschaftlich selbst bei kindlicher Adipositas tief verankert. Psychische Störungen können als Ursache einer primären Adipositas anhand von Studien nicht belegt werden. Bisher konnte zudem nicht eindeutig bewiesen werden, dass Adipositas ein erhöhtes Risiko für spezifische psychische Störungen, wie etwa Depressionen oder Angststörungen, nach sich zieht. In klinischen Stichproben konnte ermittelt werden, dass die

Prävalenzrate für Angststörungen und affektive Störungen, genauer gesagt Manien und Depression, bei adipösen Jugendlichen ($\bar{\text{Ø}}\text{-BMI: } 42 \text{ kg/m}^2$) in Langzeitrehabilitationsmaßnahmen um das zweifache erhöht sind im Vergleich zu altersentsprechenden Kontrollgruppen (Britz et al., 2000, S. 1170 f.). Es wurde festgestellt, dass in klinischen Stichproben adipöse Kinder und Jugendliche deutlich häufiger unter psychischen Störungen leiden als in nicht klinischen Studien. An dieser Stelle lässt sich vermuten, dass sich die ohnehin behandelten Kinder und Jugendlichen stärker mit psychischen Leiden auseinandersetzen.

Die psychosoziale Belastung ist bereits bei adipösen Kindern feststellbar. Vor allem Mädchen mit einem erhöhten Körpergewicht werden negativer, genauer gesagt weniger sozial kompetent und unattraktiver beurteilt als Mädchen mit Normalgewicht. Vielfach sind Hänseleien und soziale Ausgrenzungen mit kindlichem Übergewicht oder Adipositas verbunden. Das Selbstbewusstsein ist bei schwergewichtigen Jugendlichen ab dem Pubertätsalter stärker vermindert als bei jüngeren adipösen Kindern (Strauss, 2000, nach Wabitsch et al., 2005, S. 226). Eine verminderte Lebensqualität gilt als Folge (Wabitsch et al., 2005, S. 224 ff.).

2.2. Medizinische Betreuung

In den nachfolgenden Kapiteln wird der Fokus auf die Behandlungsmöglichkeiten adipöser Kinder gelegt. Neben einer Einführung in die allgemein gültigen Leitlinien, soll der Blick vor allem auf die Anforderungen an Therapie- und Schulungsprogramme, sowie die aktuelle Versorgungssituation in Hamburg gelegt werden.

2.2.1. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) hat in Kooperation mit der Deutschen Adipositas- Gesellschaft (DAG) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) im August 2019 die „Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie zur Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ veröffentlicht. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wurden die bisherigen veröffentlichten Leitlinien der AGA überarbeitet. Die enthaltenen Therapieempfehlungen stellen den aktuellsten Forschungsstand einer optimalen Behandlung kindlicher Adipositas dar (Wabitsch & Moß, 2019, S. 1 ff.). Diese Leitlinien werden im Folgenden herangezogen, um einen Überblick über die derzeitigen Standards in der Therapie kindlicher Adipositas zu erhalten.

Basistherapie

Eine wirksame Therapie ist mit den heutigen Therapiemethoden grundsätzlich möglich, allerdings sind die Therapieergebnisse zumeist nicht übereinstimmend mit den Erwartungen der Betroffenen und ihren Familien. Dabei ist eine optimale Gestaltung einer Therapie abhängig von Parametern, wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischer oder kultureller Hintergrund der zu behandelnden Person. Grundlegend wurde festgestellt, dass ein Programm zur kindlichen Adipositas- Therapie aus multi-modalen Komponenten zusammengesetzt sein sollte, um den größtmöglichen Erfolg zu erzielen. Nur die Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltenstherapie und *Elternschulungen* (in Abb. 3 dunkel hinterlegt) kann zu einem langfristigen Erfolg führen.



Abbildung 3: Die 6 Säulen der kindlichen Adipositas-Therapie

Quelle: Eigene Darstellung

Darüber hinaus sollten folgenden wichtigen Parametern in Therapie- und Schulungsmaßnahmen Aufmerksamkeit geschenkt werden:

- Verfügbarkeit von gut ausgebildetem Gesundheitspersonal bereits vor Interventionsbeginn
- Anreize, um Verhaltensänderungen in den folgenden Bereichen zu ermöglichen:
 - Ess- und Ernährungsgewohnheiten
 - Körperliche Bewegung
 - Sitzendes Verhalten
- Kombination aus Beratungs- und Schulungssituationen
 - durch papierbasierte Materialien unterstützt
- Unterstützung und Motivationsförderung durch das Gesundheitspersonal
- Individuelle Intensitäten der Interventionsmaßnahmen je nach Zielsetzung und familiärem Umfeld des zu behandelnden Kindes

Bei der Therapie von adipösen Kindern empfiehlt es sich die Eltern und das soziale Umfeld in die Therapie mit einzubeziehen. Im Jugendalter reduziert sich ggf. die Notwendigkeit der familienorientierten Therapie- und Schulungsmaßnahmen (Wabitsch & Moß, 2019, S. 22).

Gewichtsverlust während der Therapie

Mit einer Gewichtsreduktion von 0,25 BMI-SDS in einer interdisziplinären Therapie- oder Schulungsmaßnahme kann eine signifikante Verbesserung des Risikos für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen erreicht werden. Dabei ist der Verlauf des Gewichtsverlusts zwischen beiden Geschlechtern unterschiedlich stark ausgeprägt. Ein höherer Gewichtsverlust bei Jungen ist kurzfristig gesehen schneller zu erreichen, darüber hinaus ist der BMI-SDS bei Jungen langfristig stärker beeinflussbar als bei Mädchen. Dieser Umstand sollte in die Beurteilung von Therapieerfolgen mit berücksichtigt werden. Adipöse Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren profitieren stark von pädagogischen Therapieprogrammen, die schulbasiert und/oder familienbasiert ablaufen und eine Mindestdauer von sechs Monaten haben.

Selbst Kurzzeit- Therapieprogramme von wenigen Wochen haben positive Effekte. Innerhalb kurzer Zeit kann die körperliche Aktivität gesteigert, das Körpergewicht gesenkt und die Körperzusammensetzung günstig beeinflusst werden. Infolge der erfolgreichen Gewichtsabnahmen kommt es auch bei kurzzeitigen Therapieprogrammen zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls (Wabitsch & Moß, 2019, S. 23 ff.).

Ernährungstherapie

Ernährungstherapie stellt nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen eine der 4 Säulen einer multimodalen Adipositas-Therapie bei Kindern dar. Dabei gibt es auch in dem Bereich Ernährung einige belegte Grundsätze zu beachten.

Neben klassischer Ernährungsberatung sollten die Kinder an eine energiereduzierte Mischkost herangeführt werden. Die Kombination aus Wissensvermittlung und praktischen Anwendungen ist effektiver als die alleinige Ernährungsberatung. Zudem ist es wichtig, dass Eltern und Kinder über die Ernährungsumstellung aufgeklärt werden, damit die energiereduzierte Ernährung auch im Alltag umgesetzt wird. Vor allem aber soll in der Ernährungstherapie die soziale Bedeutung und Wertigkeit von Lebensmitteln verstärkt im Bewusstsein der Familien verankert werden. Der Einsatz von Lebensmitteln soll die Entdeckung von Lebensmittelvorlieben ermöglichen und geselliges Lernen fördern. Zudem wird empfohlen die Mechanismen des *flexiblen Essverhaltens* betroffenen Kindern und Familien zu vermitteln.

Vorrangig energiereiche Lebensmittel können eine der Ursache für Adipositas darstellen. Eine positive Assoziation konnte zwischen dem Konsum von zuckerhaltigen Getränken und einer Gewichtszunahme, bis hin zur Adipositas gezogen werden. Es empfiehlt sich an dieser Stelle den *Glykämischen Index (GI)* und das Ampelsystem (siehe Abb. 4) in die Ernährungstherapie einfließen zu lassen.

Lebensmitteleinteilung nach dem Ampelsystem		
Lebensmittel können reichlich verzehrt werden	Lebensmittel sollten mäßig verzehrt werden	Lebensmittel sollten gemieden werden

Abbildung 4: Ampelsystem der Lebensmitteleinteilung

Quelle: Eigene Darstellung

Durch eine klare Kategorisierung der Lebensmittel (siehe Abb. 4) kann das Ernährungswissen auf niedrigschwelliger Ebene an Kinder und ihre Eltern vermittelt werden und so den Obst- und Gemüsekonsum steigern. Mithilfe dieses Tools kann die Vorliebe für süße und fettreiche Lebensmittel vermindert und signifikante Veränderungen des Gewichts und des Ernährungsverhaltens erreicht werden. Als weitere Tools haben sich in Deutschland vor allem die Ernährungspyramide der DGE, die optimierte Mischkost oder die Verwendung des Nutri-Scores in der Adipositas-Therapie etabliert (Wabitsch & Moß, 2019, S. 28 ff.).

Bewegungstherapie

Die Bewegungssteigerung innerhalb der kindlichen Adipositas-Therapie stellt den zweiten Baustein eines interdisziplinären Schulungsangebotes dar.

Die vielen sitzenden Tätigkeiten der Kinder, die durch einen gesteigerten Fernseh- und Medienkonsum gefördert werden, sind positiv assoziiert mit der früh entstehenden Adipositas. Eine Steigerung der Alltagsbewegung, in Form von bewegten Pausen oder aktiven didaktischen Gruppenspielen ermöglichen nicht nur den Abbau von überschüssiger Energie, sondern stellt den Anfang für den Aufbau psychosozialer Fähigkeiten und die Stärkung der Motivation der Kinder dar. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass kein Leistungsdruck von Seiten des Trainers oder innerhalb der Gruppe entsteht, um Schamgefühlen entgegen zu wirken und die Motivation zu erhalten. Bei bereits vorliegenden orthopädischen oder kardiovaskulären Folgeerkrankungen kann ein Kind durch Physiotherapie auf die körperlichen Belastungen des Gruppensports vorbereitet werden. Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Art und Dauer der körperlichen Aktivität an den Grad der Adipositas angepasst ist und in möglichst geschlechtsspezifischen Gruppen stattfindet, um einen Leistungsdruck oder aufkommende Schamgefühle zu vermeiden.

Weiterhin wird empfohlen das Thema der Alltagsbewegungssteigerung in den Elternschulungen zu schulen, um neben den Sporteinheiten des Therapieanbieters tägliche Bewegung zu fördern und überwiegend sitzendes Verhalten zu vermeiden. Eine Kombination aus Kraft- und Ausdauertraining, gepaart mit Bewegungsspielen soll die Kinder motivieren täglich 90 Minuten moderate Aktivität auszuüben (Wabitsch & Moß, 2019, S. 33 ff.).

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Die Verhaltenstherapie, als weitere Säule der Adipositas-Therapie, übernimmt eine unterstützende Rolle. Mithilfe von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sollen die Verhaltensmodifikationen in den Bereichen Ernährung und Bewegung intensiviert und gefestigt werden.

In der Anfangsphase der Adipositas-Therapie sollten die Kinder und Eltern mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen intensiv betreut werden, da der anfängliche Gewichtsverlust mit einer langfristigen Gewichtsstabilisierung assoziiert ist. Die Unterstützung durch unterschiedliche Verhaltensinterventionsmaßnahmen führt nachweislich zu einem Sinken des BMIs der Kinder. Die Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des eigenen Verhaltens, das Akzeptieren von Veränderungen der Lebensbedingungen, der Bezug zu eigenen Vorbildern, das Erlernen von Strategien zum Stressabbau, das Training emotionaler Kontrolle gepaart mit kommunikativen und praktischen Übungen sollten in der Verhaltenstherapie Anwendung finden. Im Bereich der Ernährung ist es beispielsweise sinnvoll Kindern mit Hilfe des Verhaltenstrainings ein kontrolliertes *flexibles Essverhalten* zu vermitteln, welches im Gegensatz zu einer rigiden Kontrolle auf die BMI-Senkung einen langfristig effektiveren Effekt hat und die Gefahr von anschließenden Essstörungen mildert.

Empfohlen wird, dass die Verhaltenstherapie unterteilt wird in Gruppen- und Einzeltherapiestunden, wobei die Einzeltherapie der Kinder mit den Eltern zusammen stattfinden sollte. In alters- und homogen-spezifischen Gruppen erzielt die verhaltenstherapeutische Arbeit bessere Gewichtsverlustergebnisse, sofern ein erlebnispädagogischer Ansatz vorliegt, im Gegensatz zur Anwendung traditioneller kognitiver Therapien. Auch eine regelmäßige Teilnahme an Gruppeninterventionsterminen kann einen signifikant geringeren BMI bedeuten. Dabei spielt besonders die Frequenz der Schulungstermine eine bedeutende Rolle. Täglicher Kontakt zwischen Therapeut und Kind (5x pro Woche, 15 Wochen lang) hat einen stärkeren Gewichtsverlust zur Folge als wöchentliche Kontakte (1x pro Woche).

In der Familientherapie hat sich gezeigt, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen im Bereich der Erziehungskompetenzen für die Gewichtsreduktion sinnvoll sind, sofern die Therapiestunden zusammen mit Eltern und Kind stattfinden. Verstärkungsmechanismen, wie etwa das Loben, sind pädagogisch sehr wertvoll, um das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen des Kindes zu stärken. Als Folgeeffekt kann durch ernstgemeintes Lob Rückfällen entgegen gewirkt werden. Die gemeinsame Entwicklung von Problemlösestrategien trägt ebenfalls zur Vermeidung von Rückschlägen bei (Wabitsch & Moß, 2019, S. 38 ff.).

Elternschulungen

Den Elternschulungen kommt in der kindlichen Adipositas-Therapie eine wichtige Rolle zu. Durch die Einbeziehung der Eltern werden die Kinder sekundär unterstützt und können durch ein integriertes soziales Umfeld gestärkt werden. Sollten Kinder aus unvollständigen Familien kommen oder kein Kontakt zu den leiblichen Eltern bestehen, so wird stellvertretend das nahe Umfeld mit in die Therapie einbezogen. Dazu zählen Großeltern oder andere Bezugspersonen. In der vorliegenden Arbeit beinhaltet der Begriff „Elternschulung“ diese Fälle.

Bereits vor Beginn der Adipositas-Therapie sollte den Eltern verdeutlicht werden, dass ihre Beteiligung an der Therapie ihres Kindes notwendig ist, um Erfolge in der Gewichtsreduktion zu erzielen. Interventionsmaßnahmen, in denen die Erziehungskompetenzen der Eltern fokussiert werden, führen bei Kindern zu einer signifikant stärkeren Übergewichtsreduzierung als ein Programm, welches sich rein auf die multimodale Schulung der Kinder konzentriert. Gruppenschulungen, die ausschließlich mit den Erwachsenen durchgeführt werden, stellen höhere Chancen zur langfristigen Gewichtsreduzierung dar, als Veranstaltungen mit Eltern und Kindern zusammen. Die Stärkung der Eltern-Kind Beziehung, sowie die Anwendung von Verstärkungsmechanismen, beispielsweise das Loben bei Erfolgen, können zu langfristigen Erfolgen in der Gewichtsreduktion führen. Je öfter die Eltern an den Schulungen teilnehmen, desto höher fällt die Übergewichtsabnahme aus. Auch die Einbeziehung des größeren sozialen Umfeldes, etwa Freunde, Verwandte und/oder Lehrer unterstützt die langfristige Motivation der Kinder zur Beibehaltung der in der Therapie erlernten Inhalte (Wabitsch & Moß, 2019, S. 42 f.).

Ambulante vs. Stationäre Therapie

Über die Inhalte hinaus stellt sich die Frage, unter welchen Rahmenbedingungen die Therapie- und Schulungsmaßnahme stattfinden sollte. Dabei haben ambulante und stationäre Therapieansätze unterschiedliche Ausrichtungen.

Es steht außer Frage, dass bei einer stationären Therapie in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik eine Vorbereitung und Nachbetreuung beinhaltet sein sollte, um den Transfer der erlernten Inhalte in den Alltag zu realisieren. Ein großer Vorteil stationärer Behandlung ist, dass die Kinder einer rundum Kontrolle durch geschultes Personal unterliegen sind, wodurch das Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten rund um die Uhr beaufsichtigt werden kann. In einer neuen Umgebung, in der sich die Kinder für einen bestimmten Zeitraum aufhalten, kann mit Hilfe des Gruppeneffektes neue Verhaltensweisen eingeübt und verstärkt werden. Dabei ist der Gewichtsverlust deutlich stärker ausgeprägt als in einer ambulanten Kurzzeit- Therapie, was langfristig eine größere Motivationssteigerung zur Folge hat. Neben der Gewichtsabnahme finden Verbesserungen im Lipidprofil, in der Fitness und

im psychologischen Status sowie im Selbstwertgefühl statt. Stationäre Aufenthalte sind zumeist für ältere Kinder oder Jugendliche geeignet, die sich in einigen Fällen über sechs Monate erstrecken können. Therapien über einen so langen Zeitraum werden meist bei Patienten mit einer extremen Adipositas und nach Scheitern einer ambulanten, kurzzeitstationären Therapie angewendet. Wie bereits oben beschrieben ist es bei der stationären Therapie unerlässlich eine Nachbetreuung anzuschließen, da die erreichten Veränderungen langfristig sonst nicht umgesetzt werden können.

Vorteile der ambulanten Therapie sind die bessere Einbindung in den Alltag der Familien, geringere Kosten und eine Therapie im gewohnten Umfeld der Kinder. Probleme, die im Alltag auftreten, können spontan besprochen und auf Rückfälle individueller eingegangen werden. Neben den erzielten Erfolgen einer stationären Therapie, konnte in einer Studie eine signifikant größere Verbesserung in den Bereichen Insulin-, Triglycerid- und HDL-Konzentrationen durch eine ambulante Therapie nachgewiesen werden (Wabitsch & Moß, 2019, S. 45).

Medikamentöse Zusatztherapie und Adipositas-Chirurgische Eingriffe

Medikamentöse Zusatztherapien und chirurgische Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen stellen weitere Möglichkeiten dar, Adipositas zu therapieren. Eine Indikation für die Anwendung von Medikamenten kann erfolgen, sofern die Situation einer „Adipositas mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko sowie Versagen einer herkömmlichen verhaltensorientierten Therapie über mindestens neun bis zwölf Monate“ (vgl. Wabitsch & Moß, 2019, S. 47) vorliegt. Adipositas-Chirurgische Eingriffe betreffen heutzutage vor allem Jugendliche, da operative Eingriffe bei Kindern Ausnahmen darstellen sollen (Wabitsch & Moß, 2019, S. 50). In dieser Arbeit wird auf die konkrete Durchführung dieser Therapiemöglichkeiten verzichtet, da diese Therapievarianten ein Bereich der medizinischen Versorgung betreffen und über die ambulante Adipositas-Therapie hinausgehen.

Ziele der Therapie

In der „Konsensbasierten (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ sind folgende Ziele der Therapie kindlicher Adipositas aufgeführt:

- Langfristige Gewichtsreduktion (= Reduktion der Fettmasse) und Stabilisierung:
Die Überprüfung, ob dieses Ziel erreicht wurde, kann anhand des BMI-SDS gemessen und berechnet werden. Bei Kindern, die das Längenwachstum noch nicht abgeschlossen haben, kann auch eine Gewichtskonstanz langfristig ausreichen, da sich überschüssiges Körpergewicht „verwächst“.

- Verbesserung der Adipositas-assoziierten Komorbiditäten:
Wie im Abschnitt „Gewichtsverlust während der Therapie“ erwähnt ist eine Gewichtsreduzierung um 0,25 BMI-SDS ausreichend, um eine Verbesserung des Risikos für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen zu erreichen.
- Verbesserung des aktuellen Ess- und Bewegungsverhaltens des Patienten unter Einbeziehung der Familie. Erlernen von Problembewältigungsstrategien und langfristiges Sicherstellen von erreichten Verhaltensänderungen:
Durch Erreichen dieses Ziels können die Ziele eins und zwei unterstützt werden. Sofern fehlende Motivation und mangelnde Bereitschaft zur Teilnahme an einer Therapie- und Schulungsmaßnahme festgestellt werden, ist der Motivationsaufbau in erster Linie zu verfolgen.
- Vermeiden von unerwünschten Therapieeffekten:
Hierunter versteht sich die Entwicklung von Nebenwirkungen, wie die Entstehung von Essstörungen, Entwicklung oder Verstärkung orthopädischer Komplikationen oder die Bildung von Gallensteinen.
- Förderung einer normalen körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung und Leistungsfähigkeit:
Die Entwicklung einer altersentsprechenden Lebensgestaltung, unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes kann die Therapie und die Ziele eins und zwei unterstützen (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 46).

2.2.2. Zertifizierung und offizielle Anerkennung der Therapie- und Schulungsprogramme

Im Bereich der Therapie- und Schulungsangebote gibt es unterschiedliche Möglichkeiten sich zertifizieren oder anerkennen zu lassen. Der Vorteil einer Zertifizierung liegt darin, dass die GKV eine offizielle Bewertungsgrundlage erhalten, aufgrund derer die Kosten der Therapie teilweise oder vollständig übernommen werden und so für viele Familien die Therapie erst möglich wird.

Die DAG und die AGA zertifizieren Therapie- und Schulungsangebote seit 2007 auf Basis des sogenannten „Konsensuspapiers Patientenschulungsprogramme“, welches vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) 2004 aufgesetzt wurde. Eine Mitgliedschaft bei der AGA, Nachweise über zwei ausgebildete Adipositas-Trainer und über die Qualifikationen aller Mitarbeiter, ausführliche Angaben zur Durchführung und Rahmenbedingungen des Therapie- und Schulungsangebotes, sowie die Darlegung einer Evaluation des Therapieprogramms ermöglicht den Anbietern ein drei Jahre lang gültiges AGA-Zertifikat. Eine Zertifizierung kann frühestens erworben werden, wenn die Evaluation der Daten aller

Patienten vorliegt, die im vorherigen Jahr die Therapiemaßnahme beendet haben. Der Vorteil dieses Zertifikats liegt darin, dass im Falle einer Begutachtung durch die GKVen auf eine gesonderte Überprüfung der Anbieterqualitäten verzichtet werden kann, da dies bereits von der AGA durch das Zertifikat nachgewiesen wurde (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2015, S. 1 ff.).

Nach der Veröffentlichung der Studie „Evaluation von Therapieangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche (EvAKuJ-Projekt)“, die 2010 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Überprüfung der Qualität von Therapie- und Schulungsangeboten veröffentlicht wurde, stieg die Nachfrage nach mehr Qualitätsstandards für Therapie- und Schulungsangebote. Durch den Vergleich zwischen AGA-zertifizierten Angeboten und anderen Anbietern konnte verdeutlicht werden, dass Qualitätsunterschiede zwischen den Angeboten vorlagen (Hoffmeister et al., 2010, S. 7–11).

Um einheitliche Standards in der Behandlung kindlicher Adipositas zu etablieren, wurden die „Gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche (...)“ von Vertretern großer Krankenkassen, dem GKVen-Spitzenverband und einer Expertengruppe der Gemeinschaft des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* entwickelt. Diese Empfehlungen zeigen Umgangsmöglichkeiten mit der gesetzlichen Grundlage auf und stellen Forderungen, die von Therapie- und Schulungsanbietern erfüllt werden sollten, um von den GKVen anerkannt zu werden (AOK-Bundesverband GbR et al., 2015, S. 5). Um nach diesen Vorgaben von dem MDK und damit von den GKVen anerkannt zu werden, müssen folgende Unterlagen eingereicht werden:

- „Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes,
- Angaben zur Wirksamkeit,
- (...) Standortprüfungen, zusätzlich konkrete Angaben zur räumlichen/ apparativ-technischer Ausstattung
- (...) Qualitätsnachweise des interdisziplinären Teams (...)“ (vgl. AOK-Bundesverband et al., 2015, S. 23).

Neben der Vorlage eines aussagekräftigen Konzeptes bezüglich der geschulten Inhalte (siehe Kapitel 2.2.1) müssen auch Anforderungen an die Rahmenbedingungen erfüllt werden. Um eine Anerkennung zu erhalten, muss die Zusammenarbeit mit dem Haus- /Kinderarzt des zu behandelnden Kindes belegt werden. Dieser Arzt übernimmt die Aufgaben der Vor-, ggf. Zwischen- und Nachuntersuchungen und sollte mit dem Therapieanbieter im engen Austausch über den Behandlungsstand des Kindes stehen. Pro Schulungsgruppe dürfen maximal zwölf Patienten betreut werden und sollten alle zum selben Zeitpunkt mit der Maßnahme starten. Ab dem Alter von elf Jahren müssen die Kinder in ge-

schlechtshomogenen Gruppen geschult werden. Auch an die Räumlichkeiten werden Anforderungen gestellt: Pro Einrichtung muss mindestens ein Schulungs- und Besprechungsraum, eine Lehrküche, ein Gymnastikraum oder Sporthalle und ein Raum für Untersuchungen und Einzelgespräche zur Verfügung stehen. Die Dauer der Schulung sollte zwischen sechs und zwölf Monaten liegen. Die Schulungskosten sollten den Grundsätzen der Sparsamkeit und der Wirtschaftlichkeit laut § 12 Abs. 1 und 2 SGB V angepasst sein (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1988, S. 15). Konkrete Anforderungen an die Kostengestaltung sind dabei nicht vorgegeben (AOK-Bundesverband GbR et al., 2015, S. 30–36). Die Übernahme oder Beteiligung an den Kosten der Therapie- und Schulungsmaßnahme durch die GKV erfolgt sofern die Kinder an mindestens 80% der Interventionsmaßnahmen teilgenommen haben. Die Höhe des Zuschusses durch eine Krankenkasse hängt von der Versicherung ab und unterliegt keinen einheitlichen Vorgaben (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2015, S. 37).

Neben der Möglichkeit eigene Konzepte zu entwickeln, kann auch auf bestehende und anerkannte Konzepte, wie dem Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“, des damaligen aid infodienstes der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) von 2004, zurückgegriffen werden. In den Kapiteln „Medizin, Psychosoziales, Ernährung, Körperliche Aktivität und Elternschulungen“ werden Informationen, Übungen und Anregungen gegeben. Ein vorgefertigter Therapieverlauf ermöglicht ein strukturiertes Arbeiten (Stachow et al., 2007, S. 30–33).

2.2.3. Bestandsanalyse aktuell bestehender Therapie- und Schulungsprogramme

Um eine Einschätzung der aktuell vorhandenen Therapie- und Schulungsprogramme zu erhalten, ist zu Beginn der Blick auf die Entwicklung der letzten Jahre sinnvoll.

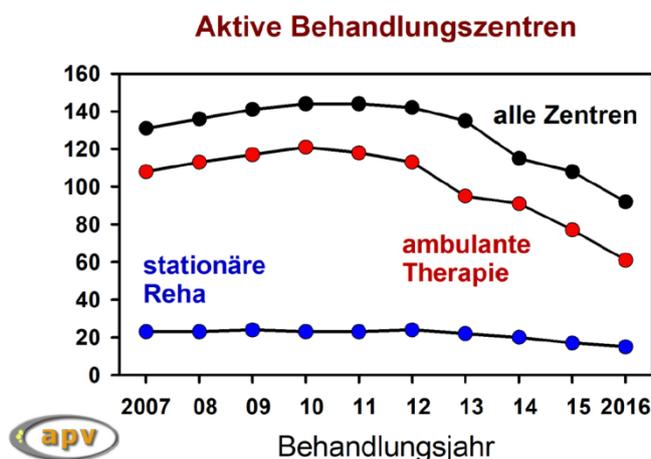


Abbildung 5: Aktive Behandlungszentren in Deutschland.
Quelle: Vgl. (Brauchmann & Wiegand, 2018, S. 46)

In Abb. 5 ist eine eindeutige Entwicklung der Therapie- und Schulungsangebote von 2007 bis 2016 erkennbar. Während die Anzahl stationärer Reha-Einrichtungen insgesamt konstant blieb, nahmen die Anzahl aller Zentren, sowie die Anzahl der ambulanten Therapie- und Schulungsprogramme seit 2012 stark ab. Im Jahr 2016 war die Anzahl dieser, im Vergleich zum Jahr 2010 von 120 auf 60 ambulante Therapieanbieter

gesunken (Brauchmann & Wiegand, 2018, S. 46).

Die AGA stellt auf ihrer Internetseite eine Übersicht über aktuell vorhandene Therapie- und Schulungsangebote für adipöse Kinder zur Verfügung. Dieses Register dient deutschlandweit als Anlaufpunkt, wenn es um die Suche nach dem passenden Therapie- und Schulungsprogramm geht. Derzeit werden 273 deutsche Therapieeinrichtungen in dem AGA- Register aufgeführt, die unterschiedliche Ansätze verfolgen. Darunter fallen unter anderem Krankenhäuser, Vereine, private Ernährungsberatungen und niedergelassene Ärzte.

Bundesländer	Anzahl insgesamt*	Anzahl stationärer Therapieeinrichtungen	Anzahl ambulanter Therapieeinrichtungen
Deutschlandweit	273	96	220
Nordrhein-Westfalen	50	12	46
Bayern	46	13	37
Baden-Württemberg	35	7	29
Niedersachsen	26	11	18
Schleswig-Holstein	25	7	19
Hessen	16	8	13
Mecklenburg-Vorpommern	14	12	6
Sachsen-Anhalt	11	6	8
Rheinland-Pfalz	10	5	6
Sachsen	9	6	6
Berlin	9	0	9
Thüringen	5	3	4
Hamburg	5	1	5
Brandenburg	4	2	4
Bremen	4	1	4
Saarland	3	1	3

Tabelle 4: Anzahl der Therapieeinrichtungen insgesamt, stationär und ambulant nach Bundesländern

*bereinigt: Einrichtungen, die sowohl ambulante als auch stationäre Interventionsmaßnahmen anbieten werden nicht doppelt gezählt.

Quelle: Eigene Darstellung. Mod. nach („Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“, o. J.)

Die Tabelle 4 zeigt, dass in Hamburg fünf ambulante Therapie- und Schulungsprogramme angeboten werden. Im Vergleich steht Hamburg damit am unteren Rand der Angebotsanzahl in Deutschland. Zwar handelt es sich in Hamburg um einen Stadtstaat und bemisst damit vergleichsweise wenig Fläche, allerdings liegt Hamburg an dritter Stelle mit den meisten übergewichtigen Einschulungskindern in Deutschland (siehe Kapitel 2.1.1). Unter den fünf angezeigten Therapie- und Schulungsangeboten wird das Schulungsprogramm „MobyKids“, ehemals MobyDick, und das dazugehörige Präventionszentrum, das „Kinderkrankenhaus Wilhelmstift“, „Die Brücke e.V.“, ein Verein zur Beratung von Suchtmitteln und u.a. Essstörungen und das Schulungsprogramm „Rallye Energy“ der „Zentrale für

Ernährungsberatung e.V. (zeb e.V.)“ angegeben. Das Schulungsprogramm „Rallye Energy“ wird aktuell nicht mehr angeboten (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2015).

Über das Register der AGA hinaus gibt es weitere Therapieangebote, die nicht bei der AGA registriert sind und somit nicht in diesem Register aufgeführt werden. Eine genaue Festlegung der Anzahl der Therapie- und Schulungsangebote ist derzeit nicht möglich. Zu der unvollständigen Übersicht der Anzahl der Angebote kommt hinzu, dass die aufgeführten Daten veraltet und teilweise unvollständig oder falsch sind. Durch Stichproben konnte festgestellt werden, dass einige Anbieter nicht mehr existieren oder mittlerweile ein anderes Angebotsportfolio verfolgen (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2015). Laut Anfrage bei der AGA wird derzeit an einer neuen Homepage gearbeitet, die im Frühjahr 2020 veröffentlicht werden soll. Infolgedessen wird die Übersicht der Therapieeinrichtungen möglicherweise neu überarbeitet. Da es sich bei diesem Register um ein passives Angebot handelt, ist die AGA auf Mitteilungen über Veränderungen des Angebotes durch die Anbieter angewiesen. Tatsächlich liegen keine weiteren Datensätze über bestehende Therapie- und Schulungsangebote öffentlich zugänglich vor, sodass keine genaue Angabe über die aktuelle Anzahl der Therapieeinrichtungen gemacht werden kann (siehe Anhang B) (Tiedjen, 2020).

2.2.4. Wissenschaftliche Evaluierung der Therapie- und Schulungsprogramme

Um einen Beleg für die Wirksamkeit der Therapie- und Schulungsprogramme zu erhalten, wird von dem MDS, dem MDK und von den GKVen eine Evaluierung der eigenen Interventionsmaßnahmen gefordert.

Innerhalb der Evaluation müssen Daten der teilgenommenen Patienten ein und zwei Jahre nach Beendigung der Maßnahme erfasst und ausgewertet werden. Dabei ist besonders die Aufzeichnung des BMI-SDS gefordert, da dieser Parameter darüber entscheidet, ob eine Therapie und Schulung erfolgreich war. „Als relevante BMI-Reduktion wird eine Verringerung der BMI-SDS um mindestens -0,2 angesehen“ (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2015, S. 33).

Neben internen Evaluierungsmaßnahmen der Anbieter gibt es die Möglichkeit die erhobenen Daten an die Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) zu übermitteln. Unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Holl der Universität Ulm wurde dieses EDV-basierte Dokumentationsprogramm im Jahr 2000 aufgebaut und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Kompetenznetz Adipositas und der DAG unterstützt. Den Auftrag zum Aufbau dieses Programms stammt ursprünglich von der AGA (Bollow, o. J.).

Insgesamt nehmen aktuell 212 Einrichtungen an der APV teil, wozu Therapie- und Schulungsangebote für Erwachsene und Kinder zählen. Das Spektrum teilnehmender Anbieter reicht von stationären

Reha-Einrichtungen, über Vereine, private Arzt- und Ernährungspraxen sowie Krankenhäuser (Holl, 2019).

Mit Hilfe der APV werden adipositasrelevante Daten erfasst und stehen anschließend für zahlreiche Auswertungen zur Verfügung. So erhalten Anbieter einen Überblick über die Erfolge des eigenen und den Vergleich zu anderen Therapie- oder Schulungsprogrammen anderer Anbieter. Das ganze Programm anonymisiert die Daten gleich zu Beginn, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer geschlossen werden können (Holl & Ranz, 2014, S. 2).

3. Methoden

Die vorangegangenen Informationen deuten darauf hin, dass die Angebotslage an Therapie- und Schulungsangeboten für adipöse Kinder auch in Hamburg in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Auf der anderen Seite stagniert die Zahl adipöser Kinder seit Jahren auf einem konstant hohen Niveau (siehe Kapitel 2.1.1). Diese Diskrepanz wirft die Frage auf, weshalb eine derart große Lücke besteht. Infolgedessen ist es notwendig, die zuvor aufgeführten Hypothesen erneut zu betrachten:

- Es gibt aktuell kein ausreichendes Angebot an Therapie- und Schulungsprogrammen für adipöse Kinder in Hamburg.
- Die vorhandenen Angebote erreichen die Zielgruppe adipöser Kinder nicht.
- Die bestehenden Angebote sind in Bezug auf die Adipositas-Therapie unwirksam.

In den folgenden Kapiteln wird auf die herangezogene Methode Bezug genommen, die eingesetzt wurde, um die aufgeführten Hypothesen zu prüfen. Dazu wurden leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Um spezifische Informationen und unterschiedliche Sichtweisen zu erhalten, wurden die Gespräche mit Schlüsselpersonen aus verschiedenen Fachbereichen der Adipositas-Therapie geführt. Die Methode der Experteninterviews wurde gewählt, da in den Gesprächen unerwartete Informationen auftreten könnten, die vorher nicht in Betracht gezogen wurden oder Verweise auf hilfreiche Dokumente oder andere Gesprächspartner enthalten könnten. Zudem ermöglichen sie einen Einblick in das tägliche Geschäft der kindlichen Adipositas-Therapie.

3.1. Experteninterview

Grundlegend kann das Experteninterview wie folgt definiert werden: Mit Hilfe von Experteninterviews kann durch leitfadengestützte, qualitative Gespräche Datengewinnung und die Interpretation von bestehenden Daten betrieben werden (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 2 f.). Die Definition soll im Folgenden näher erläutert und die Verbindung zur vorliegenden Arbeit gezogen werden.

Experten

„Experten (...) sind Angehörige einer Funktionselite, die über besonderes Wissen verfügen“ (vgl. Gläser & Laudel, 2010, S. 11). Diese Definition kann viele Menschen mit einbeziehen und lässt den Begriff des Experten weit fassen. Durch die bereits vor der Befragung entstandenen Forschungsfragen und das spezifische Forschungsinteresse, lässt sich die Zielgruppe der Experten für diese Arbeit jedoch gut eingrenzen. Das Wissen des Experten in Bezug auf die Forschungsabsichten und der Stand eines Experten in einer Funktionselite, wie etwa Träger von Professorentiteln oder Inhaber eines Sitzes in einem Beratungsgremium (Meuser & Nagel, 1994, S. 181), sowie die Zuschreibung von Prestige und Einfluss können die Zielgruppe der gesuchten Experten weiter eingrenzen. Nicht nur das Expertenwissen alleine ist von großem Interesse, vor allem die Verknüpfung des Wissens mit der Arbeitspraxis ist wertvoll (Bogner et al., 2014, S. 12 ff.). Die unter diesen Kriterien ausgewählte Stichprobe wird in Kapitel 3.2 Stichprobe konkreter erläutert.

Leitfadengestütztes, qualitatives Gespräch

Es gibt unterschiedliche Formen eines leitfadengestützten, qualitativen Gespräches. Die Experteninterviews sind in der vorliegenden Arbeit die zentrale Methode, wodurch die Wahl der Art der Interviews auf die sogenannten „Fundierten Experteninterviews“ fällt. Als weitere Unterteilung findet das systematisierende und theoriegenerierende Experteninterview Anwendung. Das systematisierende Experteninterview zielt auf die reine Informationsgewinnung ab. Das theoriegenerierende Interview hingegen wird eingesetzt um, Erfahrungen, Einstellungen und jenes Wissen, was für den professionellen Handlungsrahmen notwendig ist, zu erfragen. Beide Arten benötigen unterschiedlich stark strukturierte Leitfäden und anschließend andere Auswertungsverfahren. In dieser Arbeit finden beide Arten ihre Anwendung (siehe Kapitel 3.5). Die Verwendung eines Leitfadens ermöglicht in allen Interviews, in denen er angewendet wird, die gleiche Informationsbasis zu erhalten, um so anschließend Aussagen miteinander vergleichbar machen zu können (Bogner et al., 2014, S. 22–25). Der Gesprächsleitfaden findet sich im Anhang C.

Datengewinnung und Interpretation bestehender Daten

Die Datengewinnung, in der vorliegenden Arbeit in Form von Expertenwissen, bezieht sich auf unterschiedliche Ebenen. In der vorliegenden Arbeit wurde der Fokus auf das Prozesswissen und das Deutungswissen der Experten gelegt. Beim Prozesswissen handelt es sich um Erfahrungswerte, die von den jeweiligen Experten im Umgang mit Abläufen, Hintergründen und Zusammenhängen gemacht werden konnten. Das Deutungswissen hingegen greift die Sichtweisen, Interpretationen und Erklärungsmuster der Experten auf (Bogner et al., 2014, S. 18 f.). Die Abläufe und Entwicklungen der Inhalte einer Therapie sowie die Zusammenhänge mit gesetzlichen Regelungen, spielen in dieser Arbeit eine bedeutende Rolle, um die Leitfrage beantworten zu können. Auch die persönlichen Erfahrungen der Interviewpartner und ihre Einschätzungen bezüglich Vergangenheit und Zukunftsaussichten der ambulanten Therapie- und Schulungsangebote für adipöse Kinder, können zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen.

3.2. Stichprobe

Die Stichprobe umfasste sieben Interviewpartner, die in unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Adipositas-Therapie beruflich tätig sind. Durch die Vielschichtigkeit der Thematik war es notwendig, unterschiedliche Meinungen zu erfassen. Vier der befragten Interviewpartner leiten und/oder arbeiten in verschiedenen Therapie- und Schulungsprogrammen, die in Hamburg und näherer Umgebung angeboten werden. Ein Gesprächspartner arbeitete vor einigen Jahren in einem Therapie- und Schulungsprogramm, welches heute nicht mehr angeboten wird. Die Wahl, auch die Hamburger Umgebung mit einzubeziehen wurde getroffen, da in Hamburg aktuell nur vier Anbieter tätig sind (siehe Kapitel 2.2.3) und somit auch angrenzende Therapie- und Schulungsangebote von Patienten und ihren Familien in Anspruch genommen werden. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte willkürlich. Bei den Expertengesprächen wurde der Fokus besonders auf das Deutungswissen der Interviewpartner gelegt, da ihre teilweise langjährige Berufstätigkeit umfassende Erfahrungen in diesem Bereich ermöglicht hat. Krankenversicherungen spielen in diesem Arbeitsbereich ebenfalls eine große Rolle, besonders in Bezug auf die Kostenübernahme der Therapie. Hierfür konnte ein Interview mit einer Mitarbeiterin des Kassenverbands AOK Rheinland-Hamburg geführt werden. Darüber hinaus konnte der medizinische Leiter der APV, Herr Prof. Dr. Holl der Universität in Ulm als Interviewpartner gewonnen werden. Beide Gespräche befassten sich hauptsächlich mit dem Prozesswissen der Interviewpartner, da in ihren Arbeitsbereichen dieses Wissen besonders gefragt ist.

3.3. Durchführung

Um an die genannten Interviewpartner heran zu treten, wurden im Vorwege Interviewanfragen per E-Mail versendet, in denen das Anliegen, Inhalte des leitfadengestützten Interviews und die Rahmenbedingungen erläutert wurden. Einige Tage später wurden die kontaktierten Interviewpartner über die recherchierten Telefonnummern angerufen, um einen Gesprächstermin zu vereinbaren. Von zwölf Interviewanfragen konnte mit sieben Interviewpartnern ein Gespräch geführt werden.

An dem jeweiligen vereinbarten Termin wurde das leitfadengestützte Interview telefonisch oder persönlich, je nach Entfernung und Wunsch des Interviewpartners, geführt. Die persönlichen Gespräche wurden entweder am Arbeitsplatz der Interviewpartner geführt oder an vereinbarten Treffpunkten, beispielsweise einem Café. Die Interviews, in denen eine Aufzeichnung ausdrücklich erlaubt wurde, wurden mithilfe der Apps „Cube ACR“ oder „Diktiergerät“ aufgenommen. Die Inhalte der anderen Gespräche, ohne ausdrückliche Erlaubnis zur Aufzeichnung, wurden durch Notizen der Interviewerin festgehalten. Darüber hinaus wurde erfragt, welche besprochenen Inhalte in der vorliegenden Arbeit beschrieben werden dürfen. Zudem wurde die Wahrung der Anonymität der Teilnehmer besprochen. Weder Arbeitgeber noch die interviewten Personen werden in dieser Arbeit kenntlich gemacht. Die Erwähnung von Herrn Prof. Dr. Holl und die Nennung der AOK sind mit den beteiligten Personen vereinbart und explizit erlaubt worden.

3.4. Messinstrument

Die Experten erhielten die Gesprächsleitfäden mit dem Erstkontakt als E-Mail-Anhang. So waren die besprochenen Themen bereits im Vorwege bekannt. Der Einsatz eines teilstandardisierten Leitfadens, in dem die Fragen bereits vorformuliert sind (Bogner et al., 2014, S. 28), wurde eingesetzt, um diesen ggf. auch digital von den Interviewpartnern ausfüllen zu lassen (siehe Anhang D). Dieses Angebot wurde nicht in Anspruch genommen. Der teilstandardisierte Gesprächsleitfaden kam anschließend in den Gesprächen zum Einsatz. Zu Beginn der Gespräche wurde das Thema der Bachelorarbeit erklärt und vermittelt. Außerdem wurde angemerkt, dass sich das Gespräch am Leitfaden orientieren würde, die Reihenfolge allerdings individuell verlaufen könne. Durch die Wahl eines überwiegend qualitativen Interviews wurde die Gesprächssituation offen und flexibel gehalten, sodass auch Informationen in das Gespräch einfließen konnten, die vorher nicht in Betracht gezogen wurden. Einige quantitative Fragen ermöglichten explizite Angaben, beispielsweise über Teilnehmerzahlen des Angebotes. Das Ziel der gewählten Fragen war, die Einstellungen und Sichtweisen beteiligter Personen zu ermitteln, miteinander zu vergleichen und anschließend den Verbesserungsbedarf im Gesamtsystem zu analysieren. Die Dauer der Interviews lag zwischen 25 und 82 Minuten.

Um einen umfassenden Überblick erstellen zu können, wurde der Gesprächsleitfaden für die Anbieter in vier Bereiche aufgeteilt: Rahmenbedingungen, Inhalte, Leitlinien und Zertifizierungen sowie die Resonanz der Kinder auf das Angebot. Der erste Teilbereich „Rahmenbedingungen“ ist überwiegend quantitativ ausgelegt. Er bietet die spätere Grundlage, um die Angebote miteinander vergleichen zu können und eine Einschätzung beispielsweise über die Anzahl der Teilnehmer zu erhalten. Der weitere Aufbau erfolgt anhand von qualitativen Fragen. Im Kapitel „Inhalte des Angebotes“ geht es um die konkreten Interventionen, die für Kinder und Familien angeboten werden und die Beschreibung eines klassischen Ablaufs einer Schulungsgruppe. Inwieweit die Leitlinien der AGA Anwendung im Therapie- und Schulungskonzept finden, wird im dritten Kapitel „Leitlinien und Zertifizierungen“ des Interviews vertieft. Gleichwertig werden hier auch die Themen Zertifizierungen und Anerkennungen des Programms aufgegriffen. Durch die hier gestellten Fragen sollen sowohl Vorteile als auch damit verbundene Probleme aufgedeckt werden. Im letzten Abschnitt des Gespräches soll die Resonanz der behandelten Kinder und ihrer Familien in den Fokus genommen werden. Die Antworten hinter den gestellten Fragen sollten aufzeigen wie das Angebot von den Patienten angenommen wird und an welcher Stelle ggf. Handlungsbedarf bestehen könnte. Zum Abschluss des Gespräches hatte jeder Interviewpartner die Möglichkeit, Wünsche in Bezug auf die optimale Gestaltung der Behandlung adipöser Kinder zu äußern. Diese Frage zeigt auf, an welcher Stelle Anstrengungen zur Verbesserung aus Sicht der Interviewpartner nötig wären.

Die Fragen an Herrn Prof. Dr. Holl (siehe Anhang E) und der Mitarbeiterin der AOK (siehe Anhang F) unterschieden sich thematisch von den Fragen an die Anbieter der Therapie- und Schulungsangebote, da ihre Arbeitsgebiete in der Dokumentation und Bewilligung der Therapien liegen. Inhaltlich bezog sich das Gespräch mit Herrn Prof. Dr. Holl auf die Entwicklung der Angebotslandschaft, sowie seine Einschätzung über die aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich. Die Fragen an die Mitarbeiterin der AOK behandelten thematisch besonders die Voraussetzungen für die Kostenübernahme einer Therapie, sowie die Einschätzung der aktuellen Situation aus Sicht der Krankenkasse.

3.5. Auswertung

Die angewendete Auswertungsmethode orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse, die von Gläser und Laudel entwickelt wurde. Hierbei werden aus dem Text Informationen extrahiert, die anschließend analysiert und interpretiert werden. Der Vorteil dieser verwendeten Methode liegt darin, die Fülle an Daten zu reduzieren und nur die Inhalte zu nutzen, die der Prüfung der aufgestellten Hypothesen dienen. Dafür wird aus den Vorüberlegungen zu den Interviews ein Kategorieraster erstellt, nach welchem die Informationen sortiert werden können. Zudem kann das Raster während der Auswertung um Kategorien ergänzt werden, sofern Informationen auftreten, die zu Beginn nicht

bedacht wurden (Gläser & Laudel, 2010, S. 199–206). Alle aufgezeichneten Gespräche wurden mit Hilfe des Programms „MAXQDA 2018“ analysiert und die Daten anschließend aufgearbeitet. Die verwendeten Transkriptionsregeln hierfür finden sich in Anhang G.

In der qualitativen Inhaltsanalyse von Gläser und Laudel sind vier Arbeitsschritte zu befolgen, die im folgenden Abschnitt mit dieser Arbeit in Zusammenhang gesetzt werden.

1.) Vorbereitung der Extraktion

Die Vorbereitung der Extraktion der Informationen aus den Interviewtexten erfolgte bereits vor der Durchführung der Gespräche. Durch die Strukturierung des Leitfadens wurden bereits Kategorien gebildet, die wiederum Unterfragen beinhalten. Diese Strukturierung dient in der Extraktion der Informationen als eine Art Suchraster nach dem die Texte durchsucht werden. Die einzelnen Kapitel und Unterfragen wurden in dem Computerprogramm „MAXQDA 2018“ als Kategorien aufgestellt. Eine Übersicht der verwendeten Kategorien befindet sich im Anhang H.

2.) Extraktion

Bei der Extraktion der Informationen aus den transkribierten Interviews ist es sinnvoll einige Regeln zu beachten:

- Extrahierte Informationen sollten alleinstehend in die Kategorien eingeteilt werden. Beschriebene Kausalketten sollten möglichst untergliedert werden und einzeln in die Kategorien sortiert werden.
- Informationen sollen nicht in mehrere Kategorien eingeordnet werden. Durch die Einordnung einer Information in unterschiedliche Kategorien wird die Auswertung der Daten im Anschluss unübersichtlich. Passt eine Information in keine Kategorie, so kann eine neue Rubrik eröffnet werden. Kategorien sollten allerdings nie ersetzt werden, da so bereits getroffene Extraktionen verloren gehen.
- Anhand selbst aufgestellter Extraktionsregeln kann ein einheitliches Verfahren bei wiederkehrenden Extraktionsproblemen gewährleistet werden. Im Laufe der Sondierung von Informationen treten ggf. Definitions- oder Interpretationsschwierigkeiten auf. In solchen Fällen ist es ratsam beim ersten Auftreten eines solchen Problems zu entscheiden, welche Lösung man in diesem Falle wählt, um bei folgenden auftretenden Problemen identisch vorgehen zu können. Zudem können die subjektiven Entscheidungen von Dritten nachvollzogen werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 214–221). Die in dieser Arbeit getroffenen Extraktionsregeln befinden sich im Anhang I.

In der vorliegenden Arbeit wurden die fünf geführten Interviews mit den Anbietern nacheinander extrahiert und in ein einheitliches Kategorie-System einsortiert, sodass die Informationen vergleichbar sind. Die Notizen der Gespräche mit Herrn Prof. Dr. Holl und der Mitarbeiterin der AOK wurden separat ausgewertet. Die erhobenen Daten aus diesem Gespräch konnten aufgrund einer komprimierten Form direkt in die Arbeit integriert werden.

3.) Aufbereitung der Daten

Die Aufbereitung der Daten fand in einem neuen Dokument statt, da die einzelnen Arbeitsschritte jeweils als Ausgangsbasis für den nächsten Arbeitsschritt zu sehen sind und diese im Nachhinein nachvollziehbar sein sollten (Gläser & Laudel, 2010, S. 229 ff.).

Die Auswertung der für diese Arbeit erhobenen Daten erfolgte in einer separaten Excel-Datei. Die Hauptkategorien bildeten dabei die zu Beginn aufgestellten Hypothesen. Die verwendeten Kategorien wurden den Hypothesen thematisch untergeordnet, um anhand der enthaltenen Informationen eine Prüfung dieser zu ermöglichen. Informationen, die für eine Hypothese wichtig und nicht in den enthaltenen Kategorien eingeteilt waren, konnten auch einzeln den jeweiligen Hypothesen zugeordnet werden.

4.) Auswertung

Die Auswertung diene der Beantwortung der Forschungsfrage und der Prüfung der aufgestellten Hypothesen. Konkrete Regeln lassen sich laut Gläser und Laudel nicht aufstellen. Die Auswertungsmethode hängt dabei unter anderem von dem vorliegenden Material ab und der Art der Fragestellung. Festgelegte Verfahren gibt es demnach nicht. Lediglich Strategien zur Auswertung, die allerdings nicht nur der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel dienen, können die Auswertung unterstützen. Das Vorgehen dabei unterteilt sich in drei Schritte, die in der Anwendung ineinander überfließen können. Zu Beginn werden die individuellen Erfahrungen, Meinungen und Berichte der einzelnen Interviewpartner ausgewertet. Da diese Berichte subjektive Sichtweisen sind, wäre es falsch sie als die einzige Wahrheit zu übernehmen. Somit sollten die unterschiedlichen Sichtweisen der Interviewpartner beleuchtet werden und Unterschiede und/oder Gemeinsamkeiten aufgedeckt werden. Sofern unterschiedliche Meinungen und Erfahrungen vorliegen, ist es von Nöten diese zu hinterfragen und ihre Ursachen zu ermitteln, was den zweiten Schritt darstellt. Die ermittelten gemeinsamen subjektiven Aussagen der Interviewpartner stellen den dritten Arbeitsschritt dar und können zur Bestätigung oder Wiederlegung der Hypothesen herangezogen werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 246–249).

4. Ergebnisse

Wie bereits in den theoretischen Grundlagen erfasst, kann an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass die Anzahl adipöser Kinder seit den frühen 2000er Jahren gleichbleibend auf einem hohen Niveau stagniert. An den bisherigen und aktuellen Ansätzen der Therapie kindlicher Adipositas besteht möglicherweise kein Interesse oder sie könnten womöglich nicht effektiv genug sein, um die Zahl der adipösen Kinder zu senken. Anhand der gewählten Hypothesen (siehe Kapitel 1) soll untersucht werden, wo die Lücken und Chancen der ambulanten Therapie- und Schulungsangebote liegen, um zu ermitteln, weshalb die Zahl der adipösen Kinder auf einem hohen Niveau stagniert.

4.1. Hypothesenprüfung

Im folgenden Kapitel werden die aufgestellten Hypothesen anhand der geführten Interviews und die darin enthaltenen Aussagen überprüft. Dazu wurde das Kapitel in drei Unterkapitel aufgeteilt, wobei sich jeder Abschnitt mit einer Hypothese beschäftigt. Im Anschluss daran wird auf die Handlungsempfehlungen eingegangen.

4.1.1. 1. Hypothese

Versorgungssituation: Es gibt aktuell kein ausreichendes Angebot an Therapie- und Schulungsprogrammen für adipöse Kinder in Hamburg.

Zur Bestätigung oder Wiederlegung dieser Hypothese bedarf es der Beleuchtung unterschiedlicher Arbeitsfelder. Im Gespräch mit Herrn Prof. Dr. Holl konnten einige Informationen ermittelt werden, die dazu beitragen können, diese Hypothese zu überprüfen.

Herr Prof. Dr. Holl berichtete, dass aktuell 212 Therapie- und Schulungsangebote im APV registriert sind. Diese Zahl ist allerdings nicht deckungsgleich mit allen bestehenden Angeboten, die es deutschlandweit zurzeit gibt. An dieser Stelle fehlt die konkrete Definition eines Therapie- und Schulungsprogrammes, so können unter anderem auch Kinderärzte der APV Daten liefern, die auf diese Weise mitzählen. Eine weitere Dimension ist die Betrachtung der Angebotsentwicklung über einen größeren Zeitraum. Dies ermöglicht eine Einschätzung, wie die aktuelle Angebotslandschaft im Vergleich zur Vergangenheit aussieht. Laut Herrn Prof. Dr. Holl ist die Situation vor 20 Jahren eine ganz andere gewesen. Die Implementierung der *Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)* und deren Behandlungsleitfaden (siehe Kapitel 2.2.1) versprachen, dass es ein passendes Modell sein könnte, um die kindliche Adipositas zu behandeln. Stationäre Reha-Angebote sind gemieden

worden, da die Trennung von Kind und Eltern von der Gesellschaft nicht erwünscht war. Zudem bestand das Problem der Einbettung in eine Langzeittherapie und die Finanzierung des stationären Aufenthaltes. Heutzutage befindet sich laut Prof. Dr. Holl viel Geld in den Reha-Zentren für Kinder. Zudem liegt der Fokus heute immer häufiger auf chirurgischen Maßnahmen in Form von frühen bariatrischen Eingriffen, da diese erfolgreichere und schnellere Gewichtsabnahmen zur Folge haben. Eine weitere, immer populärer werdende Herangehensweise ist der Einsatz von Medikamenten, welche laut Herrn Prof. Dr. Holls Aussage zukünftig noch mehr Aufmerksamkeit erlangen wird. Diese Tatsachen haben eine veränderte Sichtweise der Kostenträger auf ambulante Therapie- und Schulungsprogramme zur Folge. Laut seiner Aussage wird von Seiten der Krankenkassen geäußert, dass die Adipositas-Therapie eher gemeinschaftlich, durch eine Art Sozialhilfe finanziert werden sollte. Durch diese Entwicklung haben laut Prof. Dr. Holl private Anbieter von ambulanten Therapie- und Schulungsprogrammen ein immer größeres Problem der Finanzierung. Dies wurde in einem weiteren Expertengespräch mit einem Anbieter bestätigt: „Was seit Jahren läuft: stationär [Therapie] lässt sich leichter finanzieren oder bewilligen. Eigentlich ist das falsch herum. (...) Und wenn sie auch erst stationär schicken und dann ambulant nachsorgen - inhaltlich macht das Sinn und es ist auch toll, aber deswegen ist für ambulante Programme momentan gar nicht der Raum. (...) Keiner ist neugierig auf neue Programme“ (Anbieter A, 2019). Zudem kommt als erschwerende Tatsachen hinzu, dass die Patienten Schwierigkeiten in der Terminwahrnehmung haben und Motivationsprobleme zeigen. So ist das Angebotsspektrum aus Sicht von Herrn Prof. Dr. Holl heute sehr eingeschränkt (Holl, 2019).

Beziehend auf die Angebotslandschaft in Hamburg äußerte sich die Mitarbeiterin des Kassenverbands AOK Rheinland-Hamburg. Laut ihrer Aussage ist die Vielfalt an Therapie- und Schulungsprogrammen zurzeit sehr eingeschränkt. Im Hamburger Bereich sind momentan nur vier Einrichtungen aktiv. Auch sie bestätigte, dass die Angebotssituation vor einigen Jahren noch ganz anders aussah, Hamburg aber mittlerweile sehr schwach mit guten Schulungsprogrammen besiedelt ist (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, 2019).

Die These soll auch durch die Meinungen und Erfahrungen der Anbieter von Therapie- und Schulungsangeboten beleuchtet werden. Die für die Auswertung der Informationen aufgestellten Kategorien (siehe Kapitel 3.5), werden im folgenden Abschnitt verwendet, um eine Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

Anzahl betreuter Patienten

In dieser Kategorie wurden Aussagen darüber getroffen, wie viele Patienten innerhalb der Angebote betreut werden. Die Fragestellung, die dafür in den Interviews gestellt wurde, lautete: „Wie viele Kinder betreuen Sie durchschnittlich?“

Mithilfe dieser Fragestellung soll in Erfahrung gebracht werden, wie die Auslastung der Programme ausfällt. Die dazugehörige Überlegung lautet, dass wenn die aktuellen Programme nicht ausgelastet sind, die Gesamtanzahl an Programmen für betroffene Patienten ausreicht. Die Zertifizierungsvorgaben schreiben vor, dass die Gruppen nicht mehr als zwölf Kinder umfassen dürfen (siehe Kapitel 2.2.2). Laut Aussagen eines Interviewpartners wird diese Anzahl der Patienten manchmal überschritten, sodass auch 13 oder 14 Patienten in einer Gruppe teilnehmen (Anbieter E, 2019). Drei der fünf Interviewpartner berichteten, dass die Gruppen zumeist bei zehn Patienten gedeckelt sind. „In der Regel würde ich sagen, dass momentan in den Gruppen zwischen sieben und zehn Kindern sind. Wir dürfen bis zwölf.“ (Anbieter C, 2019). Insgesamt wurde in vier von fünf Interviews berichtet, dass die Anzahl der betreuten Kinder unter den vorgeschriebenen zwölf Patienten liegt.

Auslastung der Therapie- und Schulungsprogramme

Die Wahl dieser Kategorie ermöglicht konkretere Aussagen in Bezug auf die Auslastung der Angebote. Anhand der Frage „Könnten Sie aktuell theoretisch auch mehr Kinder in die Behandlung aufnehmen?“ wurden folgende Antworten gegeben.

Zwei der Gesprächspartner berichteten, dass einige ihrer angebotenen Gruppen aktuell sehr voll sind. „Im Moment explodiert gerade unsere große Gruppe. Da haben wir sogar 14 und wir dürfen ja nur zwölf. Und 14 nehme ich dann auf, wenn der Andrang ganz groß ist. (...) 16 hatten wir auch schon einmal.“ (Anbieter D, 2019). Hingegen wurde von drei Interviewpartnern berichtet, dass sie weitere Patienten aufnehmen können. „Ich habe selten Gruppen, die so voll sind, obwohl der Bedarf da ist.“ (Anbieter C, 2019) oder „(...) wir streben natürlich mehr an und würden gerne noch mehr Kinder gewinnen in die Gruppen, (...) aber wir haben wesentlich mehr Möglichkeiten, also wesentlich mehr Aufnahmekapazitäten.“ (Anbieter B, 2019) waren die Antworten auf die gestellte Frage. Drei der fünf Interviewpartner teilten mit, dass eine größere Aufnahmekapazität vorhanden ist.

Probleme der Anbieter

Innerhalb der Expertengespräche schilderten die Gesprächspartner Probleme, die ihnen im Alltag begegnen. Diese Schilderungen werden an dieser Stelle aufgenommen, da die Ursachen für ein mögliches Angebotssterben hier begründet sein könnten.

Die Probleme, die von den Gesprächspartnern geschildert wurden sind vielfältig. Große Aufmerksamkeit erfährt das Thema Finanzen in den Gesprächen mit den Experten. Bereits zu Beginn eines Arbeitsprozesses treten die Schwierigkeiten der Finanzierung auf. „Wovon sollen wir leben, wenn wir uns nur um die Anerkennung eines Programms kümmern? Selbst die Akquise ist nicht finanziert und muss erstmal geleistet werden.“ (Anbieter A, 2019). Auch während der täglichen Arbeit erfahren die

Anbieter immer wieder Probleme in der Finanzierung der Angebote. „Ich weiß nicht, wie die Anderen das machen. Wir krebzen damit [Gesamtkosten des Programms]. Mit Honorarkosten, Raumkosten und allem, was da so dazu gehört, wird da niemand von reich.“ (Anbieter C, 2019). Die hohen Kosten können in anderen Bundesländern dadurch gesenkt werden, dass auf öffentliche Räumlichkeiten zurückgegriffen werden kann. „Das darf man in Hamburg nicht, weil wir ein Unternehmen sind und kein Verein. Das heißt als Unternehmen darf ich in einer Schule nichts anbieten. Das sind immer so örtliche Gegebenheiten, die dann ganz unterschiedlich sind.“ (Anbieter C, 2019).

Ein Thema, was in den Gesprächen mehrmalig zur Sprache kam, waren die hohen Anforderungen an die Rahmenbedingungen „Die Vorschriften sind einfach sehr, sehr streng und nehmen mir auch manchmal die Luft zum Atmen.“ (Anbieter D, 2019). Die damit in Zusammenhang stehenden Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter ist eine Herausforderung, wie ein Interviewpartner beschrieb: „Es müssen normalerweise immer alles studierte Leute sein, was dann aber ganz, ganz schwierig ist. Also Leute zu finden, die dann mal alle 14 Tage dienstagsnachmittags eine Stunde übernehmen. Die meisten haben einen vollen Job oder so.“ (Anbieter D, 2019). Auch inhaltlich treten für die Mitarbeiter immer wieder Hürden auf. „Also auch von der Seite darf man nicht vernachlässigen, dass das eine Herausforderung ist. So etwas zu unterrichten und so eine Therapie zu machen und so ein ganzes Programm zu organisieren. Es gab auch Kolleginnen, die das ein/zweimal gemacht haben und gesagt haben: Das übersteigt meine Kräfte und meine Kapazitäten, auch wenn mich Kinder und Jugendliche interessieren.“ (Anbieter A, 2019). Doch auch organisatorische Hürden stellen die Anbieter vor Herausforderungen. So kommt es immer wieder zu Schließungen von Gruppen, da die Rahmenbedingungen nicht mehr eingehalten werden können. „Das heißt, dass dann mit einem mal eine Halle geschlossen ist. Dass etwas mit den Räumlichkeiten nicht stimmt und dass die Trainer vielleicht einfach nicht so gut sind, will ich einfach mal so sagen. Also das die Trainer einfach nicht so sind, wie wir uns das wünschen. Da sind wir auch ganz stark bei das zu verbessern.“ (Anbieter B, 2019).

Nicht nur die Zahlen zeigen ein Verlust von ambulanten Therapie- und Schulungsangeboten. Der konkrete Wunsch nach einer größeren Angebotsvielfalt wurde von zwei Gesprächsteilnehmern geäußert. „Manche Angebote, die gibt es einfach schlichtweg nicht, wo wir sagen würden, dass das sinnvoll ist. Wir finden sie selbst in einer Großstadt wie Hamburg nicht.“ (Anbieter E, 2019). Es lässt darauf schließen, dass sich durch eine größere Angebotsvielfalt mehr Patienten gewinnen lassen könnten, sofern eine größere Anzahl an Angeboten wohnortnah etabliert werden würde. „Es nützt auch nicht für Hamburg ein ambulantes Programm irgendwie am Berliner Tor zu haben. Wie sollen die Kinder und Jugendlichen diese Fahrzeiten noch aufbringen? Wenn man es so schwer macht, dass es nur ganz wenig Standorte gibt, dann mangelt es wieder an Teilnehmern.“ (Anbieter A, 2019). Eine Erklärung für die Schließung von Angeboten steht in dem Zusammenhang der Teilnehnergewinnung:

„Es gab die drei Anbieter in Hamburg. Uns und die zwei anderen. Und die zwei gibt es nicht mehr. Weil die Anforderungen einfach so, so hoch sind. Dann krebst man da mit sechs Kindern im Jahr in einer Gruppe. Keine verdient da etwas dran, aber man investiert wirklich viel. Und dann hört man das Ganze eben irgendwann auf.“ (Anbieter C, 2019). Die Abhängigkeit von Kinderärzten kann die Anzahl zu betreuender Kinder zudem mindern: „Mit der Veröffentlichung der multizentrischen Studie der BZgA, die dann herausgefunden hat: Prävention wäre besser! - Da war aus meiner Sicht der Rückhalt - dass die Ärzte meinen, dass könnte nützen - war wie weggeblasen. Und wenn die Ärzte nicht überzeugt sind, dass das ein ambulantes, hilfreiches Angebot sein könnte, dann bekommen sie auch nicht die Eltern überredet.“ (Anbieter A, 2019). Eine ständige Anpassung des Angebotes auf die Zielgruppe scheint durch den stetigen Wandel der Gesellschaft und der hohen Zahl Adipositas-Betroffener notwendig. Trotzdem ist die Umstellung eines großen Programmes meist nicht einfach. „Nicht für jeden Patienten ist eine Schulungswoche das Richtige. (...) Das haben wir inzwischen gemerkt, dass es nicht so ist. In Berlin, die Charité, die schulen nach meinem Wissen mittlerweile gar nicht mehr. Die sind komplett davon weggegangen und machen nur noch das Einzelsetting. Wir glauben noch an die Schulung, wissen allerdings, dass es nur für einen bestimmten Teil unserer Patienten überhaupt in Frage kommt.“ (Anbieter E, 2019).

Fazit der 1. Hypothesenprüfung: Es gibt aktuell kein ausreichendes Angebot an Therapie- und Schulungsprogrammen für adipöse Kinder in Hamburg.

Die Bestätigung oder Widerlegung der Hypothese kann nicht eindeutig getroffen werden. Durch die fehlende offizielle quantitative Einordnung der bestehenden Therapie- und Schulungsangebote in Hamburg (Siehe Kapitel 2.2.3), kann die Hypothese nicht falsifiziert werden. Aufgrund der erhobenen Daten aus den geführten Experteninterviews, zeigt sich die Tendenz, dass die Angebotslandschaft aktuell stark eingeschränkt ist. Alle Interviewpartner äußerten sich in diesem Zusammenhang gleich. Hohe Anforderungen und Vorgaben durch Leitlinien und Zertifizierungen reduzieren das Spektrum an vielfältigen Therapie- und Schulungsprogrammen. Es zeigte sich, dass vor allem kleine Anbieter an den hohen Ansprüchen scheitern. Es lässt sich die Vermutung aufstellen, dass sich durch ein gesteigertes Angebot mehr Teilnehmer gewinnen lassen könnten und so die Anzahl adipöser Kinder gesenkt werden könnte.

4.1.2. 2. Hypothese

Teilnehmerorientierung: Die vorhandenen Angebote erreichen die Zielgruppe adipöser Kinder nicht.

Diese Hypothese ist mehrdimensional zu sehen. Zum einen enthält sie die These, dass der Kontakt zwischen Anbietern und Patienten vor Beginn einer Therapie nicht ausreichend hergestellt wird, um ausreichend Teilnehmer für die Angebote zu gewinnen. Zum anderen beinhaltet diese Hypothese den Ansatz, dass die vermittelten Inhalte der Angebote, die Zielgruppe während der Intervention nicht erreicht. Um diese Hypothese zu überprüfen werden die geführten Experteninterviews mit den Anbietern näher beleuchtet, da ihre Erfahrungen an dieser Stelle vielversprechend sind.

Erstkontakt zwischen Patienten und Anbietern

„Wie entsteht der Kontakt zu den behandelnden adipösen Kindern in der Regel?“. Mit dieser Frage startete das Interview mit allen Anbietern und sollte verdeutlichen, an welcher Stelle adipöse Kinder und Familien auf die ambulanten Therapie- und Schulungsangebote aufmerksam werden.

Alle Interviewpartner berichteten, dass der Erstkontakt meist über die Kinderärzte entsteht: „Durch die Kinderärzte. Das kann man ganz klar sagen.“ (Anbieter D, 2019). Der übliche Weg läuft so ab, dass die Familien innerhalb der U-Untersuchungen von den Haus- oder Kinderärzten darauf hingewiesen werden, dass das Kind zu viel Gewicht hat und anschließend ein ambulantes Therapie- und Schulungsprogramm empfiehlt. Der Kontakt zwischen Haus- oder Kinderärzten und Anbietern entsteht über die Ausgabe von Flyern oder wenn sich der Arzt selbst aktiv um den Kontakt zu Anbietern bemüht. „Der Hauptteil der Patienten kommt aber nicht eigeninitiativ selber oder über die Eltern, sondern wird über den Kinderarzt eingewiesen. Das heißt, dass während einem regelhaften Besuch dort oder bei den U-Untersuchungen das [hohe Gewicht] aufgefallen ist.“ (Anbieter E, 2019). Es zeigt sich, dass eine gewisse Abhängigkeit von den Haus- und Kinderärzten besteht. Sofern die Ärzte ambulante Therapie- und Schulungsangebote nicht weiterempfehlen, entsteht kein Kontakt zwischen den Anbietern und potentiellen Teilnehmern. Darüber hinaus gibt es Familien, die den Kontakt ohne Ärzteschaft zu den Anbietern suchen. Meist handelt es sich dabei um Jugendliche und ihre Familien, die bereits einen hohen Leidensdruck haben und an die Anbieter herantreten. Zudem sind es vermehrt deutsche Familien, die den Weg zu einer Therapie von sich aus suchen. „Das kann man tatsächlich sagen: Die Familien, die von selbst kommen, das sind deutsche Familien. Also die Familien, die uns anrufen und sagen: Ich habe gesucht und Sie gefunden, ich brauche Hilfe. Das sind in der Regel deutsche Familien. Die nicht deutschen Familien, werden in einer viel größeren Anzahl vom Arzt geschickt oder teilweise sogar vom Jugendamt.“ (Anbieter C, 2019).

Alter der Patienten

Mit der Frage nach dem durchschnittlichen Alter der Teilnehmer sollte überprüft werden, ob dies mit dem Alter der häufigsten Adipositas-Erkrankungen übereinstimmt. Wie sich gezeigt hat, liegt der Peak adipöser Kinder bei elf bis 13 Jahren. Nur die adipösen Jugendlichen, zwischen 14-17 Jahren sind noch häufiger vertreten (siehe Kapitel 2.1.1).

Die meisten betreuten Patienten sind laut Aussagen zweier Anbieter zwischen acht und zwölf Jahre alt. Zwei weitere Anbieter berichteten von einer Altersspanne zwischen neun bis 13 Jahren. Laut Aussage eines Anbieters „(...) dürfen 8 bis 17-Jährige an diesem Programm teilnehmen (...)“ (Anbieter B, 2019), weshalb auch jüngere und ältere Kinder aufgenommen werden, sofern eine Anfrage vorliegt. „Wir haben auch manchmal Kinder, die sieben Jahre alt sind.“ (Anbieter C, 2019). Bei einem Therapie- und Schulungsprogrammanbieter können auch weitaus jüngere Kinder betreut werden. Sie werden dann allerdings nicht über ein Programm therapiert, sondern im Einzelsetting behandelt, meist im engen Kontakt mit den Eltern. „Bei den Kleinen meine ich jetzt auch die Vorschulkinder ab drei, vier, fünf oder so. Die ganz Kleinen, also die, die ein paar Monate alt sind und die Säuglinge, die lassen wir nicht über ein Programm laufen.“ (Anbieter E, 2019). Es zeigt sich, dass die Altersstruktur innerhalb der Therapie- und Schulungsprogramme das Bild der allgemeinen Adipositas-Altersverteilung widerspiegelt.

Verteilung Mädchen und Jungen

Die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls interessant, um zu überprüfen, ob jedes Geschlecht gleichstark vertreten ist.

Zwei Anbieter berichteten: „Letztlich hält es aber die Waage. Es ist also nicht weit von 50/50 entfernt (...)“ (Anbieter E, 2019). In einem Gespräch wurde mitgeteilt, dass insgesamt mehr Mädchen betreut werden, da bei ihnen vermutlich der Leidensdruck höher ist als bei den Jungen (Anbieter A, 2019). Bei den anderen Interviewpartnern wurde von einer deutlich erhöhten männlichen Teilnahme berichtet. „Also in der Regel haben wir tatsächlich mehr Jungs als Mädchen. Und im Moment - wir haben gerade in einem Standort neu gestartet - ist es so krass, dass wir pro Gruppe nur zwei Mädchen haben. Der Rest sind Jungs. Also diesmal ist es ganz extrem. Oft ist es auch Hälfte, Hälfte. Aber bei den Jungs liegt eigentlich der Schwerpunkt.“ (Anbieter D, 2019). Diese Berichte lassen darauf schließen, dass das Verhältnis der Teilnehmer insgesamt ausgeglichen ist, was mit dem Geschlechterverhältnis der gesamt-adipösen Kinder übereinkommt (siehe Kapitel 2.1.1).

Nationalitäten der Patienten

Sprachbarrieren können ein Grund sein, dass viele betroffene adipöse Kinder und ihre Familien nicht an den Interventionsmaßnahmen teilnehmen wollen oder können. Kinder mit Migrationshintergrund sind besonders oft von Adipositas betroffen, weshalb an dieser Stelle besondere Hilfe nötig ist (siehe Kapitel 2.1.1).

Die Zahl der betreuten Kinder mit Migrationshintergrund wird laut Aussage eines Experten immer größer (Anbieter D, 2019). Zwei Anbieter berichteten davon, dass es standortabhängig ist und sich die Verteilung von Stadtteil zu Stadtteil stark ändert. Zumeist liegt das Verhältnis aber bei „Grob Hälft, Hälfte“ (Anbieter C, 2019). Es wurde darüber hinaus angemerkt, „dass wir es nicht mit Familien zu tun haben, die erst seit drei Jahren in Deutschland sind. Wir haben es mit Familien in der zweiten oder dritten Generation zu tun.“ (Anbieter E, 2019). Zwei Aussagen beinhalteten, dass der Hauptanteil aller Teilnehmer eher deutsch ist. „Also die meisten sind deutschstämmig. Es gibt an anderen Standorten häufig auch ausländische Familien, also türkische oder syrische Familien, aber das ist nicht viel. Also ich würde jetzt mal sagen, wir haben vielleicht 5 % [Ausländeranteil] oder so.“ (Anbieter B, 2019). Insgesamt lässt sich die Tendenz erkennen, dass die Anzahl der Familien mit Migrationshintergrund in den Therapie- und Schulungsprogrammen steigt, der Hauptanteil besteht aus deutschsprachigen Familien. An dieser Stelle lässt sich eine Diskrepanz zwischen den Berichten der Anbieter und den Prävalenzzahlen für Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund feststellen. Besonders diese Kinder sind von Adipositas vermehrt betroffen (siehe Kapitel 2.1.1) und sollten somit auch vermehrt in Therapie- und Schulungsprogramme integriert werden.

Kosten

Wie im Kapitel 2.1.1 beschrieben, zeigte sich, dass vielfach Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien eine Adipositas entwickeln. Da liegt es nahe, dass das Thema der Kosten einer Therapie für viele Familien wichtig und entscheidend ist. „Ohne hier jetzt in Klischees fallen zu wollen, würde ich sagen, dass das Durchschnittseinkommen einfach geringer ist (...). Wir haben es also ganz häufig mit Patienten zu tun, die über kein umfassendes finanzielles Budget verfügen und wo es eine wahnsinnig wichtige Frage auch ist.“ (Anbieter E, 2019).

Die Anbieter der ambulanten Therapie- und Schulungsprogramme haben selbst wenig Einfluss auf die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Durch die Anerkennung vom MDK steigen die Chancen, dass viele GKVen die Kosten einer ambulanten Therapie übernehmen. Zwei der Anbieter haben eine Anerkennung vom MDK, zwei andere Anbieter hingegen nicht. Egal ob mit oder ohne Anerkennung durch den MDK handelt es sich um Einzelfallentscheidungen der GKVen, ob die Kosten des Therapie- und Schulungsprogrammes übernommen werden.

An dieser Stelle soll ein Blick auf die Kostenübernahme aus Sicht der Krankenkassen gelegt werden. Hier berichtete die Mitarbeiterin des Kassenverbands AOK Rheinland-Hamburg, dass die Höhe der übernommenen Kosten vor einigen Jahren auf ein neues Niveau gesteigert wurde. Die AOK beschloss, dass ein fester Satz für anerkannte Programme ausgezahlt wird. Oftmals sind noch Restbeträge offen, die von den Familien selbst getragen werden müssen. Eine vollständige Übernahme der Gesamtkosten ist nicht angestrebt, um die Verpflichtung der Eltern zu steigern und damit ein Therapie- oder Schulungsprogramm nicht wie eine Beschäftigungsmaßnahme für die Kinder wahrgenommen wird. Häufig kann der offene Restbetrag von den Anbietern als kleine monatliche Rate in Rechnung gestellt werden, sodass die finanzielle Last für die Familien geringer ausfällt. Zu Beginn des Programmes wird die Hälfte des Maximalbetrages von dieser Krankenkasse ausgezahlt. Am Ende des Therapiejahres erfolgt eine weitere Zahlung von ungefähr einem Viertel des Maximalbetrages. Eine letzte Auszahlung der Restkosten erfolgt ein Jahr nach Beendigung der Therapie und nachdem ein Beleg vom Hausarzt eingereicht wurde, dass der aktuelle BMI-SDS einen bestimmten Wert nicht übersteigt. Durch eine gestaffelte Auszahlung der Kosten durch die AOK sollen die Familien über einen langen Zeitraum zu einer aktiven Teilnahme an den Programmen motiviert werden. Diese Handhabung der Kostenübernahme ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich geregelt und unterliegt dem Wettbewerb (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, 2019).

Zwei Anbieter berichteten, dass immer mehr Krankenkassen die Kosten übernehmen und diese Problematik damit eher im Hintergrund liegt. Bei Familien, in denen die Kostenlast zu hoch ist, zeigen sich laut eigener Aussagen zwei von fünf Anbietern gesprächsbereit und suchen gemeinsam mit den Familien nach Lösungen. Insgesamt zeigt sich, dass die Kostenthematik für viele Patientenfamilien eine Herausforderung darstellen kann. In den Fällen, wo dieses Kriterium zur Nichtteilnahme führen würde, können Lösungen gefunden werden.

Merkmale der Patienten/-familien

Die Merkmale eines Patienten und seiner Familie haben einen Einfluss darauf, ob die angebotenen Inhalte die Zielperson erreichen.

Die Entfernung des Angebotes zu eigenen Wohnort spielt eine große Rolle, ob eine Therapie überhaupt begonnen wird. Innerhalb eines Interviews wurde berichtet, dass die Teilnehmer „aus dem gesamten norddeutschen Raum“ (Anbieter E, 2019) kommen und somit viel Fahrweg in Kauf nehmen, um an der Therapie teilzunehmen. Eine weitere Aussage kann diese Feststellung belegen: „Ich habe ein riesiges Einzugsgebiet. Die Leute fahren zum Teil bis zu einer Stunde, um hier her zu kommen.“ (Anbieter D, 2019). Bereits zu Beginn der Interventionen wird deshalb mit den Patienten und ihren Familien erörtert, an welcher Stelle Unterstützung benötigt wird. Auf Basis dieser Einschätzung

werden die Teilnehmer ggf. auch an andere Einrichtungen oder Anbieter verwiesen, sodass das adipöse Kind die passende Therapie erhält und möglicherweise weniger Fahrzeit investiert werden muss (Anbieter E, 2019).

Auch die familiären Hintergründe können den Umgang mit Adipositas beeinflussen. Wie bereits in Kapitel 2.1.1 beschrieben, ist die Adipositas-Thematik besonders bei sozioökonomisch schlechter gestellten Familien ein Problem. Dies bestätigte ein Anbieter: „(...) wir haben es hier mit Familien zu tun, die manchmal an manchen Stellen mit geringeren Ressourcen ausgestattet sind und die werden es nochmal schwerer haben, die Situation richtig einschätzen zu können.“ (Anbieter E, 2019). Doch auch Kinder aus Pflegefamilien oder Wohngruppen finden in den Therapie- und Schulungsprogrammen einen Platz. „Es waren Pflegekinder dabei, Jugendliche in Wohngruppen mit Familienbetreuung. Da hat man eine leise Vorstellung, was neben dem Übergewicht noch für Themen das Leben Einzelner in dieser Gruppe prägen.“ (Anbieter A, 2019). Die Vielfältigkeit in den Teilnehmerfamilien wurde darüber hinaus bestätigt: „Wir haben ganz, ganz einfache Familien, egal ob deutsch oder nicht deutsch. Aber auch bis zu Arztfamilien.“ (Anbieter C, 2019). Es zeigt sich, dass die Anbieter der Therapie- und Schulungsprogramme ein großes Spektrum an unterschiedlichen Teilnehmern und Familien haben.

Auch die Frage der Motivation der Patienten und Familien ist ausschlaggebend dafür, ob sie an einer Therapie teilnehmen. Bereits vor Beginn einer Interventionsmaßnahme werden die Familien darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme über ein Jahr verpflichtend ist. Bei vorzeitigem Abbruch werden die Kosten zumeist von den Krankenkassen nicht übernommen, sodass eine Verpflichtung zur Teilnahme in dem Moment der Vertragsunterzeichnung eintritt. Es wurde geschildert, dass die Bedenken der Eltern regelmäßig zu Rückziehern führt. „Das Interesse ist auch immer da im Vorfeld. Wenn es dann wirklich ernst wird, ist es so, dass sich die Familien für ein Jahr verpflichten müssen - das ist lang. Die Eltern wissen, dass sie in die Elternschulung müssen. Auch da machen einige einen Rückzieher, weil sie merken, dass es nicht reicht, wenn sie uns die Kinder schicken. Sie müssen halt selber ran. (...) Die Eltern sind da zum Teil sehr bequem.“ (Anbieter C, 2019). Diese Aussage wurde in einem weiteren Gespräch bestätigt. „Sie sind am Anfang sehr motiviert. Diese Motivationskurve sinkt und steigt und am Anfang sind sie motiviert und dann mittendrin merken die dann vielleicht: Ne, da habe ich irgendwie kein Bock mehr drauf. Und es gibt halt auch Familien, die aus dem - wie man so sagt - bildungsfernen Sektor kommen, die haben einfach keinen Bock und bleiben dann fern. (...) Genauso übernehmen die Kinder das dann natürlich.“ (Anbieter B, 2019). Ein weiterer Anbieter teilte diese Ansicht: „Die Eltern glauben: Da geht mein Kind eh nicht konsequent hin und dann melden sie es nicht an, weil sie es sozusagen mit der Androhung - Wenn das Kind nicht kommt, dann zahlen sie selbst - Ja, da legen Eltern bei Jugendlichen auch nicht die Hand ins Feuer.“ (Anbieter A, 2019). Von

allen Anbietern wird das Thema der Motivation als großes Problem gesehen. Dabei wird besonders häufig der Motivationsverlust bei den Eltern beobachtet. „Die Probleme sind eher nachher die Eltern zu motivieren. Nach dem dritten Elternabend sinkt die Teilnehmerzahl definitiv ab.“ (Anbieter D, 2019). Um an dieser Stelle einen Abbruch zu vermeiden bleibt den Anbietern meist nichts anderes übrig als diese Familien mit durchzuziehen. „Wir haben aber auch Kinder, die blocken das gesamte Jahr. Wir haben Kinder, an die kommen wir einfach nicht ran. Wir haben auch die Eltern, an die kommen wir nicht ran. Wir haben Familien, die schleifen wir mit über das Jahr.“ (Anbieter C, 2019). Auf der anderen Seite wurde berichtet, dass es natürlich auch andere Familien gibt. Das sind „(...) Familien, wo schon recht früh etwas gegen das hohe Gewicht der Kinder getan wird. Also das Gewicht des Kindes ist eigentlich noch gar nicht in dem Bereich.“ (Anbieter C, 2019). Unterschiedliche Ausprägungen der Motivation konnten in den Familien beobachtet werden. Es zeigt sich eine große Bandbreite an Interessierten und Teilnehmern.

Abbruch der Therapie

Der Abbruch einer Therapie ist die Schlussfolgerung dazu, dass die Interventionsmaßnahme die Patienten nicht erreichen konnte. Bei dem Abbruch der Maßnahme fallen die entstandenen Kosten auf die Familien zurück, wodurch vielen ein Ausstieg unmöglich gemacht wird. „Abbrecher haben wir wenige. Also tatsächlich... Ich glaube wir hatten im letzten Jahr zwei Abbrüche in allen elf Gruppen.“ (Anbieter A, 2019). Selbst wenn die Abbruchzahlen niedrig sind, deuten die Aussagen der Anbieter daraufhin, dass einige Familien inhaltlich wenig aus der Therapie ziehen und die adipösen Kinder langfristig kein Gewicht verlieren. Das Angebot kann an dieser Stelle einige Teilnehmer nicht erreichen.

Fazit der 2. Hypothesenprüfung: Die vorhandenen Angebote erreichen die Zielgruppe adipöser Kinder nicht.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Anbieter in vielen Punkten die Schwelle zu ihren Angeboten sehr niedrig halten. Das Alter der betreuten Teilnehmer sowie die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen deuten auf offene Türen für alle betroffenen Kinder und ihre Familien hin. Größere Hürden scheinen die Finanzierung der Therapie und die Einbeziehung von Kindern und Familien mit Migrationshintergrund zu sein. Die Sprachbarriere ist an dieser Stelle sehr hoch, sodass Familien ohne ausreichende Deutschkenntnisse von den Angeboten ausgeschlossen werden. Eine weitere Hürde für die Anbieter stellt eine gewisse Abhängigkeit von Kinder- und Hausärzten dar. Der Großteil aller betreuten Patienten wird über Ärzte vermittelt. Sofern kein Rückhalt in der Ärzteschaft besteht oder keine Kenntnis über die Therapie- und Schulungsprogramme vorhanden ist, werden viele adipöse Kinder und ihre Familien nicht erreicht, um sie in ein Therapie- oder Schulungsprogramm zu vermitteln.

Die Hypothese kann insgesamt weder bestätigt noch widerlegt werden. Eine leichte Tendenz zur Bestätigung der Hypothese lässt sich aufgrund der genannten Argumente festlegen. Dass die Inhalte der Interventionsmaßnahmen die Zielgruppe nicht erreichen, kann nicht eindeutig bestätigt oder widerlegt werden. Um eine konkrete Aussage machen zu können, fehlen an dieser Stelle Zahlen und Parameter, die festhalten wie viele Kinder und Familien motiviert über die gesamte Dauer der Therapie teilnehmen. Zu diesen Motivationsparametern zählt unter anderem der finanzielle Druck, der durch die Übernahmebedingungen der Krankenkassen aufgebaut wird. Diese Art der Motivation kann mit den vorhandenen Daten nicht bestimmt werden.

4.1.3. 3. Hypothese

Effektivität: Die bestehenden Angebote sind in Bezug auf die Adipositas-Therapie unwirksam.

Die Bewertungskriterien, die darüber entscheiden ob ein Programm effektiv ist oder nicht, ist in den Leitlinien der AGA festgelegt und wird vorrangig an der Veränderung des BMI-SDSs bemessen (siehe Kapitel 2.2.1). In diesem Abschnitt soll es darum gehen, ob die Zielsetzung praktisch umsetzbar ist und ob es darüber hinaus möglicherweise weitere Parameter gibt, die über eine erfolgreiche Therapie bestimmen.

Prof. Dr. Holl äußerte sich in dieser Thematik wie folgt: Sofern der Erfolg einer Therapiemaßnahme anhand des Verschwindens der Adipositas bemessen wird, so ist dies durch ambulante Therapiekonzepte schwer umsetzbar. Jüngeren Patienten, deren Adipositas noch nicht so stark ausgeprägt ist, sind insgesamt am besten für diese Konzepte geeignet. Um eine Adipositas zu bekämpfen, muss vor allem das soziale Umfeld passen, demnach ist die Therapie in einer anderen, fremden Umgebung erfolgsversprechender. Sofern das Therapieziel darin liegt mehr soziale Kontakte aufzubauen und eine stärkere soziale Betreuung, also ein festeres gesellschaftliches Umfeld zu manifestieren, so können ambulante Therapie- und Schulungsmaßnahmen durchaus Erfolge verzeichnen. Diese Parameter sind allerdings schwer quantifizierbar. Die Bewertung des Erfolges durch die Krankenkassen erfolgt nun mal aus medizinischer Sicht anhand der Bewertung des BMI-SDSs, andere Erfolge werden nicht erhoben (Holl, 2019).

Im Gespräch mit der Mitarbeiterin des Kassenverbands AOK Rheinland-Hamburg wird die Einschätzung über die Erfolgsparameter bestätigt. Die Erfolgsbemessung anhand des BMI-SDSs kann klar beziffert werden und wird von dieser Krankenkasse im Nachhinein auch kontrolliert, um die Finanzierung vollständig auszuzahlen (siehe Kapitel 4.1.22. Hypothese). Auf andere Bewertungskriterien besteht kein Zugriff, denn viele der Patienten suchen den Kontakt zu ihrer Krankenkasse rein über das

Internet. Ein persönlicher Austausch fehlt, sodass soziale Veränderungen nicht erfasst werden. In diesem Zusammenhang wurde der Datenschutz erwähnt, der es den Krankenkassen erschwert weitere Daten zu erheben und auszuwerten. Somit kann von Seiten der Krankenkassen der Erfolg einzig anhand des BMI-SDSs bemessen werden (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, 2019).

Die Anbieter der Therapie- und Schulungsprogramme haben unterschiedliche Meinungen zur Bemessung des Erfolges der Therapiemaßnahme.

Ziele der Therapie

Die Ziele der einzelnen Therapie- und Schulungsprogramme werden unterschiedlich ausgelegt. Durch heterogene Zieldefinitionen der Anbieter kommt es automatisch zu anderen inhaltlichen Fokussierungen der Programme. Drei der Gesprächspartner formulierten das klare Ziel, das Gewicht der Patienten zu reduzieren, um dadurch ggf. auch Komorbiditäten automatisch zu therapieren. „Das ganze Programm zielte darauf ab Gewicht zu reduzieren, dann können auch Komorbiditäten besser werden.“ (Anbieter A, 2019). Für einen Interviewpartner ist darüber hinaus wichtig, neben dem Gewichtsverlust, die sozialen Veränderungen im Blick zu behalten. „Es sind immer kleine Veränderungen, die wir aber nicht bemessen können, wie über den BMI oder den BMI-SDS-Verlauf. Diese Veränderungen sind mir aber wahnsinnig wichtig.“ (Anbieter E, 2019). In einem anderen Interview wurde berichtet, dass das Ziel vor allem darin liegt, die Wertschätzung dem Kind gegenüber deutlich zu übermitteln. „Das wichtigste ist, dass die Kinder das Gefühl bekommen sie sind liebenswerte Kinder, die in Ordnung sind. Das ist manchmal viel wichtiger, als mit denen zu sprechen, was gesund ist (...).“ (Anbieter B, 2019). Es zeigt sich, dass den Anbietern die Einbeziehung weiterer Faktoren zur Erfolgsbemessung wichtig und aus ihrer Sicht nicht zu vernachlässigen sind.

Evaluierung

Die Evaluierung der Therapie- und Schulungsprogramme ist vorgeschrieben, um eine Anerkennung vom MDK und anschließend eine Kostenübernahme der GKVn zu erhalten (siehe Kapitel 2.2.2). Eine Evaluierung sagt darüber hinaus auch aus, wie wirksam die Therapiemaßnahme tatsächlich ist.

Die Evaluierung des eigenen Therapie- und Schulungsprogrammes ist durch eigens angelegte Untersuchungen in Bezug auf die Wirksamkeit möglich. Eine zweite Möglichkeit besteht darin, an der APV teilzunehmen, die die erhobenen Daten zur Verfügung stellt und Vergleichsanalysen ermöglicht. Alle Teilnehmer berichteten, dass sie an der APV teilnehmen, da eine eigene Evaluierung kaum realisierbar und finanzierbar ist. „Und selbst zu evaluieren, das geht überhaupt nicht, dafür habe ich gar keine Zeit. Das ist so wahnsinnig aufwendig (...).“ (Anbieter D, 2019). Lediglich in einem Gespräch wurde

beschrieben, dass eine Zusammenarbeit mit einer Universität besteht, die eine eigene Evaluierung zusätzlich zur APV durchführt (Anbieter C, 2019).

Die Ergebnisse der APV-Evaluierung stehen für diese Arbeit nicht zur Verfügung, wodurch keine Einschätzung über die tatsächlichen Erfolge der Therapie- und Schulungsprogramme getroffen werden kann.

Erfolgsversprechende Interventionen

Durch die Nachfrage nach den Erfahrungen über erfolgsversprechende Interventionen soll überprüft werden, ob eine Maßnahme möglicherweise besonders viel zur Gewichtsreduktion beiträgt. Von zwei Gesprächspartnern wurde mitgeteilt, dass der Zusammenschluss aller vier Bereiche (siehe Kapitel 2.2.1) vorhanden sein muss, damit die Therapie erfolgreich durchgeführt werden kann. Darüber hinaus wurde von einem dieser Gesprächspartner erwähnt, dass dabei vor allem der Bereich der Verhaltensänderungen von Bedeutung ist: „Für mich ist der wichtigste Bereich das Verhaltenstraining und ich glaube, dass das perspektivisch in den nächsten Jahren auch viel mehr in die Richtung gehen wird, dass der Bereich stärker hervortritt, als die Ernährung oder Bewegung.“ (Anbieter B, 2019). Aber auch andere Einschätzungen wurden geäußert. „Am erfolgreichsten sind wirklich die Einzelgespräche hier. (...) Im Einzelgespräch kann man aber eben wirklich einhaken, was sie umgesetzt haben. (...) Die Einzelgespräche sind eigentlich das entscheidendste.“ (Anbieter D, 2019). Darauf aufbauend wurde berichtet: „Die Elternarbeit ist da das wichtige“ (Anbieter A, 2019). Alle Anbieter stimmten insofern überein, dass die von den Leitlinien vorgelegten Bereiche ihre Berechtigung haben. Innerhalb der einzelnen Therapie- und Schulungsprogramme wird der Fokus auf Basis der eigenen Erfahrungen teilweise unterschiedlich gelegt.

Erfolgreiche Teilnahme

Die Einschätzung der Anbieter über die erzielten Erfolge ihrer Teilnehmer wurde in diesem Themengebiet aufgegriffen.

In dieser Kategorie gab es ganz unterschiedliche Antworten der Gesprächsteilnehmer. „Wir haben Patienten, bei denen es sehr, sehr gut funktioniert. Also es gibt eine enorme Bandbreite an möglichen Veränderungen.“ (Anbieter E, 2019). Der Bezug zu BMI-Veränderungen wurde ebenfalls gemacht: „Sehr gut heißt für mich, wenn acht bis neun Kinder ihr Gewicht halten können und da rauswachsen. (...) Von zehn Kindern sind tatsächlich acht erfolgreich, in dem Sinne, dass sie ihren BMI reduzieren konnten. Nach drei Jahren sind es vielleicht noch 50 %. Nach einem Jahr 80%. Das ist ein ziemlich guter Schnitt.“ (Anbieter D, 2019). Eine weitere Sichtweise auf die Erfolgsbewertung durch die Gewichtsabnahme wurde geäußert: „Das heißt, dass sich der Erfolg erst ganz zum Ende der Schu-

lung einschleicht. Dann macht es vielleicht erst später "Klick". Vielleicht sagen sie auch, dass sie [Teilnehmer und Familien] ab Monat zehn erst richtig was verändern können. Sie haben dann wahrscheinlich nicht abgenommen, im Zweifel haben sie vielleicht sogar zugenommen. Ab dann fangen sie erst an abzunehmen. Insgesamt haben sie dann vielleicht sogar zwei Kilogramm zugenommen in diesem Jahr. (...) Bei uns ist ein Erfolg, wenn sie nicht zunehmen. Weil sich da durch das Wachstum natürlich noch etwas ändert. (...) am Ende habe ich vielleicht eine Gruppe gehabt, in der haben drei Kinder ganz toll abgenommen. Bei den anderen vier ist es aber schwierig und schon ist die Gruppe kein Erfolg mehr.“ (Anbieter C, 2019). Eine subjektive Einschätzung der allgemeinen Erfolgssituation aller ambulanten Therapie- und Schulungsprogramme äußert ein Anbieter in Bezug zum BMI. „Die Erfolge sind hier, als auch bundesweit, was den BMI angeht, eher marginal“ (Anbieter E, 2019). Es wurde betont, dass dementsprechend ein anderer Bereich wesentlich entscheidender ist. „Es ist wertvoll wenn sich die Familien kümmern.“ (Anbieter A, 2019). Die tatsächlichen Erfolge einer Therapiemaßnahme in Bezug auf den BMI sind nach Aussagen der Anbieter eher gering. Bis auf eine Aussage berichteten alle, dass die Erfolge im Bereich des Gewichtsverlustes, gemessen am BMI-SDS, gering ausfallen.

Fazit der 3. Hypothesenprüfung: Die bestehenden Angebote sind in Bezug auf die Adipositas-Therapie unwirksam.

Die Hypothese, dass die vorhandenen Therapie- und Schulungsangebote unwirksam sind, kann weder bestätigt noch widerlegt werden. Es kann bestätigt werden, dass die Erfolge in Bezug auf die BMI-Reduzierung gering sind. Dies wurde von fünf der sieben Interviewpartner konkret geäußert. Stattdessen wurde von sechs Interviewpartnern berichtet, dass die Maßnahmen dahingehend erfolgreich sind, dass die betroffenen Patienten in ihrer Persönlichkeit und in ihrem sozialen Umfeld gestärkt werden. Psychologische Veränderungen können anhand von messbaren Parametern schwer erfasst werden. Diese sozialen und psychischen Veränderungen der Patienten können eine langfristige Gewichtsveränderung zur Folge haben, die innerhalb der Evaluationsfristen nicht erfasst werden kann.

Das vorangegangene Kapitel zeigt, dass Anbieter von Therapie- und Schulungsprogrammen auf unterschiedlichen Ebenen gefordert sind. Die Angebotslandschaft scheint zurzeit rückläufig zu sein. Auch der Umgang mit den betreuten Kindern und deren Familien birgt Herausforderungen, die durch eine große Bandbreite an Inhalten und ein gutes Organisationsgeschick der Anbieter zu bewältigen sind. Die Erfolge in Bezug auf die Gewichtsverluste sind eher gering einzuschätzen, wohingegen die Unterstützung der Patienten im sozialen und persönlichen Bereich gut ausgebaut werden kann.

4.2. Handlungsempfehlungen und Fazit

Im folgenden Kapitel wird auf die Handlungsmöglichkeiten der Gesellschaft, der Politik und der Anbieter der Therapie- und Schulungsprogramme eingegangen. Diese Empfehlungen stammen aus den Gesprächen mit den Interviewpartnern. Zum Abschluss eines jeden Gespräches wurden die Experten gefragt, was sie sich wünschen würden, wenn sie die Therapie adipöser Kinder optimal gestalten könnten. Die Antworten bezogen sich auf politische, gesellschaftliche und persönliche Handlungsmöglichkeiten.

Der weitreichendste Wunsch zur Veränderung wurde von einem Gesprächsteilnehmer geäußert. Die Wahrnehmung adipöser Menschen muss sich in der Gesellschaft verändern. Zuschreibungen und Vorurteile sind in den Köpfen der Menschen zu stark verankert. Das Bewusstsein muss geschärft werden, dass ein Gewichtsverlust nicht alleine durch Willensstärke zu erreichen sei. „Ja klar, es hat was mit Motivation zu tun. Klar, es hat auch in gewisser Weise was mit Disziplin zu tun, Dinge konstant zu ändern. Aber das steht ja nicht im luftleeren Raum, sondern es steht auch immer im Zusammenhang zu der eigenen Biografie, zu aktuellen Beziehungen und Ressourcen (...).“ (Anbieter E, 2019).

Eine weitere, in diesem Zusammenhang stehende Ebene, die verändert werden muss, ist die Anerkennung der Adipositas als Krankheit durch die deutsche Politik. Dieser Ansatz ermöglicht die Kostenübernahmebereitschaft der Krankenkassen zu gewährleisten und mehr Kindern einen Therapie- oder Schulungsplatz zu bieten (Anbieter A, 2019). In dem politischen Zusammenhang wurde die Lebensmittelverfügbarkeit, besonders von hochkalorischen Lebensmitteln, kritisiert. In der heutigen Gesellschaft stehen alle vorstellbaren Lebensmittel frei zur Verfügung und besonders viele hochkalorische und ernährungsphysiologisch ungünstige Lebensmittel werden von den Verbrauchern zuhauf gekauft. Unter den Käufern dieser Produkte finden sich vermehrt die von Adipositas betroffenen Familien. Der Wunsch nach einer stärkeren Kontrolle der verfügbaren Lebensmittel, in Form einer Zuckersteuer oder einem System zur Lebensmittelkennzeichnung, wurde in den Gesprächen regelmäßig geäußert. „Wir brauchen dringend ein gutes, klar verständliches System zur Kategorisierung von Lebensmitteln. Dass es immer eine Vereinfachung ist, ist mir dabei bewusst. Aber wir kommen da glaube ich nicht dran vorbei. Es muss entweder eine Ampel oder dieser Nutri-Score sein. Es muss klar erkennbar sein für jeden, egal mit welchen Ressourcen man ausgestattet ist oder in welchen Supermarkt ich gehe. (...) Und diese Situation haben wir im Moment nicht. Also das ist ein dringender Appell an Frau Glöckner da endlich die Blockadehaltung aufzugeben und da etwas zu verändern.“ (Anbieter E, 2019).

Ein weiterer Gesprächspartner wünschte sich, dass Inhalte in gesundheitsbezogenen Studiengängen oder Ausbildungen optimiert werden müssen, um Multiplikatoren für die Problematik weitgreifender auszubilden. „Auch in der Ökotrophologie muss noch etwas passieren, denn wenn man sich in die Gruppen setzt, kennen fast alle Eltern die Ernährungspyramide und die bekommen es nicht umgesetzt. Da muss man eben überlegen, reicht es weiterhin zu sagen: Ja, machen Sie doch das [Anwendung der Ernährungspyramide]. Sondern der psychologische Anteil - das muss verknüpft werden.“ (Anbieter B, 2019).

Die Anerkennung der Adipositas als Krankheit hat zur Folge, dass Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten der Therapie gegen kindliche Adipositas zu übernehmen. Eine offenere Haltung der Krankenkassen gegenüber den Anforderungen an Therapie- und Schulungsprogrammen kann den Anbietern in ihrer Arbeit weiterhelfen. „Also das erste, was ich mir wünschen würde ist, dass sie [Krankenkassen] offener werden, was die Honorarkraft angeht. Ich kann mit tollen Teams einfach viel mehr erreichen. Wenn ich ein tolles Team, ein tolles Netzwerk habe, dann kann ich einfach viel mehr machen.“ (Anbieter C, 2019). Die hohen Anforderungen an die eingesetzten Mitarbeiter stellt für die Anbieter eine große Herausforderung dar. Der Einsatz hoch gebildeter, studierter Mitarbeiter garantiert keinen Therapieerfolg. „Es gibt so viele neue Gesundheitsberufe - das Gesundheitsmanagement oder in der Prävention. Es gibt so viele Jobs und Ausbildungen, die genau auf das passen, was wir machen und ich darf diese Leute nicht einsetzen. Das finde ich total schade. Besonders im Sport. Wenn ich eine tolle Kinder- und Jugendtrainerin habe, die die Kinder packt - aber nein, ich muss einen Sportwissenschaftler nehmen.“ (Anbieter C, 2019). Die Erfahrungen der Anbieter der Therapie- und Schulungsprogramme zeigt, dass darüber hinaus die vorgeschriebenen Inhalte der Interventionsmaßnahmen neu gestaltet werden müssen. Dazu zählt zum Beispiel eine freiere Handhabung mit praktischen Kochstunden. Die Anzahl dieser Kochpraxen ist zum aktuellen Zeitpunkt festgelegt und darf nicht erhöht werden, um die Anerkennung durch den MDK nicht zu verlieren. Auch der Einsatz von Mediensschulungen erfährt in den aktuellen Leitlinien wenig Aufmerksamkeit. Die Aufmerksamkeitsschärfung auf Werbeinhalte muss in diesem Kontext erwähnt werden: „Dann müsste vielleicht noch ein Umdenken stattfinden, was Sportler angeht. So wie Louis Hammelton, der Werbung macht für Energy Drinks. Mit Sicherheit die nicht einmal trinkt, weil er genau weiß, dass das nicht gut ist.“ (Anbieter B, 2019). Auch der Einsatz von interaktiven Modulen in Therapie- und Schulungsprogrammen wird immer wichtiger, um den Anschluss an die Zielgruppe nicht zu verlieren. „Wir haben jetzt Ideen, wie wir das Ganze besser machen können. Wir möchten interaktiver arbeiten, wir möchten mehr modular arbeiten. (...) Wir wollten etwas telefonisches einbauen, Verhaltenssteuerungsprogramme einbauen, ganz intensiv.“ (Anbieter A, 2019). „Wenn man die Zügel ein bisschen lockerer gestalten könnte, das wäre schon eine große Erleichterung muss man tatsächlich sagen.“ (Anbieter D, 2019).

Von der Mitarbeiterin der Krankenkasse AOK Rheinland-Hamburg wird mehr Vielfalt in der Angebots-

landschaft der Therapie- und Schulungsprogramme gefordert (AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, 2019). Auch Herr Prof. Dr. Holl äußerte sich, dass es für verschiedene Patientengruppen unterschiedliche Angebote geben muss. Chirurgische Eingriffe und der Einsatz von Medikamenten kann einigen Patienten helfen, allerdings darf man die Gefahr dieser Eingriffe nicht aus dem Blick verlieren. Die Entwicklung ist laut seiner Aussage zurzeit problematisch. Deshalb ist der Appell gestellt, dass sich wieder mehr ambulante und stationäre Angebote etablieren sollen. Ein guter Schritt in diese Richtung kann die Etablierung von Sportangeboten für adipöse Kinder in Sportvereinen sein. Diese Angebote waren vor einiger Zeit bereits etabliert, wurden allerdings von vielen Sportvereinen wieder fallen gelassen. Nun fehlen niedrighschwellige Sportangebote für adipöse Kinder ohne Leistungsansprüche. „Auch was das Angebot anbetrifft - wenn man ein adipöses Kind hat, es gibt ja nichts. Es gibt uns, es gibt eine Kur und dann hört es auf. Das heißt auch Sportvereine müssten sich öffnen. (...) Aber die meisten Sportarten sind Handball oder Fußball und wo wirklich Leistung zählt.“ (Anbieter B, 2019).

In diesem Zusammenhang müssen auch die bestehenden Angebote an die sich verändernde Zielgruppe anpassen, wozu Geldinvestitionen nötig sind. „Dann würde ich mir klar wünschen, wie immer Geld. Geld zur Verfügung zu haben Dinge weiter zu denken, Dinge gut untersuchen zu können, gute Angebote zu machen und die so passgenau für unsere Patienten zu entwickeln wie es denn irgendwie geht. Das tun wir in dem Rahmen, der uns gegeben wird.“ (Anbieter E, 2019).

Mit der alleinigen Therapie reicht es bei adipösen Kindern oftmals nicht aus. Die Integration der erlernten Inhalte in den Alltag stellt viele Familien vor eine Herausforderung. Eine Möglichkeit des Nachsorgesystems ist seit dem 01.10.2019 von einigen Rentenversicherungen eingeführt worden. Dieses Programm ermöglicht den Kindern, die aus stationären Therapien kommen, eine Nachbetreuung durch ambulante Ernährungsberater. Innerhalb von 16 Terminen, die bereits vorher bewilligt wurden, werden die Familien nach der Therapie begleitet, ohne große bürokratische Hürden gehen zu müssen. Dieses System ist eine Art Pilotprojekt im norddeutschen Raum und könnte zukünftig weiter ausgerollt werden. Die Erweiterung auf ambulante Therapie- und Schulungsprogramme soll ebenfalls möglich sein. Eine ausführliche Einarbeitung in diese Thematik ist dazu notwendig (Anbieter A, 2019).

Auch eine andere Herangehensweisen an die Zielgruppe kann eine weitere Möglichkeit sein mehr Kinder und Familien zu einer Therapie zu aktivieren. Ein Gesprächspartner äußerte das Vorhaben, über das aktuelle Angebot hinaus einen Verein zu gründen, um die Finanzierung der Therapie auf andere Weise zu gewährleisten. Familien, die bisher durch das bestehende Angebot nicht angesprochen werden konnten, äußerten wiederholt das Problem der fehlenden Finanzierung. Durch den Einsatz eines Vereins können Projekte an Schulen durchgeführt werden. „Wir bieten Familienhilfe an - wir machen Elternberatung, wir machen aber auch eine Lehrerberatung. Wir hatten zu Schulbeginn

ganz viele Anrufe von Lehrern, die nicht wussten, was sie jetzt machen sollen. Ich hatte jetzt gerade eine Lehrerin, die sagte, dass sie das erste Mal mehr übergewichtige Kinder, als normale Kinder in der Klasse hatte.“ (Anbieter C, 2019).

Zudem wurde von einer Schulinitiative berichtet, die seitens des dortigen Schulleiters ausgeht. Das Angebot einer Nachmittags-AG für Kinder mit erhöhtem Gewicht, unter der Leitung des Interviewpartners, ist bereits an einer Schule umgesetzt worden und stößt auf großen Erfolg. Die Finanzierung ist dabei von Seiten der Schule gewährleistet. Die Umsetzung an anderen Schulen ist bisher nicht geplant und müsste durch einen Verein oder andere Quellen finanziert werden. Solche Projekte benötigen somit die Eigeninitiative von Schulen und die Bereitschaft sich in dem Bereich des kindlichen Übergewichts zu engagieren (Anbieter A, 2019).

Insgesamt zeigen sich Wege und Möglichkeiten die ambulanten Therapie- und Schulungsangebote zu stärken. Es erfordert an der einen oder anderen Stelle die Bereitschaft aller Beteiligten Kompromisse einzugehen und gemeinsam neue Wege zu erarbeiten. Eine Basis dazu stellt ein persönlicher Austausch der Beteiligten dar. Dazu zählen die Anbieter der Therapie- und Schulungsangebote, übergeordnete Parteien, wie GKVen, MDK, Vermittler wie Herr Prof. Dr. Holl, Kinder- und Hausärzte und natürlich Betroffene selbst. Der Wunsch nach einem persönlichen Austausch klang innerhalb der geführten Gespräche öfter an und könnte eine zukünftige engere Zusammenarbeit ermöglichen, die ohne vereinzelte gegenseitige Vorurteile auskommt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aktuelle Situation der ambulanten Therapiemöglichkeiten für Kinder eingeschränkt ist. Die Expertengespräche zeigten, dass Adipositas eine hochkomplexe und schwer zu behandelnde Krankheit darstellt. Trotz der komplizierten Zusammenhänge sollten die bisherigen Therapiemethoden nicht vernachlässigt werden, nur weil der Einsatz von Operationen oder Medikamenten schnellere Gewichtsverluste zur Folge hat. Die Auseinandersetzungen mit dieser Thematik zeigt, dass es Nachholbedarf, beispielsweise in der Vernetzung von Ärzten und Anbietern, sowie in der Ausarbeitung der Bestandsanalyse bestehender Therapieeinrichtungen (siehe 2.2.3) gibt. Vermehrte Anstrengungen in der Behandlung kindlicher Adipositas sollten angestrebt werden, um teurere medikamentöse oder operative Behandlungen von Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter zu verhindern. Das Ignorieren der hohen Anzahl adipöser Kinder vermindert die Problematik nicht und führt langfristig zu weitaus höheren Kosten für die Gesellschaft. Aus diesem Grund sind vermehrt gezielte Investitionen in die Therapie erforderlich. Eine Steigerung der Aufmerksamkeit für diese Thematik in der Gesellschaft und Politik ist unabdingbar.

Zusammenfassung

Hintergrund

Die auf hohem Niveau stagnierte Anzahl adipöser Kinder lässt sich seit Anfang der 2000er. Jahre erkennen. Eine verstärkte Fokussierung auf präventive Maßnahmen der kindlichen Adipositas ist möglicherweise für die Stagnierung verantwortlich. Hingegen ist ein Sterben der ambulanten Therapie- und Schulungsprogramme für bereits adipöse Kinder nachgewiesen. Diese Diskrepanz deckt ein starkes Problem auf, da die Möglichkeiten für viele bereits erkrankte Kinder und Jugendliche rückläufig scheinen. Die Sichtweisen und Erfahrungen von verschiedenen Funktionsträgern der kindlichen Adipositas-Therapie aus Hamburg sollen in dieser Arbeit analysiert werden. Dabei steht im Vordergrund die Beantwortung der Frage nach den Ursachen für das Angebotssterben und davon ausgehend Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Methodik

Für die vorliegende Arbeit wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit sieben Funktionsträgern der kindlichen Adipositas-Therapie geführt. Vier Anbieter von Therapie- und Schulungsprogrammen wurden befragt. Ein weiteres Gespräch konnte mit einer/einem ehemaligen Anbieter*in eines Programmes geführt werden. Inhaltlich fokussierten sich die Gespräche auf die Rahmenbedingungen der Programme, die speziellen Interventionsinhalte, auf Zertifizierungen und Anerkennungen und die Resonanz der Teilnehmer. Zudem zählten zu den Gesprächspartnern eine Mitarbeiterin des Kassenverbands AOK Rheinland-Hamburg und Herr Prof. Dr. Holl, dem Leiter der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation der Universität Ulm. Die Gespräche unterschieden sich inhaltlich zu anderen Gesprächen, da diese Funktionsträger in der Bewilligung und der Evaluation der Therapie- und Schulungsprogramme tätig sind. Die Inhalte bezogen sich hier auf Voraussetzungen für eine Therapie oder beispielsweise die Entwicklung der Angebotslandschaft. Alle Gespräche stellten die Ausgangsbasis für die Beantwortung der Forschungsfrage dar.

Ergebnisse

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende Hypothesen aufgestellt:

- Es gibt aktuell kein ausreichendes Angebot an Therapie- und Schulungsprogrammen in Hamburg.
- Die Angebote erreichen die Zielgruppe adipöser Kinder nicht.
- Die bestehenden Therapieangebote und Schulungsprogramme sind unwirksam.

Es stellte sich heraus, dass für Hamburg zurzeit ein großer Bedarf an Therapie- und Schulungsmaßnahmen besteht, dieser allerdings durch eine dünn besiedelte Angebotslandschaft nicht gedeckt werden kann. Die bestehenden Angebote passen ihr bestehendes Angebot dahingehend an, dass die Hürden für eine Therapie gering gehalten werden. Auf der anderen Seite besteht ein leichtes Abhängigkeitsverhältnis zu Kinder- und Hausärzten, die die meisten Teilnehmer an die Programme vermitteln. Zudem sind die Hürden für nicht deutschsprachige Kinder und Familien sehr hoch. Die Wirksamkeit der bestehenden Angebote kann auf unterschiedliche Weisen gemessen werden. Sofern es um den Gewichtsverlust der Kinder geht, sind die Ergebnisse eher marginal. Eine Stärkung der sozialen Beziehungen und des Selbstbewusstseins der Kinder kann hingegen durch ambulante Therapie- und Schulungsmaßnahmen erreicht werden. Handlungsempfehlungen richten sich an verschiedene Funktionsträger. Politisch und gesellschaftlich gesehen gibt es viele Möglichkeiten zu agieren, beispielsweise Adipositas als Krankheit anzuerkennen. Es stellte sich heraus, dass einige Forderungen, darunter mehr Offenheit gegenüber Programmen, an Krankenkassen bestehen. Gegenüber den bestehenden und zukünftigen Anbietern wurde der Wunsch nach mehr Vielfalt betont. Basis für die gemeinsame Entwicklung neuer Handlungsschritte könnte ein persönlicher Austausch aller Beteiligten sein, der von vielen Gesprächspartnern gewünscht wurde.

Abstract

Background

In the beginning of the 21st century, a declining number of obese children is clearly visible. A possible explanation for said stagnation may be the intensified prevention. By contrast, the ambulatory therapy or training for obese children is slowly dying. This mismatch shows a severe problem since the possibilities for many children and teenagers seem to be decreasing. In this paper, the different point of views and experiences of various institutions for child-related obese therapy in Hamburg will be considered. The priorities are looking for the cause of these diminishing offers and possible recommendations for further actions.

Use of method

For this paper, guided interviews with seven different establishments were conducted. Four providers of therapy and training were asked. Another conversation took place with a former provider of these offers. In terms of content, these conversations have their focus on framework conditions, specific intervention strategies, and certificates for participants as well as their appreciation and resonance. An employee of the AOK Rheinland-Hamburg and Prof. Dr. Holl, head of the obesity patient

record of the University of Ulm were among the conversational partners. Those two conversations differ in terms of content in relation to the other interviews since these establishments work with authorization and evaluation of therapy and training. The topic of qualification for therapy was discussed as well as the development of offers. These conversations function as the starting point and help to answer the thesis.

Resumé

The following hypotheses were established to support this paper's thesis:

- An adequate supply of therapy and training does not exist in Hamburg at the moment
- Existing offers do not reach the target audience
- Existing therapy offers and training are inefficient

In the case of Hamburg, it has been exposed that therapy and training is demanded, but the current proposals cannot cover this need. The present offers adjust their program so that the obstacles in order to get therapy can be held low. On the other hand, they depend on pediatrician and family physicians, since they act as intermediary. Moreover, the hurdles for non-German speaking children and families are much higher. The efficiency of the present offers can be measured in many ways. If the children's weight loss is considered, the outcome is rather marginal. However, their relationships and self-confidence can be strengthened through ambulatory therapy and training. Recommendations for action are addressed to various institutions. Politically and socially, many options to operate exist, for example making obesity an official illness. Some demands towards health insurance companies (more sincerity for programs) and institutions (more diversity) already exist. As a foundation for a combined development of new action steps, a personal exchange between all participants may be helpful, and even favored by many conversational partners.

Literaturverzeichnis

Akram, D.-S., Astrup, A. V., Atinmo, T., Boissin, J.-L., Bray, G. A., Carroll, K. K. et al. (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation No. 894. (S. 268). Geneva: World Health Organization.

AOK-Bundesverband GbR, BKK Dachverband e.V., IKK e.V., Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Knappschaft, Bochum, Verband der Ersatzkassen e.V. et al. (Hrsg.). (2015, April). Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 21. April 2015. Zugriff am 10.1.2020. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/patientenschulung/2015_05_07_Rahmenempfehlung_adipoese_Kinder_4_2015.pdf

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. (o. J.). *Therapieeinrichtungen stationär, ambulant*. Auflistung, . Zugriff am 9.1.2020. Verfügbar unter: <https://aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=384>

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Hrsg.). (2015, September). Zertifizierung von Therapieeinrichtungen mit Patientenschulungsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche durch die AGA/DAG. Zugriff am 10.1.2020. Verfügbar unter: https://aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/daten/Zertifizierung_Therapieeinrichtungen_150909.pdf

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung* (Qualitative Sozialforschung). (R. Bohnsack, U. Flick, Chr. Lüders & J. Reichertz, Hrsg.) (1. Auflage.). Wiesbaden: Springer VS.

Bollow, E. (o. J.). Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation. *universität uulm*. Geschäftlich, Universität Ulm, . Zugriff am 10.1.2020. Verfügbar unter: <http://buster.zibmt.uni-ulm.de/apv/index.php/de/startseite>

- Brauchmann, J. & Wiegand, S. (2018). Abschlussbericht- Aktualisierung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“. (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin & Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes-und Jugendalter (AGA), Hrsg.), 55.
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H. et al. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity*, 24(12), 1707–1714. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801449>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1988, Dezember 20). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)*. Zugriff am 12.2.2020. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE012607119
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2005). *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen* (Gesundheitsförderung konkret) (1. Auflage., Band 4). Köln.
- Die MDK-Gemeinschaft im Gesundheitssystem. (o. J.). *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*. Zugriff am 6.2.2020. Verfügbar unter: <https://www.mdk.de/mdk/mdk-gemeinschaft-gesundheitssystem/>
- Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Reilly, J. J. & Cowin, I. S. (2000). Factors associated with early adiposity rebound. *PEDIATRICS*, 105(5), 1115–1118. <https://doi.org/10.1542/peds.105.5.1115>
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (Hrsg.). (2015, Oktober). *Gesundheit Hamburger Kinder im Einschulungsalter*. Zugriff am 29.10.2019. Verfügbar unter: <https://www.hamburg.de/gesundheitsberichterstattung/4647318/gesundheit-hamburger-kinder-einschulungsalter/>
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (Lehrbuch) (4. Auflage.). Wiesbaden: VS Verlag.

- Hauner, H., Bösy-Westphal, A., Müller, M. J., Wirth, A., Holle, R., Teuner, C. et al. (2013). *Adipositas - Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. (A. Wirth & H. Hauner, Hrsg.) (4. Auflage.). Berlin: Springer.
- Hoffmeister, U., Molz, E., Bullinger, M., van Egmond-Fröhlich, A., Kliche, T., Mann, R. et al. (2010). Evaluation von Therapieangeboten für adipöse Kinder und Jugendliche (EvAKuJ-Projekt): Welche Rolle spielen Behandlungskonzept, AGA- Zertifizierung und initiale Qualitätsangaben?, 22.
- Holl, R. & Ranz, R. (2014, Mai). Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation. (Universität Ulm & Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Hrsg.).
- Israel, A. C., Stolmaker, L. & Andrian, C. A. G. (1985). The effects of training parents in general child management skills on a behavioral weight loss program for children. *Behavior Therapy*, 16(2), 169–180. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(85\)80043-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(85)80043-5)
- Jiang, J. X. (2005). A two year family based behaviour treatment for obese children. *Archives of Disease in Childhood*, 90(12), 1235–1238. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.071753>
- Kasper, H. & Burghardt, W. (2014). *Ernährungsmedizin und Diätetik* (12. Auflage.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- KIGGS Welle 2-Kurzprofil. (o. J.). *KIGGS - Studie zur Gesundheits von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Kurzprofil, . Zugriff am 5.2.2020. Verfügbar unter: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-welle-2.html>
- Koch-Institut, R. (2018). *Journal of Health Monitoring* | 1/2018 | KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse, 151.
- Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) e.V. (o. J.). Über die KgAS | Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e. V. *Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche*. Zugriff am 7.2.2020. Verfügbar unter: <https://www.adipositas-schulung.de/ueber-uns/ueber-die-kgas/>

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V. et al. (2001).

Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807–818.

<https://doi.org/10.1007/s001120170107>

Kurth, B.-M. (2018). Journal of Health Monitoring, KiGGS Welle 2 - Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen (KiGGS Welle 2). (Robert Koch-Institut, Hrsg.), (1), 151.

<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-003>

Lauer, R. M., Lee, J. & Clarke, W. R. (1989). Predicting adult cholesterol levels from measurements in childhood and adolescence: the muscatine study, 65(10), 1127–1142.

Lurbe, E., Alvarez, V., Liao, Y., Tacons, J., Cooper, R., Cremades, B. et al. (1998). The impact of obesity and body fat distribution on ambulatory blood pressure in children and adolescents. *American Journal of Hypertension*, 11(4), 418–424. [https://doi.org/10.1016/S0895-7061\(97\)00493-7](https://doi.org/10.1016/S0895-7061(97)00493-7)

Martin, J., Chater, A. & Lorencatto, F. (2013). Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 37(10), 1287–1294. <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.107>

Meuser, M. & Nagel, U. (1994). *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. (R. Hitzler, A. Honer & C. Maeder, Hrsg.) (1. Auflage.). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Moß, A., Wabitsch, M., Kromeyer-Hauschild, K., Reinehr, T. & Kurth, B.-M. (2007). Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(11), 1424–1431.

<https://doi.org/10.1007/s00103-007-0370-z>

Müller-Wieland, D., Kröger, J., Rathmann, W., Jacobs, E., Linnekamp, U., Andrich, S. et al. (2019).

Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019. Gesundheitsbericht. (S. 284). Mainz. Zugriff am

11.2.2020. Verfügbar unter: www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de › Redakteur › Gesundheitspolitik Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2019

Newman, A. B., Nieto, F. J., Guidry, U., Lind, B. K., Redline, S., Shahar, E. et al. (2001). Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular disease risk factors : the sleep heart health study. *American Journal of Epidemiology*, 154(1), 50–59. <https://doi.org/10.1093/aje/154.1.50>

Obesity and overweight. (2018, Februar 16). *World Health Organization*. Zugriff am 2.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Petermann, F. & Pudel, V. (Hrsg.). (2003). *Übergewicht und Adipositas* (1. Auflage.). Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Präventionsgesetz. (2019, August 6). *Bundesministerium für Gesundheit*. Zugriff am 2.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>

Srinivasan, S. R., Bao, W., Wattigney, W. A. & Berenson, G. S. (1996). Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the bogalusa heart study. *Metabolism*, 45(2), 235–240. [https://doi.org/10.1016/S0026-0495\(96\)90060-8](https://doi.org/10.1016/S0026-0495(96)90060-8)

Stachow, R., Stübing, K., Egmond-Fröhlich, van, A., Vahabzadeh, Z., Jaeschke, R., Kühn-Dost, A. et al. (2007). *Trainermanual leichter, aktiver, gesünder: interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher*. (aid infodienst e.V. & Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Hrsg.) (2. Auflage.). Bonn.

Steinberger, J., Moran, A., Hong, C.-P., Jacobs, D. R. & Sinaiko, A. R. (2001). Adiposity in childhood predicts obesity and insulin resistance in young adulthood. *The Journal of Pediatrics*, 469–473. <https://doi.org/10.1067/mpd.2001.112658>

Tiedjen, U. (2020, Januar 14). AGA-Zertifizierung.

Wabitsch, M., James, W. P. T., Zwiauer, K. & Hebebrand, J. (2005). *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen - Grundlagen und Klinik*. (W. Kiess, Hrsg.) (1. Auflage.). Berlin: Springer.

Wabitsch, M. & Kunze, D. (2015, Oktober 15). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Hrsg.). Zugriff am 4.10.2019. Verfügbar unter: <https://aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9>

Wabitsch, M. & Moß, A. (2019, August). Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter & Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., Hrsg.). Zugriff am 20.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9>

Wardle, J., Brodersen, N. H., Cole, T. J., Jarvis, M. J. & Boniface, D. R. (2006). Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ*, 6. <https://doi.org/10.1136/bmj.38807.594792.AE>

Warschburger, P. & Petermann, F. (2008). *Adipositas* (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie) (1. Auflage., Band 10). Göttingen: Hogrefe.

Verzeichnis der Experteninterviews

Experteninterview A, ehemaliger Leiter eines Therapie- und Schulungsprogrammes, persönlich geführt am 08.11.2019, Fragenkatalog 1 (Anhang D)

Experteninterview B, Anbieter eines Therapie- und Schulungsprogrammes, telefonisch geführt am 12.11.2019, Fragenkatalog 1 (Anhand D)

Experteninterview C, Anbieter eines Therapie- und Schulungsprogrammes, persönlich geführt am 14.11.2019, Fragenkatalog 1 (Anhand D)

Experteninterview D, Anbieter eines Therapie- und Schulungsprogrammes, telefonisch geführt am 15.11.2019, Fragenkatalog 1 (Anhand D)

Experteninterview E, Anbieter eines Therapie- und Schulungsprogrammes, persönlich geführt am 19.11.2019, Fragenkatalog 1 (Anhand D)

Experteninterview Herr Prof. Dr. Holl, Leiter der APV, Universität Ulm, telefonisch geführt am 06.12.2019, Fragenkatalog 2 (Anhand E)

Experteninterview Mitarbeiterin der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, telefonisch geführt am 17.12.2019, Fragenkatalog 3 (Anhand F)

Eidesstattliche Versicherung

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 unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 06.03.2020

Johanna Uchlierz

Anhang

A

Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0 bis 23 Jahren

Alter (Jahre)	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99,5
0,0	1,306	0,101	10,20	11,01	11,81	12,676	13,53	14,28	15,01	15,84
0,5	-0,667	0,084	14,38	15,06	15,80	16,699	17,69	18,66	19,72	21,07
1,0	-1,051	0,081	14,58	15,22	15,93	16,791	17,76	18,73	19,81	21,23
1,5	-1,276	0,081	14,31	14,92	15,60	16,440	17,40	18,37	19,47	20,94
2,0	-1,453	0,082	14,00	14,58	15,25	16,079	17,03	18,01	19,14	20,68
2,5	-1,577	0,083	13,73	14,31	14,97	15,799	16,76	17,76	18,92	20,54
3,0	-1,672	0,085	13,55	14,13	14,79	15,619	16,59	17,62	18,82	20,53
3,5	-1,746	0,087	13,44	14,01	14,67	15,512	16,50	17,56	18,80	20,60
4,0	-1,804	0,088	13,36	13,94	14,60	15,451	16,46	17,54	18,83	20,72
4,5	-1,848	0,090	13,30	13,88	14,55	15,416	16,45	17,56	18,90	20,90
5,0	-1,881	0,093	13,24	13,83	14,51	15,398	16,46	17,61	19,02	21,14
5,5	-1,904	0,096	13,20	13,80	14,50	15,404	16,50	17,71	19,19	21,47
6,0	-1,918	0,099	13,18	13,79	14,51	15,447	16,59	17,86	19,44	21,91
6,5	-1,924	0,102	13,19	13,82	14,56	15,534	16,73	18,07	19,76	22,45
7,0	-1,923	0,106	13,23	13,88	14,64	15,661	16,92	18,34	20,15	23,09
7,5	-1,917	0,110	13,29	13,96	14,76	15,822	17,14	18,65	20,60	23,83
8,0	-1,906	0,114	13,37	14,07	14,90	16,006	17,40	19,01	21,11	24,66
8,5	-1,891	0,118	13,46	14,18	15,05	16,209	17,68	19,38	21,64	25,55
9,0	-1,872	0,123	13,56	14,31	15,21	16,423	17,97	19,78	22,21	26,48
9,5	-1,850	0,126	13,67	14,45	15,38	16,650	18,27	20,19	22,78	27,42
10,0	-1,827	0,130	13,80	14,60	15,57	16,891	18,58	20,60	23,35	28,35
10,5	-1,801	0,133	13,94	14,78	15,78	17,145	18,91	21,02	23,91	29,23
11,0	-1,774	0,136	14,11	14,97	16,00	17,413	19,24	21,43	24,45	30,03
11,5	-1,747	0,137	14,30	15,18	16,24	17,697	19,58	21,84	24,96	30,73
12,0	-1,719	0,139	14,50	15,41	16,50	17,993	19,93	22,25	25,44	31,32
12,5	-1,691	0,139	14,73	15,66	16,77	18,300	20,27	22,64	25,88	31,80
13,0	-1,663	0,139	14,97	15,92	17,06	18,616	20,62	23,01	26,28	32,18
13,5	-1,635	0,139	15,23	16,19	17,35	18,937	20,97	23,38	26,64	32,46
14,0	-1,606	0,138	15,50	16,48	17,65	19,258	21,30	23,72	26,97	32,67
14,5	-1,578	0,137	15,77	16,76	17,96	19,575	21,63	24,05	27,26	32,81
15,0	-1,550	0,136	16,04	17,05	18,26	19,886	21,95	24,36	27,53	32,92
15,5	-1,522	0,134	16,30	17,33	18,55	20,189	22,25	24,65	27,77	32,99
16,0	-1,495	0,133	16,57	17,60	18,83	20,483	22,55	24,92	27,99	33,05
16,5	-1,467	0,131	16,83	17,87	19,11	20,767	22,83	25,19	28,20	33,10
17,0	-1,440	0,130	17,08	18,13	19,38	21,042	23,10	25,44	28,40	33,15
17,5	-1,492	0,128	17,41	18,46	19,71	21,375	23,44	25,78	28,77	33,58
18,0	-1,458	0,128	17,61	18,69	19,96	21,642	23,73	26,10	29,09	33,88
18,5	-1,425	0,128	17,81	18,90	20,19	21,897	24,01	26,39	29,40	34,16
19,0	-1,393	0,128	17,99	19,10	20,41	22,143	24,28	26,68	29,69	34,43
19,5	-1,361	0,128	18,17	19,30	20,63	22,382	24,54	26,96	29,98	34,70
20,0	-1,331	0,128	18,34	19,49	20,84	22,615	24,79	27,23	30,26	34,96
20,5	-1,301	0,129	18,51	19,67	21,04	22,840	25,04	27,49	30,53	35,22
21,0	-1,272	0,129	18,67	19,85	21,24	23,057	25,28	27,75	30,79	35,46
21,5	-1,243	0,129	18,82	20,02	21,42	23,263	25,50	27,99	31,04	35,69
22,0	-1,216	0,129	18,96	20,18	21,60	23,459	25,72	28,22	31,28	35,91
22,5	-1,188	0,129	19,10	20,33	21,76	23,644	25,92	28,43	31,50	36,11
23,0	-1,161	0,129	19,22	20,47	21,92	23,817	26,11	28,64	31,70	36,30

Tabelle 5: Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Jungen

Tabelle 4 zeigt die Perzentile für den Body Mass Index von Jungen im Alter von 0 bis 23 Jahren-Der errechnete BMI eines Jungen wird in dieser Tabelle mit dem Alter verglichen (y-Achse). Die ermittelte Perzentile kann in der oberen x-Achse abgelesen werden. Um diese Perzentile vergleichbar zu machen, kann sie anschließend in die Tabelle „Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0-18 Jahre)“ (s.u.) eingeordnet werden.

Quelle: (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 28)

Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 23 Jahren

Alter (Jahre)	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97	P99,5
0,0	1,339	0,097	10,21	10,99	11,75	12,583	13,40	14,12	14,81	15,61
0,5	-0,032	0,082	13,86	14,55	15,29	16,160	17,08	17,95	18,85	19,96
1,0	-0,443	0,081	14,14	14,81	15,53	16,399	17,34	18,25	19,22	20,43
1,5	-0,709	0,084	13,94	14,59	15,32	16,192	17,16	18,11	19,15	20,49
2,0	-0,915	0,087	13,68	14,33	15,05	15,935	16,93	17,92	19,03	20,48
2,5	-1,071	0,090	13,46	14,10	14,82	15,714	16,73	17,76	18,92	20,48
3,0	-1,194	0,091	13,29	13,93	14,64	15,543	16,57	17,64	18,84	20,50
3,5	-1,295	0,093	13,16	13,79	14,51	15,416	16,46	17,56	18,81	20,56
4,0	-1,382	0,096	13,06	13,69	14,42	15,335	16,40	17,54	18,85	20,71
4,5	-1,457	0,098	13,00	13,64	14,37	15,305	16,41	17,58	18,97	20,97
5,0	-1,524	0,101	12,97	13,61	14,36	15,319	16,46	17,69	19,16	21,33
5,5	-1,579	0,104	12,94	13,60	14,36	15,347	16,53	17,83	19,40	21,75
6,0	-1,620	0,108	12,92	13,59	14,37	15,394	16,63	17,99	19,67	22,24
6,5	-1,646	0,111	12,93	13,62	14,42	15,481	16,77	18,21	20,01	22,82
7,0	-1,658	0,115	12,98	13,69	14,52	15,622	16,98	18,51	20,44	23,51
7,5	-1,654	0,119	13,06	13,80	14,66	15,811	17,24	18,86	20,93	24,30
8,0	-1,638	0,124	13,16	13,92	14,82	16,029	17,53	19,25	21,47	25,13
8,5	-1,612	0,128	13,27	14,06	15,00	16,255	17,83	19,65	22,01	25,95
9,0	-1,580	0,131	13,38	14,19	15,17	16,478	18,13	20,04	22,54	26,74
9,5	-1,543	0,135	13,48	14,33	15,34	16,702	18,42	20,42	23,04	27,47
10,0	-1,505	0,138	13,61	14,48	15,53	16,939	18,72	20,80	23,54	28,16
10,5	-1,466	0,140	13,76	14,66	15,74	17,201	19,05	21,20	24,03	28,81
11,0	-1,428	0,142	13,95	14,88	15,99	17,498	19,40	21,61	24,51	29,40
11,5	-1,391	0,143	14,18	15,14	16,28	17,829	19,78	22,04	25,00	29,94
12,0	-1,358	0,144	14,45	15,43	16,60	18,186	20,18	22,48	25,47	30,42
12,5	-1,327	0,143	14,74	15,75	16,95	18,560	20,58	22,91	25,92	30,84
13,0	-1,299	0,143	15,04	16,07	17,30	18,935	20,98	23,33	26,33	31,19
13,5	-1,273	0,141	15,35	16,40	17,64	19,300	21,36	23,71	26,70	31,47
14,0	-1,249	0,140	15,65	16,71	17,97	19,641	21,71	24,05	27,01	31,68
14,5	-1,225	0,138	15,92	17,00	18,27	19,949	22,02	24,35	27,26	31,81
15,0	-1,221	0,136	16,18	17,26	18,54	20,221	22,29	24,60	27,48	31,94
15,5	-1,257	0,134	16,46	17,54	18,81	20,490	22,55	24,87	27,75	32,22
16,0	-1,300	0,132	16,74	17,81	19,08	20,759	22,82	25,13	28,02	32,52
16,5	-1,344	0,130	17,02	18,09	19,36	21,027	23,08	25,39	28,29	32,81
17,0	-1,387	0,131	17,23	18,31	19,59	21,296	23,40	25,78	28,79	33,56
17,5	-1,431	0,132	17,42	18,52	19,81	21,544	23,69	26,15	29,27	34,31
18,0	-1,487	0,133	17,54	18,63	19,94	21,686	23,87	26,39	29,64	34,98
18,5	-1,517	0,134	17,63	18,73	20,05	21,817	24,04	26,61	29,95	35,53
19,0	-1,548	0,135	17,72	18,83	20,16	21,948	24,20	26,83	30,27	36,10
19,5	-1,577	0,136	17,81	18,93	20,26	22,068	24,36	27,04	30,58	36,66
20,0	-1,606	0,137	17,90	19,02	20,36	22,187	24,51	27,25	30,89	37,24
20,5	-1,632	0,137	17,97	19,09	20,45	22,291	24,64	27,44	31,18	37,80
21,0	-1,658	0,138	18,04	19,17	20,53	22,394	24,78	27,63	31,48	38,39
21,5	-1,681	0,139	18,09	19,23	20,60	22,477	24,89	27,79	31,74	38,93
22,0	-1,705	0,140	18,15	19,29	20,67	22,560	25,01	27,96	32,01	39,51
22,5	-1,724	0,141	18,19	19,33	20,72	22,625	25,10	28,10	32,25	40,04
23,0	-1,743	0,142	18,23	19,37	20,77	22,691	25,19	28,24	32,49	40,59

Tabelle 6: Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Mädchen

Tab. 5. zeigt die Perzentile für den Body Mass Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 23 Jahren-Der errechnete BMI eines Mädchens wird in dieser Tabelle mit dem Alter verglichen (y-Achse). Die ermittelte Perzentile kann in der oberen x-Achse abgelesen werden. Um diese Perzentile vergleichbar zu machen, kann sie anschließend in die Tabelle „Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Mädchen 0-18 Jahre)“ (s.u.) eingeordnet werden.

Quelle: (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 29)

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

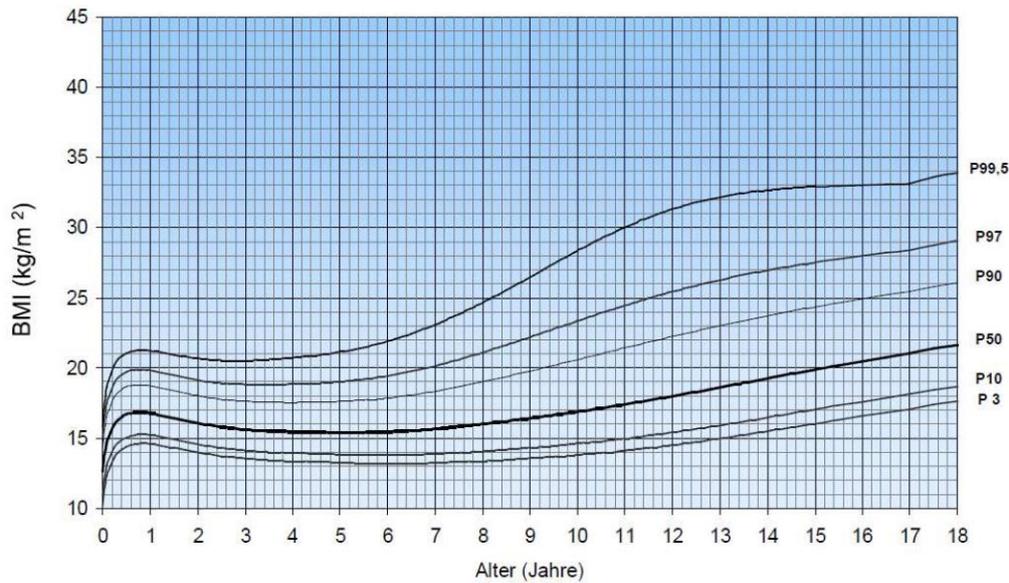


Abbildung 6: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0-18 Jahre)

Die oben ermittelte Perzentile kann in diese Übersicht eingeordnet werden und vergleichbar gemacht werden. Eine Adipositas liegt ab der 97. Perzentile vor.

Quelle: (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 30)

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

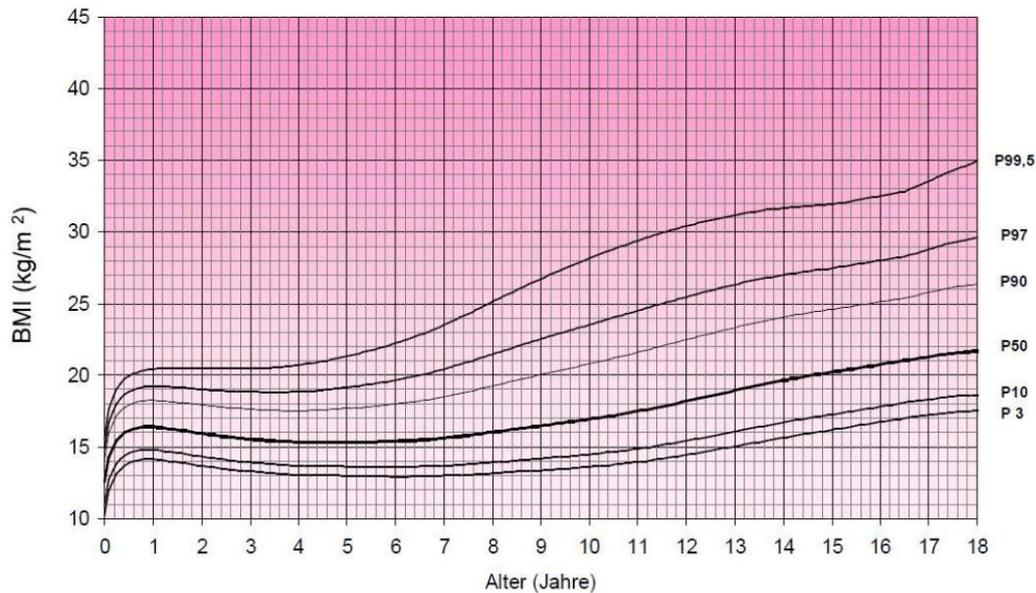


Abbildung 7: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Mädchen 0-18 Jahre)

Die oben ermittelte Perzentile kann in diese Übersicht eingeordnet werden und vergleichbar gemacht werden. Eine Adipositas liegt ab der 97. Perzentile vor.

Quelle: (Wabitsch & Kunze, 2015, S. 30)

B

Sehr geehrte Frau Uchlierz,

(...)

Es existiert keine umfassende bundes- oder landesweite Erfassung von Therapieangeboten, u.a. weil diese sehr unterschiedlich sind, und Anbieter ihre Existenz z.T. über ihre jeweiligen Verbände verbreiten (ÖkotrophologInnen, DiätassistentInnen, PsychologInnen, Pädiater usw). Zu unterscheiden sind ferner ambulante und stationäre Therapieanbieter.

Die DAG / AGA hat vor mehreren Jahren begonnen, Einrichtungen auf ihrer Homepage zu publizieren. Da die AGA Einrichtungen auch zertifiziert, wurde es möglich, zertifizierte von nicht zertifizierten zu unterscheiden

Mit Implementierung einer neuen Homepage (geplant: Frühjahr 2020) soll eine Abfrage der Aktualität einhergehen. Ggfs. wird über den AGA-Verteiler zum Neueintrag aufgerufen, und die alten Daten gelöscht. Das entspräche auch eher den Vorgaben der DSGVO. Bisher ist die Datenaktualität eine Art Bringeschuld der Anbieter: Wenn sie Aktualisierungen, Veränderungen, Schließungen nicht mitteilen, erfahren wir diese nicht. Eine regelmäßige Abfrage nach Aktualität ist bislang (alte Homepage) nicht möglich. Hinzu kommt, dass wir nur Daten aufnehmen von Institutionen, die aufgeführt werden möchten – es also weitere Anbieter gibt, die sich auf der AGA-Seite nicht wiederfinden lassen.

Weitere Datenbestände liegen leider nicht vor.

Mit freundlichem Gruß

Uwe Tiedjen

Abbildung 8: Antwort-Mail bzgl. Anfrage über bestehende Therapie- und Schulungsangebote vom 14.01.2020 an die AGA.

Quelle: (Tiedjen, 2020)

Gesprächsleitfaden der Experteninterviews zum Thema: Ambulante Therapie- und Schulungsangebote für adipöse Kinder in Hamburg-Johanna Uchlierz

Rahmenbedingungen

Welche Rahmenbedingungen liegen in ihrem Therapie- und Schulungsangebot vor?

In diesem Themenblock werden Inhalte, wie Erstkontakt zu den behandelnden Kindern, Dauer des Angebotes, Kosten und weitere Themen angesprochen.

Inhalte des Angebotes

Wie sieht die Umsetzung Ihrer Interventionen aus?

In diesem Kapitel geht es um die konkreten Interventionsmaßnahmen, die Sie anbieten. Dabei soll der Fokus auf Ihre Behandlungsbereiche, auf die Interventionsinhalte und auf die Einbeziehung der Eltern gelegt werden.

Leitlinien und Zertifizierungen

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Zertifizierungen

Dieser Themenblock behandelt u.a. um die Umsetzung der wissenschaftlich vorliegenden Leitlinien und die darauf folgenden Anforderungen an Ihr Angebot. Die erworbenen Zertifizierungen sollen ebenfalls einen Teil dieses Kapitels darstellen.

Resonanz

Welches Feedback erhalten Sie?

Das Schlusskapitel soll den Fokus auf die Resonanz der zu behandelnden Kinder und die Effektivität des Angebots legen. Positive Erfolge, sowie Abbrüche der Therapie sollen hier besprochen werden.

Abbildung 9: Gesprächsleitfaden der Interviews mit den Anbietern von Therapie- und Schulungsprogrammen

Quelle: Eigene Darstellung

Einverständniserklärung

zur Erhebung und Verwendung Ihrer Daten

Interviewer: Johanna Uchlierz

Forschungsprojekt: Therapieangebote und Schulungsprogramme für adipöse Kinder in der Metropolregion Hamburg

Unter der Leitung von: Frau Prof. Dr. Flothow, HAW Hamburg, Department Ökotrophologie

Für die Auswertung und Weiterverarbeitung der entstandenen Inhalte des Fragebogens, werden alle persönlichen Angaben verändert oder aus dem Dokument entfernt. In dieser wissenschaftlichen Arbeit, werden die Inhalte der Umfrage ausschließlich in Ausschnitten zitiert, sodass der entstehende Gesamtzusammenhang nicht zu einer Identifizierung Ihrer Person führen kann. Alle gemachten personenbezogenen Kontaktdaten werden von den erhobenen Daten getrennt und unzugänglich gespeichert. Im Anschluss an die Beendigung der wissenschaftlichen Arbeit werden alle Kontaktdaten gelöscht.

Ihre Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Sie können jederzeit abbrechen und Ihr Einverständnis in die Weiterverarbeitung der entstanden Inhalte zurückziehen, ohne dass Ihnen Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden und möchte an der Umfrage teilnehmen.

Vorname; Nachname

Ort

Datum

Therapieangebote und Schulungsprogramme in der Metropolregion Hamburg

Therapieangebot/Schulungsprogramm: _____

Rahmenbedingungen

Thema: Teilnehmer

1. Wie entsteht der Kontakt zu den behandelnden adipösen Kindern in der Regel?

- Kinderärzte
 Krankenkassen
 Eigeninitiative der Familien
 Andere: _____

2. Welches Alter ist besonders häufig vertreten?

- 0-6 Jahre 7-12 Jahre 13-18 Jahre
 ausgeglichene Altersverteilung

3. Wie viele Teilnehmer betreuen Sie durchschnittlich? Kinder

4. Wird Ihr Angebot als Einzel- oder Gruppenintervention gestaltet? Einzel Gruppe

Wenn Gruppe: Nach welchem Konzept ist die Intervention gestaltet? (Bsp.: „leichter, aktiver, gesünder“) _____

5. Auslastung: Könnten Sie aktuell theoretisch auch mehr Kinder in die Behandlung aufnehmen?

- Ja Nein

6. Sind es mehr Mädchen oder Jungen, die zu Ihnen kommen?

_____% Mädchen _____% Jungen

7. Welche Nationalitäten finden sich in Ihrem Angebot wieder?

- Deutsch Syrisch
 Türkisch Rumänisch
 Polnisch Andere: _____

8. Welche Komorbiditäten weisen die Kinder auf, wenn Sie zu Ihnen kommen?

Thema: Zeitaufwand

9. Über welche Dauer werden Kinder bei Ihnen begleitet?

- Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____
 Jahre: _____

10. Bieten Sie die Nachsorge an?

Ja (Zeitraum: _____) Nein

Wenn Ja: Wie sieht die Nachsorge aus? _____

11. Welchen zeitlichen Aufwand haben die Kinder im Alltag? (Für Übungen, Hausaufgaben, etc.)

0-1 Stunde/Tag

0-3 Stunden/Tag

0-2 Stunden/Tag

Mehr: _____

12. Welche Übungen/ Hausaufgaben gibt es für die Umsetzung/ Bearbeitung zuhause?

13. Seit wann bieten Sie ihr Angebot an? _____

Thema: Kosten

14. Wie teuer ist die Teilnahme? _____ €/ Monat

_____ €/ Gesamtkosten

15. Welchen Eigenanteil haben die Familien zu tragen?

_____ €

Inhalte des Angebots

Thema: Behandlungsbereiche

16. Welche Behandlungsbereiche bieten Sie an?

Ernährungstherapie

Bewegungstherapie

Verhaltenstherapie

Andere: _____

17. Werden die Eltern in die Intervention einbezogen?

Ja

Nein

Wenn Ja: Wie? _____

Thema: Interventionen

18. Ist ihr Konzept schriftlich verfasst? (Ziele, Inhalte, Umfang,...)

Könnte ich dieses Dokument für meine Auswertung erhalten?

Die Fragen 19. & 20. erübrigen sich.

19. Welche konkreten Interventionsmaßnahmen bieten Sie an?

a.) Ernährung: _____

Gibt es ein Konzept/System (Ernährungspyramide, Ampelsystem, Lebensmittellisten,...), welches an die Kinder vermittelt wird?

Wenn ja, welches: _____

a.) Bewegung: _____

b.) Verhalten: _____

c.) Elternschulung: _____

20. Wie kann man sich den Ablauf Ihres Angebotes vorstellen?

Schritt 1: _____

Schritt 2: _____

Schritt 3: _____

Schritt 4: _____

Leitlinie und Zertifizierung

Thema: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

21. Ist ihr Angebot nach den Leitlinien der AGA aufgebaut worden? Ja Nein

Thema: Zertifizierungen

22. Ist Ihr Angebot zertifiziert? Ja Nein

a.) Wenn *ja*: Welche Zertifizierungen? _____

b.) Wenn *ja*: Welche Vorteile entstehen daraus?

c.) Wenn *ja*: Welche Nachteile ergeben sich dabei?

d.) Wenn *nein*: Weshalb wurde ihr Angebot bisher nicht zertifiziert?

Thema: Wissenschaftliche Evaluierung

23. Ist ihr Angebot bereits wissenschaftlich evaluiert worden? Ja Nein

a.) Wenn *ja*: Von wem und in welcher Form? _____

Resonanz

Thema: Positive Erfolge

24. Welche Interventionen sind beliebt bei den Patienten? _____

25. Welche Interventionen sind aus Ihrer persönlichen Sicht und Erfahrung erfolgreich?

26. Welche Erfolgsraten kann ihr Angebot erzielen?

a.) _____ % der Kinder erreichen eine langfristige Gewichtsreduktion und Stabilisierung.

b.) _____ % der Kinder verbessern ihre Adipositas-assoziierten Komorbiditäten.

c.) _____ % der Kinder verbessern ihr aktuelles Ess- und Bewegungsverhalten unter Einbeziehung der Familie.

d.) _____ % der Kinder können unerwünschte Therapieeffekte vermeiden.

e.) _____ % der Kinder entwickeln eine normale körperliche, psychische und soziale Leistungsfähigkeit.

Thema: Umsetzungsschwierigkeiten

27. Welche Probleme treten in der Umsetzung der Angebote auf? (Motivation, Bereitschaft, Kosten, etc.)

28. Wie hoch ist die Abbruchquote? _____ % der Kinder brechen die Maßnahmen vorzeitig ab.

29. Was sind die häufigsten Gründe für einen Abbruch? _____

30. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, um die Behandlung von adipösen Kindern optimal zu gestalten, welche wären das?

1.: _____

2.: _____

3.: _____

Abbildung 10: Fragenkatalog 1 für Anbieter von Therapie- und Schulungsprogrammen

Quelle: Eigene Darstellung

Therapieangebote und Schulungsprogramme für adipöse Kinder in der Metropolregion Hamburg

Die folgenden Fragen resultieren aus den Gesprächen, die ich bisher mit verschiedenen Anbietern in Hamburg und Umgebung führen konnte. Da es in meiner Arbeit um die Metropolregion Hamburg geht, gelten die folgenden Fragen für diese Region. Sofern die Daten nicht explizit für diese Region eingegrenzt werden können, sind die Daten für Norddeutschland ebenfalls sehr hilfreich. Ich danke Ihnen für die Beantwortung dieser Fragen.

1. Wie viele APV-registrierte Therapieeinrichtungen und/oder Schulungsprogramme für adipöse Kinder gibt es aktuell in Deutschland, Norddeutschland und in (der Metropolregion) Hamburg?
2. Können Sie sagen wie viele Therapieeinrichtungen und/ oder Schulungsprogramme darüber hinaus für adipöse Kinder existieren?
3. Welche Art von Therapieeinrichtungen und/ oder Schulungsprogrammen sind in der APV aktiv registriert? (stationäre & ambulante Angebote, Vereine, Private Praxen, Krankenhäuser, etc.)
4. Welche Entwicklung hat es in den letzten 20 Jahren gegeben? (Bzgl. Anzahl und Art der Einrichtungen und Schulungsprogramme)
5. Haben Sie einen Rückgang der Anzahl der Einrichtungen und Programme nach der Veröffentlichung der *Beobachtungsstudie der BZgA zur Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (2010) und des *EvaKu-Projektes* (2011) in der APV messen können?
6. Gibt es eine Trendentwicklung zu einer bestimmten Art von Therapieangeboten oder Schulungsprogramme hin?
7. Wie erfolgreich/ wirksam schätzen Sie die aktuellen Einrichtungen und Schulungsprogramme ein?

Johanna Uchlierz
Griesstraße 35
20535 Hamburg

Tel.: +49 1577 359 868 1
@: johanna.uchlier@haw-hamburg.de

Abbildung 11: Fragenkatalog 2 für den Leiter der APV, Herrn Prof. Dr. Holl

Quelle: Eigene Darstellung

Therapieangebote und Schulungsprogramme für adipöse Kinder in der Metropolregion Hamburg

In der Metropolregion Hamburg gibt es einige, wenige Anbieter von Therapieangeboten und Schulungsprogrammen zum Thema Adipositas bei Kindern. Da Adipositas nicht als Krankheit anerkannt ist und Präventionsangebote bei stark übergewichtigen Patienten nicht in Frage kommen, sind die potentiellen Teilnehmer auf die Einzelfallentscheidung zur Kostenübernahme der Krankenkassen angewiesen. Auf Basis meiner bisher geführten Experteninterviews trete ich nun mit den folgenden Fragen an Sie heran:

1. Gibt es Therapieangebote oder Schulungsprogramme, die von ihrer Krankenkasse empfohlen werden?
2. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Kosten für ein Therapieangebot oder ein Schulungsprogramm von Ihrer Krankenkasse übernommen werden?
3. Welchen Einfluss hat die Empfehlung des MDK auf die Entscheidung, ob die Kosten für ein bestimmtes Angebot oder Programm übernommen werden?
4. Welche Rolle spielt die Zertifizierung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter in der Bewilligung einer Kostenübernahme?
5. Gibt es weitere Zertifizierungen oder Leitlinien, die für Ihre Krankenkasse ausschlaggebend sind, um die Kosten für ein Therapieangebot oder Schulungsprogramm zu übernehmen?
6. Macht es für Sie einen Unterschied, ob ein Programm ambulant oder stationär angeboten wird? Und wenn ja, wieso?
7. Welche Kostengrenzen bestehen in der Zuschussung einzelner Programme? Welche Grenzen sind es und warum bestehen diese Grenzen?
8. Warum gibt es Unterschiede in der Handhabung der Kostenübernahme zwischen den Bundesländern?
9. Sind die bestehenden Therapieangebote und Schulungsprogrammen aus Sicht der Krankenkasse ausreichend verfügbar, sodass die Versorgung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter aktuell und langfristig gewährleistet werden kann?
10. Was würden Sie sich wünschen, wenn Sie die Therapie adipöser Kinder optimal gestalten könnten? Gerne treffen Sie hier eine Einschätzung aus Sicht der Krankenkasse.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Zeitinvestition in die Beantwortung meiner Fragen.

Johanna Uchlierz,
Griesstraße 35
20535 Hamburg

Tel.: +49 1577 359 868 1
@: johanna.uchlierz@haw-hamburg.de

1. Sprache und Interpunktion können leicht geglättet werden, d.h. an das Schriftdeutsch angepasst.
2. Zustimmungende Lautäußerungen der Interviewer werden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss des Gesprächspartners nicht unterbrechen.
3. Absätze der interviewenden Person werden durch „I:“ gekennzeichnet. Die Gesprächsanteile des Gesprächspartners durch „1:“ markiert. Jeder Sprechbeitrag wird als einzelner Absatz transkribiert.
4. Ursachen von Gesprächsunterbrechungen werden in Klammern notiert.
5. Nonverbale Aktivitäten oder Äußerungen des Interviewers, sowie des Gesprächspartners werden in Doppelklammern notiert.
6. Unverständliche Gesprächspassagen oder Wörter werden durch „unv.“ kenntlich gemacht.
7. Alle Angaben, die Rückschlüsse auf den Gesprächspartner erlauben, werden anonymisiert.

Abbildung 13: Transkriptionsregeln.

Quelle: Eigene Darstellung. In Anlehnung an (Gläser & Laudel, 2010, S. 194)

H

Liste der Codes	
Setting	0
Medizin	0
Krankheit: Adipositas	10
Grundsätze Gesundheitswesen	1
Ärztliche Begleitung	4
Vorstellung des Programms	26
Teilnehmer	0
Voraussetzungen für eine Therapie	0
Psychische Voraussetzungen	2
Körperliche Voraussetzungen	6
Merkmale der Patienten/-familien	29
Erstkontakt zw. Patient & Anbieter	15
Alter der Patienten	21
Anzahl betreuter Patienten	18
Einzel-und Gruppeninterventionen	10
Aufnahme weiterer Patienten möglich?	13
Verteilung: Mädchen & Jungen	7
Nationalitäten der Patienten	12
Vorhandene Komorbiditäten	8
Zeitaufwand	0
Dauer der Therapie	8
Nachsorge	9
Zeitlicher Aufwand im Alltag	12
Seit wann gibt es die Therapie?	1
Kosten	0
Kostenübernahme Krankenkassen	30
Gesamtkosten	11
Eigenanteil der Patienten	3
Rahmenbedingungen	0
Kooperationen	22
Standorte	17
Räumlichkeiten	6
Mitarbeiter	19
Ziele der Therapie	8
Therapie	0
Ablauf der Therapie	25
Behandlungsbereiche	0
Elternbeteiligung	18
Art der Angebote	17
Therapieinhalte	34
Leitlinien, Zertifizierungen, Anerkennungen	0
Anerkennung	0
MDK	23
Leitlinien	0
Leitlinie	4
KGAS	5
Zertifizierung	0
Zertifizierungen	3
AGA	11
Wissenschaftliche Evaluierung	0
Evaluierung	6

APV	12
Vorteile	11
Nachteile	6
Ergebnisse	0
Positive Ergebnisse	0
Beliebte Interventionen	6
Erfolgsversprechende Interventionen	11
Erfolgreiche Teilnahme	14
Umsetzungsschwierigkeiten	0
Probleme der Anbieter	78
Probleme der Patienten	42
Abbruch der Therapie	10
Gründe für einen Abbruch	4
Grundsätzliche Kritik am Systems	72
Veränderungswünsche der Anbieter	0
Neue Perspektiven	25
Chancen	14
Gesellschaftlich	4
Politisch	16
Andere	11

Tabelle 7: Aufgestellte Kategorien zur Einteilung der extrahierten Informationen.

Erläuterung: Blauer Punkt: Hauptebene, Grüner Punkt: zweite Ebene, Orangener Punkt: dritte Ebene, Schwarzer Punkt: nachträglich hinzugefügte Kategorien.

Quelle: Eigene Darstellung



1. Im Zweifelsfall sollten mehr Kategorien erstellt werden. Diese können anschließend unter anderen Kategorien zusammengefasst werden.
2. Jeder Satz wird einzeln betrachtet und ggf. unterteilt, um die Einteilung in mehrere Kategorien zu vermeiden.
3. Alle Aussagen zu erzielten Erfolgen der Teilnehmer und Erfolgsdefinition der Anbieter werden unter dem Begriff „Erfolgreiche Teilnahme“ gesammelt.
4. Die Kategorie „Probleme der Anbieter“ enthält subjektive Probleme der Anbieter. In die Kategorie „Schwächen des Systems“ werden Aussagen einsortiert, die Schwierigkeiten aller Anbieter auflisten.
5. Der Ordner „Merkmale der Patienten/-familien“ enthält vor allem Merkmale, die in der Familie zu Beginn der Therapie vorliegen. Die Kategorie „Probleme der Patienten“ enthält die Schwierigkeiten, die während oder nach der Therapie bei den Teilnehmern auftreten.

Abbildung 14: Extraktionsregeln

Quelle: Eigene Darstellung