

Aus der Medizinischen Universitätsklinik
und Poliklinik Tübingen
Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Barrieren der Prävention und Intervention von
Übergewicht und Adipositas bei Eltern von betroffenen
Vorschulkindern:
Entwicklung eines Modells kognitiver
Handlungsbarrieren auf Basis einer qualitativen
Inhaltsanalyse von Einzelinterviews**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Decker, Stefanie

2018

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. S. Zipfel

2. Berichterstatter: Professor Dr. M. Hallschmid

Tag der Disputation: 06.04.2018

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	VII
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis.....	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Definitionen.....	1
1.2 Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas.....	2
1.2.1 Ätiologie von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter.....	3
1.2.2 Diagnostik von Übergewicht und Adipositas.....	4
1.2.3 Risiko und Folgen von Übergewicht und Adipositas.....	4
1.2.4 Aktuelle Therapie der Adipositas.....	5
1.3 Stand der Forschung.....	6
1.3.1 Empfehlungen aktueller Leitlinien.....	6
1.3.2 Rolle der Eltern bezüglich kindlicher Adipositas.....	6
1.4 Methodischer Hintergrund.....	7
1.4.1 Historie der qualitativen Inhaltsanalyse.....	7
1.4.2 Darstellung der qualitativen Inhaltsanalyse.....	7
1.4.3 Motivationale Modelle der Datenerhebung und Analyse.....	9
1.5 Ziel und Fragestellung.....	10
2 Methoden und Materialien.....	12
2.1 Studiendesign.....	12
2.2 Zielgruppe und Rekrutierung der Teilnehmer.....	12
2.2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer.....	12
2.2.2 Rekrutierung und Auswahl der Teilnehmer für die Einzelinterviews.....	13
2.3 Das Elterninterview.....	15
2.3.1 Der Interviewleitfaden.....	15
2.3.2 Durchführung und Charakteristika der Einzelinterviews.....	16
2.3.3 Transkription und Anonymisierung der geführten Elterninterviews.....	17
2.4 Methodik der Gütekriterien.....	18
2.5 Festlegung der Analyseverfahren.....	19
2.5.1 Fragestellung der Analyse.....	19
2.5.2 Festlegung der Analysetechnik.....	19
2.5.3 Festlegung Analyseeinheiten.....	20
2.6 Erstellung des Kategoriensystems.....	20
2.7 Inhaltliche Analyse der Kategorien.....	23
2.8 Erstellung eines Modells zur Beschreibung kognitiv motivationaler Handlungsbarrieren.....	24

2.9	Datenschutz und Einverständniserklärung	26
2.10	Finanzierung	26
2.11	Das Forschungsteam	27
3	Ergebnisse	28
3.1	Beschreibung der Stichprobe	28
3.2	Das Kategoriensystem	29
3.3	Erläuterung der Kategorien / Modellbarrieren.....	31
3.3.1	Die Modellebene des elterlichen / familiären Hintergrundes	31
3.3.2	Die Modellebene des mangelnden Problembewusstseins für kindliches Übergewicht	35
3.3.3	Vorwiegend auf präaktionaler Ebene eingeordnete Modellbarrieren.....	45
3.3.4	Vorwiegend auf partial aktionaler Ebene eingeordnete Modellbarrieren	52
3.4	Entwicklung und Struktur des Phasenmodells	62
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	64
4	Diskussion	66
4.1	Elterliche Defizite in der Anwendung und Beurteilung des eigenen (Hintergrund-) Wissens	66
4.2	Fehlende Bildung eines Problembewusstseins der Eltern bezüglich der kindlichen Gewichtssituation	67
4.2.1	Eingeschränkte Wahrnehmung eines erhöhten kindlichen Körpergewichts ...	68
4.2.2	Einflussnahme Dritter auf elterliche Wahrnehmung und Sichtweise	71
4.2.3	Gewichtung von Übergewicht / Adipositas durch die Eltern	72
4.2.4	Probleme in Auswahl, Verwendung und Bewertung von Vergleichsnormen und Messmethoden.....	73
4.2.5	Annehmen von Informationen zum kindlichen Gewicht	75
4.2.6	Einordnung des Problembewusstseins in das Phasenmodell	76
4.3	Handlungsbarrieren der prä- und partial aktionalen Handlungsphasen	78
4.3.1	Übergewicht / Adipositas als Probleme des Schul- bzw. Erwachsenenalters	78
4.3.2	Dysfunktionalität in den durch Eltern vermuteten Ursachen für kindliches Übergewicht	79
4.3.3	Zufriedenheit mit geplanter bzw. initiiertes Handlung als Handlungsbarriere der präaktionalen Handlungsphase	89
4.3.4	Dysfunktionalität initiiertes Veränderung als Handlungsbarriere der partial aktionalen Handlungsphase	90
4.3.5	Dysfunktionalität elterlich initiiertes Handlung durch Einschränkungen zum Schutz des Kindes	93
4.3.6	Erwartungen zur Thematisierung kindlichen Übergewichts sowie Problemlösung durch Dritte	94
4.3.7	Barrieren der familiären Umgebungsbedingungen	96
4.3.8	Struktur des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren	99

4.4	Diskussion der Methodik und Limitationen	100
4.4.1	Stichprobe, Rekrutierung und Interview.....	100
4.4.2	Die Analyse.....	102
4.4.3	Diskussion der Gütekriterien	104
4.4.4	Weitere mögliche Limitationen und Stärken	105
4.5	Zusammenfassung, Schlussfolgerung und Ausblick.....	106
5	Zusammenfassung	111
6	Literaturverzeichnis	113
7	Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift.....	120
8	Veröffentlichungen	121
9	Danksagung	122
10	Anhang	123
10.1	Studieninformation und Einwilligungserklärung	123
10.2	Das Behaviorale Modell nach Andersen.....	125
10.3	Interviewleitfaden	126
10.4	Transkriptionsregeln.....	129
10.5	Analyseeinheiten.....	134
10.6	Kategoriensystem komplett.....	135

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Definition von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter	2
Tabelle 2	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter. Daten der KiGGS Basiserhebung 2003-2006 in Deutschland	2
Tabelle 3	Die Stadien der Verhaltensänderung des Transtheoretischen Modells	9
Tabelle 4	Beschreibung der motivationalen Stufen des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren nach Integration einzelner Stufen des Rubikon-Modells und des Transtheoretischen Modells	25
Tabelle 5	Demografische Daten der teilnehmenden Familien (n = 16).....	29
Tabelle 6	Chancen bzw. Ressourcen der Eltern in ihren Aussagen zum eigenen Informationsstand	32
Tabelle 7	Barrieren der Eltern in ihren Aussagen zum eigenen Informationsstand	33
Tabelle 8	Beschreibung der kindlichen Gewichtssituation durch Eltern.....	37
Tabelle 9	Elternaussagen zur Beschreibung der kindlichen Gewichtssituation durch den Arzt.....	39
Tabelle 10	Wortwahl der Eltern zur Beschreibung ihrer übergewichtigen Kinder ...	42
Tabelle 11	Methoden der Eltern zur Beurteilung der kindlichen Gewichtssituation	43
Tabelle 12	Vergleichsnorm der Eltern zur Beurteilung der kindlichen Gewichtssituation	44
Tabelle 13	Beschreibung ihres allgemeinen Gewichtsverständnisses durch Eltern	45
Tabelle 14	Beschreibungen der Eltern zu kindlichem Körperbau und Größe als mögliche Ursache kindlichen Übergewichts	46
Tabelle 15	Beschreibungen der Eltern zum kindlichen Essverhalten als mögliche Ursachen kindlichen Übergewichts	47
Tabelle 16	Beschreibungen der Eltern zur Genetik in Bezug auf mögliche Ursachen kindlichen Übergewichts	47
Tabelle 17	Beschreibungen der Eltern zu anderen Erkrankungen als mögliche Ursache kindlichen Übergewichts	48
Tabelle 18	Beschreibungen der Eltern zum Wunsch nach Unterstützung durch Dritte in Bezug auf kindliches Übergewicht	53
Tabelle 19	Barrieren in Zusammenhang mit durchgeführten Maßnahmen der Eltern	57
Tabelle 20	Begriffsdefinitionen der Analyseeinheiten.....	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beispiel für Perzentilkurven für den <i>BMI</i> nach Kromeyer-Hauschild et al. (2015); Kromeyer-Hauschild et al. (2001).....	1
Abbildung 2	Decker, S., Prävalenz europäischer Kinder unter fünf Jahren für <i>ÜG</i> nach World Health Organization (2016); erstellt mit Microsoft Office 365 ProPlus Word Version 1705	3
Abbildung 3	Decker, S., Flussdiagramm des Studienablaufs und Teilnehmereinschluss; erstellt mit yEd yWorks (Version 3.16, yWorks, GmbH, Tübingen, Germany)	13
Abbildung 4	Decker, S., Interviewdauer der 16 Telefoninterviews; erstellt mit Microsoft Office 365 ProPlus Word Version 1705.....	17
Abbildung 5	Decker, S., Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010c, S. 84); erstellt mit yEd yWorks (Version 3.16, yWorks, GmbH, Tübingen, Germany)	21
Abbildung 6	Decker, S., Ablauf der Erstellung des Kategoriensystems und Kodierung des Materials; erstellt mit yEd yWorks (Version 3.16, yWorks, GmbH, Tübingen, Germany)	23
Abbildung 7	Decker, S., Struktur des Kategoriensystems; erstellt mit Microsoft Office 365 ProPlus PowerPoint Version 1705	30
Abbildung 8	Decker, S., Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren; erstellt mit Microsoft Office 365 ProPlus PowerPoint Version 1705	63
Abbildung 9	„Individual Determinants of Health Service Utilization“ nach Andersen und Newman (2005, S. 14)	125

Abkürzungsverzeichnis

Allgemein gebräuchliche Abkürzungen werden als bekannt vorausgesetzt und in dieser Liste nicht gesondert aufgeführt.

Ad	Adipositas
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
BMI	Body Mass Index
COREQ	„Consolidated criteria for reporting qualitative research“
Kiga	Kindergarten
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts
Kita	Kindertagesstätte
QDA	„Qualitative Data Analysis“
TTM	Transtheoretisches Modell
ÜG	Übergewicht
WHO	„World Health Organization“

1 Einleitung

Übergewicht (*ÜG*) und Adipositas (*Ad*) stellen seit Jahren ein globales Gesundheitsproblem dar (Wabitsch und Kunze, 2014; Wabitsch et al., 2015; World Health Organization, 2014). Aufgrund der weitreichenden Folgen einer *Ad* sind die Bestrebungen der Intervention und Prävention groß (McCrindle, 2015; Singh et al., 2008; Wabitsch et al., 2015). Da sich (konservative) Interventionen bis heute als schwierig und oft nicht ausreichend erfolgreich erwiesen haben (vgl. Wabitsch et al., 2015), gewinnt die Prävention insbesondere im Kindesalter umso mehr an Bedeutung. Die mit dem Alter der Kinder steigende Prävalenz von *ÜG* und *Ad* sowie bereits früh auftretende Begleiterkrankungen lassen die Dringlichkeit einer Prävention und Intervention vor allem im frühen Kindesalter vermuten (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007; Lobstein und Jackson-Leach, 2006).

1.1 Definitionen

Im Gegensatz zum Erwachsenenalter finden zur Definition von *ÜG* und *Ad* im Kindesalter Geschlechtsspezifische Altersperzentile des Body Mass Index (*BMI*) Verwendung. Diese berücksichtigen die fortlaufenden Änderungen der prozentualen Körperfettmasse bis ins Erwachsenenalter (vgl. Wabitsch et al., 2015) (vgl. Abbildung 1, Tabelle 1).

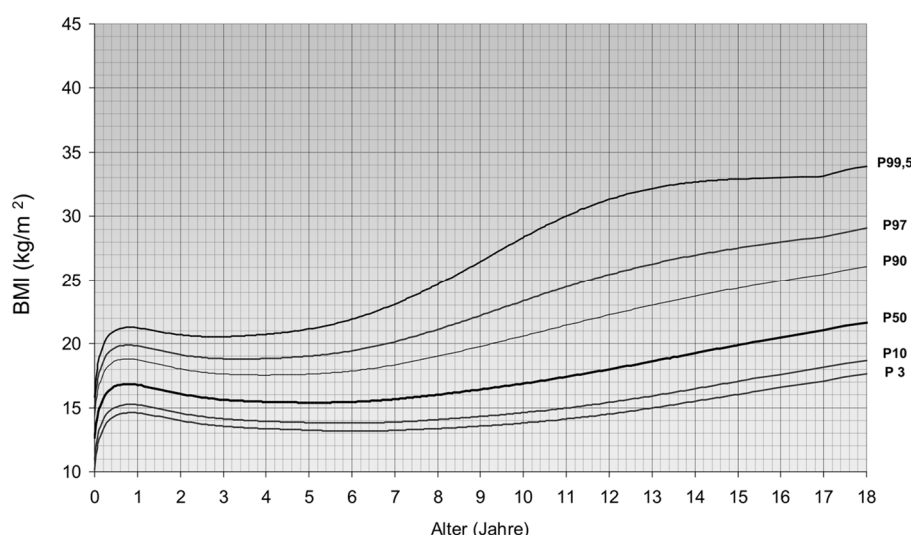


Abbildung 1. Beispiel für Perzentilkurven für den BMI von Jungen zwischen 0 und 18 Jahren. Aufgetragen BMI gegen Alter. Fett P50, enthält 50% aller Kinder der Referenzkohorte. Jeweils 3% der Kinder liegen unter P3 und über P97 (nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001, 2015, aus Wabitsch et al., 2015).

Diese Definition orientiert sich an den Referenzwerten von Kromeyer-Hauschild et al. (2001).

Tabelle 1 *Definition von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter*

	BMI-Perzentile
Übergewicht	> 90 – 97
Adipositas	> 97

Anmerkung. BMI = Body Mass Index. Nach Wabitsch et al. (2015).

Von *ÜG* und *Ad* betroffene Kinder werden in der weiteren Arbeit auch „übergewichtige Kinder“ genannt. Zur besseren Lesbarkeit werden die in dieser Arbeit beteiligten Personen überwiegend in der maskulinen Form benannt, jedoch sind stets auch die weiblichen Personen eingeschlossen.

1.2 Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas

Nach Daten der World Health Organization (*WHO*) hat sich von 1980 bis 2014 die Prävalenz der *Ad* weltweit verdoppelt. Diese Daten zeigten dabei auch eine kontinuierliche Erhöhung der Prävalenz für *ÜG / Ad* im Kindesalter bis fünf Jahre (World Health Organization, 2014, 2016). 2015 waren weltweit rund 42 Millionen Kinder unter fünf Jahren übergewichtig oder adipös (World Health Organization, 2016). Für Deutschland wurden bis 2006 in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (*KiGGS-Studie*) Daten zur Gewichtsentwicklung erfasst. Hierbei zeigte sich ein Anteil an übergewichtigen Kindern aller drei- bis 17-Jährigen von insgesamt 15%, bei 6,3% sogar ein *BMI* > 97. Perzentile. Wie in Tabelle 2 dargestellt, steigt die Prävalenz mit zunehmendem Alter ausgehend von knapp 10% *ÜG* und 3% *Ad* im Vorschulalter (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007).

Tabelle 2 *Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter. Daten der KiGGS Basiserhebung 2003-2006 in Deutschland*

Alter der Kinder	Anteil Übergewicht	davon Anteil Adipositas
3 - 6 Jahre	9,1 %	2,9 %
7 - 10 Jahre	15,4 %	6,4 %
11 - 13 Jahre	18,6 %	7,2 %
14 - 17 Jahre	17,1 %	8,5 %
gesamt	15,0 %	6,3 %

Anmerkung. Nach Kurth und Schaffrath Rosario (2007)

Die europäischen Zahlen der *WHO* für Kinder im Vorschulalter und fünf Jahren lieferten vergleichbare Anteile für diese Jahrgänge, mit weiterhin steigendem

Trend (vgl. Abbildung 2). Für Deutschland wurden vereinzelt Zahlen einer Stagnation der Prävalenzzunahme berichtet. Dennoch verbleiben die Zahlen weiterhin auf einem hohen Niveau (Blüher et al., 2011; Brettschneider et al., 2015; Moss et al., 2012; Wabitsch et al., 2015).

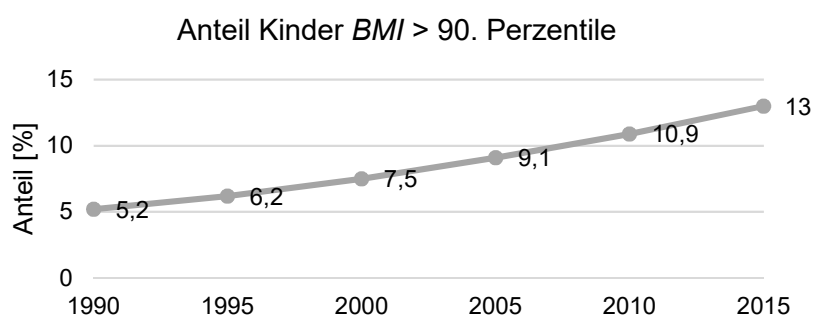


Abbildung 2. Prävalenz europäischer Kinder unter fünf Jahren für *ÜG* in % der Jahre 1990 - 2015. „Joint child malnutrition estimates WHO“ (World Health Organization, 2016).

ÜG und *Ad* sowie ihre Folgeerkrankungen führen jährlich zu sehr hohen Kosten für das Gesundheitssystem (vgl. Wabitsch et al., 2015). Da sich die Erfassung der tatsächlichen Kosten im Gesundheitssystem als äußerst komplex darstellt, sind hierzu keine definitiven Zahlen zu finden. Ein aktuelles Review stellt die Unsicherheiten einer genauen Kostenbestimmung und die Heterogenität der verschiedenen durchgeführten Studien dar. Besonders mit fortschreitendem Lebensalter scheinen die Kosten durch bestehende Adipositas zu steigen (Konnopka et al., 2017).

Die *KiGGS*-Studie zeigte, dass mit Eintritt in das Schulalter die Prävalenz für *ÜG* / *Ad* stark ansteigt und folglich bereits die Grund- und Vorschulkinder eine bedeutende Zielgruppe einer Prävention darstellen (Bergmann et al., 2009) (vgl. Tabelle 2).

1.2.1 Ätiologie von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter

Allgemein zählen zu den *ÜG* und *Ad* zu Grunde liegenden Ursachen eine Erhöhung der Energiezufuhr, v.a. von energiedichten Lebensmitteln, große Nahrungsmengen und Zunahme körperlicher Inaktivität unter anderem aufgrund einer Verringerung der Aktivitäten im Freien und hohem Medienkonsum (vgl. Kleiser et al., 2009; World Health Organization, 2014). Starke Gewichtszunahme und Rauchen während der Schwangerschaft, ein hohes Geburtsgewicht des Kindes sowie verringerte Schlafdauer zeigten als Risikofaktoren und potenzielle

Determinanten negative Auswirkungen auf die kindliche Gewichtsentwicklung. Ebenso ließ sich eine genetische Grundlage hierfür erkennen (Kleiser et al., 2009). Bislang wurden drei Risikogruppen für *ÜG / Ad* im Kindesalter besonders hervorgehoben (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007):

- *ÜG / Ad* eines oder beider Elternteile ($BMI \geq 25\text{kg/m}^2$)
- ein niedriger Sozialstatus, z. B. im Sinne eines niedrigen monatlichen Netto-Haushaltseinkommens
- ein- oder beidseitiger Migrationshintergrund der Familie (vgl. Schenk et al., 2008)

1.2.2 Diagnostik von Übergewicht und Adipositas

Die Diagnostik dient der Bestimmung des Ausmaßes der *Ad*, dem Erkennen einer möglichen Grunderkrankung sowie der Risiken und Folgen. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) beschreiben den aktuell empfohlenen Diagnostikverlauf. Bei Kindern mit einem $BMI > 90.$ Perzentile mit Auffälligkeiten in Familienanamnese, Blutdruck, gewichtsassoziierter Komorbidität, BMI -Zuwachs $> 2\text{ kg/m}^2/\text{Jahr}$ oder Besorgnis der Eltern über das Gewicht sollte im Anschluss an Anamnese, körperliche Untersuchung und BMI -Ermittlung eine ausführliche Untersuchung auf ursächliche Primärerkrankungen und Komorbidität erfolgen. Bei Unauffälligkeit der genannten Punkte bei einem $BMI > 90.$ Perzentile ist der Kinderarzt zur Überwachung und Beratung angehalten. Es wird empfohlen das Gewicht zu halten und spätestens nach einem Jahr eine Nachuntersuchung durchzuführen. Bei einem $BMI > 97.$ Perzentile empfiehlt sich eine sofortige ausführliche Untersuchung. Eine Kontrolluntersuchung nach einem Jahr ist für alle Kinder empfohlen. Eine schwere psychische Grunderkrankung muss vor Therapiebeginn bei *Ad* ausgeschlossen werden (Wabitsch et al., 2015).

1.2.3 Risiko und Folgen von Übergewicht und Adipositas

ÜG und *Ad* können zu schwerwiegenden körperlichen sowie seelischen Folgen führen. Bereits im Kindesalter würden Störungen des Stütz- und Halteapparates, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, metabolisches Syndrom, Nicht-alkoholbedingte Fettlebererkrankung, Hyperurikämie, Cholezystolithiasis und Hyperandrogenämie bei Mädchen auftreten.

Begleitbefunde können eine Beschleunigung von Längenwachstum und Skelettreife, Striae distensae sowie bei Jungen Pseudogynäkomastie und Pseudohypogonitalismus darstellen. Diese Befunde seien, wenn rechtzeitig erkannt, prinzipiell reversibel, weshalb eine frühe Intervention wichtig sei (Wabitsch et al., 2015). Zu den Folgen von *ÜG* und *Ad* im Kindesalter zählt ebenso ein erhöhtes Risiko für den Fortbestand der Erkrankung bis ins Schulalter und darüber hinaus ins Erwachsenenalter (Shankaran et al., 2011; Singh et al., 2008). Je älter ein übergewichtiges Kind oder Jugendlicher ist, desto wahrscheinlicher ist die Gewichtspersistenz (Singh et al., 2008). Ebenso ist bei ihnen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenalter erhöht, welche sich bereits im Kindesalter durch beginnende Veränderungen zeigen können (Friedemann et al., 2012; Lobstein und Jackson-Leach, 2006; McCrindle, 2015; Mensink et al., 2011). Diese möglichen Folgen, die sich vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter ausprägen können, zeigen die Relevanz einer Gewichtsreduktion in der frühen Kindheit und der Vermeidung von *ÜG* und *Ad*.

1.2.4 Aktuelle Therapie der Adipositas

Ziel der konservativen Adipositas therapie ist eine „schrittweise Veränderung des Lebensstils der Betroffenen und ihrer Familie bei paralleler Stabilisierung des Körpergewichts und fortschreitendem Längenwachstum“ (Wabitsch et al., 2015, S. 39). Die AGA empfiehlt in ihrer aktuellen Leitlinie von 2015 eine Therapie jedes adipösen Kindes und Vermeidung einer *Ad* übergewichtiger Kinder. Im Alter von zwei bis sechs Jahren könne es ausreichend sein primär das Körpergewicht zu halten, falls keine Begleiterkrankungen vorlägen. Andernfalls sei eine Gewichtsabnahme indiziert. Es fehle an evidenzbasierte Empfehlungen für eine effektive Therapie der *Ad* im Kindes- und Jugendalter (Wabitsch et al., 2015). Da es bis heute an erfolgreichen Therapieansätzen fehlt (Mühlig et al., 2014; Wabitsch et al., 2015), scheint eine frühzeitige Prävention und Intervention umso wichtiger. In Bezug auf die Prävention gibt die Leitlinie der AGA 2015 aktuelle Empfehlungen, auch speziell für die Altersgruppe der bis sechsjährigen Kinder. Der Fokus liegt hier auf Ernährung und körperlicher Aktivität, vor allem im Zusammenhang mit Modelllernen und der Vorbildrolle der Eltern und weiteren Kontaktpersonen (Wabitsch et al., 2015).

1.3 Stand der Forschung

1.3.1 Empfehlungen aktueller Leitlinien

Die Leitlinie der AGA zur „Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ von 2012 basiert auf einer eingeschränkten Datenlage. Für Prävention und Intervention im Vorschulalter besteht ein Mangel an Handlungsempfehlungen, da vergleichbare Interventionen fehlen (Mühlig et al., 2014; Summerbell et al., 2005; Wabitsch und Kunze, 2012; Waters et al., 2011). Die aktuellen Leitlinien von 2015 geben Empfehlungen zu Präventionsmaßnahmen aus den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität und Sport, weisen allerdings auch weiterhin auf Defizite hin, z. B. im sozialen Umfeld. Auf Bevölkerungsebene seien Bewältigungsstrategien von *ÜG* und *Ad* im Rahmen einer Verhältnisprävention noch unzureichend bzw. inadäquat (Wabitsch et al., 2015). Für Kinder bis sechs Jahre gibt es bis heute Forschungsbedarf im Bereich der Adipositasprävention und Bedarf an effektiven, nachhaltigen, evidenzbasierten Behandlungsstrategien und Interventionen (Mikkelsen et al., 2014; Mühlig et al., 2014; Peirson et al., 2015; Wabitsch et al., 2015; Waters et al., 2011).

1.3.2 Rolle der Eltern bezüglich kindlicher Adipositas

Einer der Faktoren, welcher das Präventions- und Interventionsverhalten vor allem jüngerer Kinder maßgeblich beeinflusst, ist die Begleitung durch die Eltern oder entsprechende Erziehungspersonen. Allerdings schätzen Eltern das Körpergewicht ihres Kindes und die daraus resultierenden Risiken häufig nicht korrekt ein (Manios et al., 2009; Sylvetsky-Meni et al., 2015; Syrad et al., 2015; Warschburger, 2010; Warschburger und Kröller, 2009, 2012). Sie stellen aber eine wichtige Determinante in ihrer Vorbildrolle dar (Lindsay et al., 2006; Summerbell et al., 2012), können das jeweilige gesundheitsfördernde Verhalten unterstützen aber auch negativ beeinflussen. Es existieren verschiedene weitere Barrieren, welche sie von der Durchführung einer effektiven Prävention und Intervention abzuhalten scheinen. Sie werden im Rahmen dieser Studie untersucht. Insgesamt scheinen die Ursachen für die Fehleinschätzung der Bedeutung des kindlichen Gewichts sowie für die unzureichende Prävention und Intervention kindlichen *ÜG* und *Ad* nicht hinreichend geklärt.

1.4 Methodischer Hintergrund

1.4.1 Historie der qualitativen Inhaltsanalyse

Anfang des 20. Jahrhunderts wird die Geburtsstunde der Inhaltsanalyse als Forschungsmethode in der Sozialwissenschaft datiert. Max Weber stellte 1910 seine Studie „Enquête für das Zeitungswesen“ im Rahmen des ersten Kongresses für Soziologie vor. Mit Einführung des Radios und Analysen von Kriegsberichten gewann die Methodik der Inhaltsanalyse einen Zuwachs an Bedeutung. Der Begriff der qualitativen Inhaltsanalyse wurde durch Siegfried Kracauer geprägt, welcher zusätzlich zur quantitativen Inhaltserfassung ebenfalls die Bedeutung der Kommunikationsinhalte erfassen wollte. 1952 beschrieb er die qualitative Inhaltsanalyse als Erweiterung der klassischen Inhaltsanalyse. Ab Anfang der 1980er Jahre beschäftigte sich Philipp Mayring mit der Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse. Bis heute erfährt sie weltweit eine zunehmend größere Bedeutung (Kuckartz, 2012e), insbesondere auch im Kontext der Versorgungsforschung, in dem diese Studie anzusiedeln ist.

1.4.2 Darstellung der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Forschungsmethode nah am eigentlichen Kommunikationsmaterial. Für Mayring ist kennzeichnend „das Material wird immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden . . . Der Text wird so immer innerhalb seines Kontextes interpretiert“ (Mayring, 2010c, S. 48), was in der klassischen quantitativen Inhaltsanalyse meist nicht der Fall ist.

Besonders ihr offener Zugang, die subjektive Beschreibung des Alltags aus Sicht der Betroffenen, macht qualitative Forschung aus. Sie ermöglicht ein konkretes, plastisches Bild durch ihre weniger stark standardisierten Methoden. Gerade hierdurch ist sie offen für Neues, für die Beschreibung von Erfahrungen und „Lebenswelten“ der Befragten (vgl. Flick et al., 2007).

Sie zeichnet sich durch systematisches Vorgehen und Regelgeleitetheit aus. Regelgeleitetheit bezeichnet das Festlegen der Analysetechnik und Anpassung des Analyseablaufs speziell an das konkrete zu analysierende Material. Ein Gegenstandsbezug zum Material ist hierfür von großer Bedeutung, schließt sogleich aber eine volle Standardisierung der Instrumente aus. Ein weiteres Merkmal der Inhaltsanalyse ist die Theoriegeleitetheit der Interpretation, das

theoretische Anknüpfen der Fragestellung an die bisherige Forschung zum untersuchten Thema. Ein Kategoriensystem und dessen Entstehung ist zentraler Bestandteil sowohl der Analyse als auch der Ergebnisse (Mayring, 2010b).

Flick (2011c) beschrieb die folgenden Kennzeichen qualitativer Forschung: „Qualitative Forschung ist von anderen Leitgedanken als quantitative Forschung bestimmt. Wesentliche Kennzeichen sind dabei die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis.“ (Flick, 2011c, S. 26).

Qualitative Forschung untersucht die subjektiven Bewertungen der Beteiligten. Sie orientiert sich, wie auch Mayring (2002, 2010a) beschrieb, im gesamten Forschungsprozess stark am Forschungsgegenstand und bedient sich spezifischer Kriterien der Forschungsmethode zur Einschätzung ihrer Güte.

Qualitative Inhaltsanalyse enthält nach Kuckartz (2012f, S. 39) folgende Kernpunkte:

- „1. Zentralität der Kategorien für die Analyse
2. systematische Vorgehensweise mit klar festgelegtem Regelsystem für die einzelnen Schritte
3. Klassifizierung und Kategorisierung des gesamten Materials
4. Einsatz von Techniken der Kategorienbildung am Material
5. Von der Hermeneutik inspirierte Reflexion über das Material und die interaktive Form seiner Entstehung
6. Anerkennung von Gütekriterien, Anstreben der Übereinstimmung von Codierenden“ (Kuckartz, 2012f, S. 39)

Die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse bietet einen Einblick in den Alltag der befragten Personen und einen Überblick über den Umgang mit dem vorliegenden Problem in Form von offenen Interviews. Hieraus könnten Hypothesen formuliert und eine stärker standardisierte, repräsentative Studie angeschlossen werden bzw. qualitative und quantitative Erhebungsmethoden im gleichen Projekt miteinander verglichen werden (vgl. Flick et al., 2007).

1.4.3 Motivationale Modelle der Datenerhebung und Analyse

Neben der qualitativen Inhaltsanalyse fanden zudem drei Modelle Anwendung in der Datenerhebung und Ergebnisstrukturierung der vorliegenden Studie.

Die Beziehungen von Verhalten, Handlung und Motivation werden in verschiedenen Modellen beschrieben. In der vorliegenden Arbeit diente der Betrachtung von kognitiv motivationalen Barrieren interviewter Teilnehmer eine Verschränkung der folgenden zwei Modelle, welche im Kapitel 2.8 näher erläutert wird. Tabelle 3 zeigt das Transtheoretische Modell („transtheoretical model of health behavior change“, *TTM*) nach Prochaska und DiClemente (1982).

Tabelle 3 Die Stadien der Verhaltensänderung des Transtheoretischen Modells

Stadium	Definition
„precontemplation“	Keine beabsichtigte Verhaltensänderung in den nächsten sechs Monaten.
„contemplation“	Beabsichtigte Verhaltensänderung in den nächsten sechs Monaten, aber noch nicht zur Handlung bereit.
„preparation“	Beabsichtigte Verhaltensänderung innerhalb des nächsten Monats.
„action“	Aktuelle Handlung zur Verhaltensänderung mit merklicher Verbesserung der Gesundheit.
„maintenance“	Verhalten wurde verändert, Aufrechterhaltung wird angestrebt.
„termination“	Hohe Selbstwirksamkeit im gesundheitsbewussten Verhalten, jeglicher Versuchung kann widerstanden werden.

Anmerkung. Nach (Prochaska und DiClemente, 1982, 1983; Prochaska und Velicer, 1997)

Das Rubikon-Modell der Handlungsphasen nach Heckhausen und Gollwitzer (1987) zeigt ebenfalls Stadien der Verhaltensänderung. In ihm werden die folgenden vier Handlungsphasen beschrieben:

prädezisional (Abwägen), präaktional (Planen), aktional (Handeln) und postaktional (Bewerten) (Achtziger und Gollwitzer, 2010; Heckhausen und Gollwitzer, 1987; Heckhausen et al., 1987).

In der Erstellung des Interviewleitfadens fand das Behaviorale Modell („Behavioral Model of Health Service Use“) nach Andersen (1968) Anwendung. Dieses Modell zur Erforschung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen enthält als die drei Kernpunkte „Predisposing Characteristics“ (prädisponierende Faktoren), „Enabling Resources“ (ermöglichende Faktoren) und „Need“ (Bedarf). Im Laufe der Jahre wurden diese

unterteilt und weiterentwickelt (Andersen, 1968, 1995; Babitsch et al., 2012). Weiter fanden die von ihm in einer Modellvariante beschriebenen individuellen Determinanten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Anwendung in der Leitfadenerstellung (vgl. Anhang 10.2, S. 125).

1.5 Ziel und Fragestellung

Ad stellt im Kindesalter ein bedeutendes Gesundheitsrisiko dar. Bis heute sind kaum effektive, ausreichend evaluierte, evidenzbasierte Interventionen bekannt (Wabitsch et al., 2015). Interventionen bei übergewichtigen Kindern und die Vermeidung der Entwicklung einer *Ad* sind von hoher Priorität.

Im Vorschulalter sind Eltern maßgeblich an der Lebensgestaltung ihrer Kinder beteiligt und haben in ihrer Vorbildfunktion starken Einfluss auf Entscheidungen, Motivation sowie auf Verhaltensweisen der Kinder. Aufgrund der genannten Risiken und Folgen einer frühen Manifestation von *ÜG / Ad* im Kindesalter und der entscheidenden Rolle der Eltern im Präventions- und Interventionsprozess (Lindsay et al., 2006; Summerbell et al., 2012), stellt die Erforschung elterlicher Barrieren der Inanspruchnahme einen Schlüsselpunkt in der Prävention und Intervention von *ÜG / Ad* im Vorschulalter dar.

Nach beschriebenem Kenntnisstand existieren bislang keine vergleichbaren qualitativen Studien, welche potentielle Barrieren der Prävention und Intervention von Eltern von Kindern mit *ÜG / Ad* im Vorschulalter in Deutschland unter Berücksichtigung der drei beschriebenen Risikogruppen (*ÜG / Ad* der Eltern, Migrationshintergrund, niedriger Sozialstatus) untersuchten.

Ziel dieser explorativen, hypothesengenerierenden Studie ist es, die Sichtweisen und Erfahrungen von Eltern von *ÜG / Ad* betroffenen Vorschulkindern mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes zu erfassen, inhaltsanalytisch auszuwerten und hinsichtlich kognitiver und motivationaler Handlungsbarrieren zu untersuchen. Auf Basis der Ergebnisse soll aus dem analysierten Material ein Modell zur strukturierten Beschreibung der identifizierten Barrieren entwickelt werden.

Forschungsziel ist es im Rahmen semistrukturierter Interviews Eltern zum Thema Gewichtsentwicklung im Vorschulalter zu befragen. Hieraus identifizierte Barrieren und Möglichkeiten der verbesserten Intervention sollen herausgearbeitet werden. Auch bereits erfolgte Maßnahmen bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur Überwindung dieser Barrieren und in diesem Zusammenhang aufgetretene (Miss-)erfolge sollen identifiziert werden.

Hieraus leitet sich folgende Forschungsfrage ab:

Welche kognitiven bzw. motivationalen Barrieren für die Inanspruchnahme und Umsetzung von präventiven oder interventionellen Maßnahmen bei kindlichem Übergewicht sind bei Eltern von Vorschulkindern mit *ÜG / Ad* potenziell wirksam?

2 Methoden und Materialien

2.1 Studiendesign

Die Studie PRIO-S besteht aus einem quantitativen und einem qualitativen Studienteil. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem explorativen, qualitativen Forschungsansatz dieser Studie. Sie verfolgt die im vorherigen Kapitel dargestellten Forschungsziele. Der beschriebene qualitative Forschungsansatz dient der Erhebung subjektiver Daten der Befragten in Form von Einzelinterviews und einer anschließenden qualitativen Inhaltsanalyse des gewonnenen Materials. Zur Strukturierung der Ergebnisse wurden diese an motivationale Stufen bestehender Modelle angelegt und ein Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren hieraus entwickelt. Die Erhebung der Einzelinterviews erfolgte von Juli bis November 2014. Eine Genehmigung der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen liegt vor. Projektnummer 509/2013BO1, 23.10.2013.

2.2 Zielgruppe und Rekrutierung der Teilnehmer

2.2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung der Stadt Stuttgart (Baden-Württemberg, Deutschland) wurden für einen Teil der Gesamtkohorte der Kinder, die von November 2013 bis Dezember 2014 dort untersucht worden waren (Gesamtkohorte 5017 Kinder, davon 1320 Studienteilnehmer), quantitative Daten in Form von Fragebögen erhoben. Diese Kinder hatten ein durchschnittliches Alter von 4 Jahren und 11 Monaten (Altersspanne: 4;2 – 5;9 Jahre). Von den Studienteilnehmern waren zum Untersuchungszeitpunkt 7% (94 Kinder) übergewichtig ($BMI > 90.$ Perzentile) und 3% (40 Kinder) adipös ($BMI > 97.$ Perzentile) (Junne et al., 2016a). Anhand der gemessenen Körpergröße, des Gewichts und des daraus ermittelten BMI wurden Fragebogenversionen zugeteilt. Bei einem BMI über der 90. Perzentile des entsprechenden Alters (vgl. Kromeyer-Hauschild et al., 2001) erhielten die Eltern Fragebögen für übergewichtige und adipöse Kinder sowie eine Einverständniserklärung zur späteren Kontaktaufnahme für die Durchführung von Interviews (vgl. Anhang 10.1, S. 123). Über das Einverständnis der Kohorte von Familien mit

übergewichtigen Kindern (n = 94) erfolgte die nachfolgend beschriebene Rekrutierung der Teilnehmer des qualitativen Forschungsteils dieser Studie. Die Auswertung der Fragebögen ist Teil einer anderen Arbeit (vgl. Junne et al., 2016a).

2.2.2 Rekrutierung und Auswahl der Teilnehmer für die Einzelinterviews

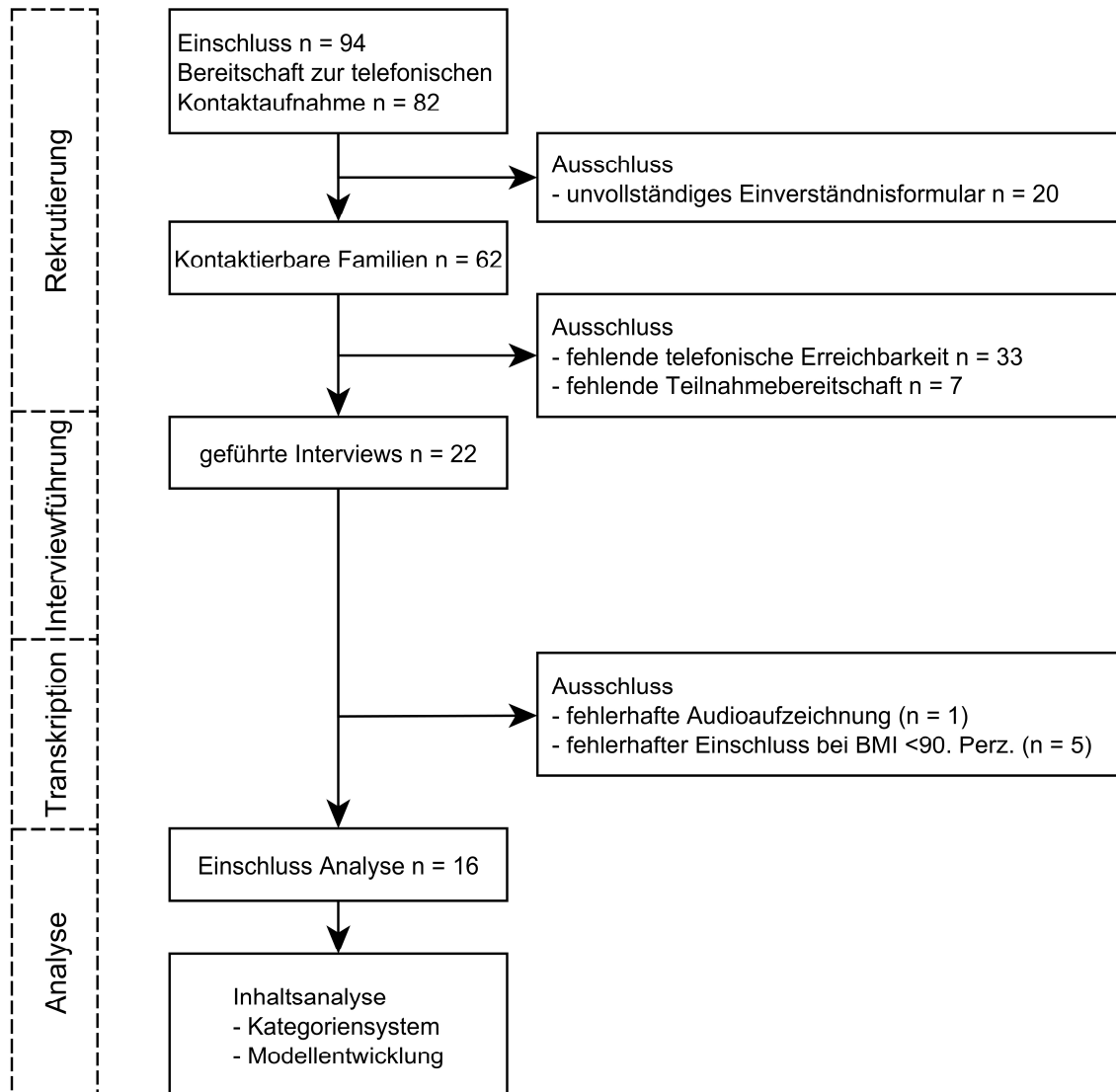


Abbildung 3. Flussdiagramm des Studienablaufs und Teilnehmereinschluss

Zur Rekrutierung waren von 94 eingeschlossenen Familien mit übergewichtigem Kind der quantitativen Teilstudie 62 kontaktierbar. Nach Kontaktaufnahme und Ausschluss diverser Teilnehmer und Interviews wurden 16 Interviews in die Ergebnisanalyse eingeschlossen.

Aus einem Pool von insgesamt 94 Eltern, die den Fragebogen für Kinder mit *ÜG / Ad* im Gesundheitsamt ausgefüllt haben, gaben 82 ihr Einverständnis zur weiteren Kontaktaufnahme für Einzelinterviews. Nach Kontrolle der ausgefüllten Formulare verblieben aufgrund unvollständiger Angaben 62 Familien. Zunächst

wurden die Teilnehmer zufällig (nach Reihenfolge vergebener Codenummern bei Untersuchung) kontaktiert. Für eine Heterogenität der Fälle und somit einer „maximalen Variation“, wie sie Flick et al. (2007) und Tong et al. (2007) beschrieben, wurde die Untersuchungsstichprobe der Eltern in einer zweiten Kontaktwelle auf die in Kapitel 1.2.1 (S. 3) beschriebenen drei Risikogruppen (ÜG / Ad mind. eines Elternteils, Migrationshintergrund mind. eines Elternteils oder Gesamthaushaltsnettoeinkommen < 25. Perzentile / < 2000€ / Monat) besonders fokussiert.

Um die Abbildung aller drei Risikogruppen zu ermöglichen wurde die Stichprobengröße vor Beginn der Studie zunächst auf 15 bis 20 Elternteile festgelegt und im Verlauf der Datenerhebung aufgrund bereits ausgeschlossener Interviews um weitere ergänzt. Durch die eintretende Datensättigung im laufenden Analyseprozess (vgl. Guest et al., 2006; Tong et al., 2007) wurde die Stichprobe nicht über 16 Interviews hinaus erweitert.

Sobald in einer Analyse weiterer Interviews kein neues Wissen aus den Daten gewonnen werden kann, wird nach der COREQ-Checkliste von einer Sättigung gesprochen (Tong et al., 2007). Nach Helfferich (2009) beginnt eine belastbare Stichprobengröße einer hermeneutischen Interpretation bei N = 6. Guest et al. (2006) beschrieben in ihrer methodischen Studie ebenfalls bereits in den ersten sechs Interviews eine fast einhundertprozentige Erfassung der Hauptinformationen. In Anbetracht der Datenlage sowie der Analyse und eingetretenen Sättigung des Kategoriensystems der vorliegenden Studie nach sieben analysierten Interviews, wurde die Stichprobengröße dieser qualitativen Studie im Forschungsteam als ausreichend betrachtet.

Insgesamt sind 16 Interviewtranskripte in die Analyse eingeflossen (vgl. Abbildung 3). Es wird dabei keine statistische Repräsentativität wie in quantitativen Studien angestrebt. Die Stichprobe soll hierfür „den untersuchten Fall inhaltlich repräsentieren“ (Merkens, 2007, S. 291) und dieser möglichst „facettenreich“ bzw. hinsichtlich der Merkmale der Teilnehmer möglichst heterogen sein (Merkens, 2007). Eine hohe Variation dieser Stichprobe sollte dadurch gewährleistet sein, dass Eltern aller drei im Kapitel 1.2.1 (S. 3) vorgestellten Risikogruppen für ÜG / Ad im Kindesalter eingeschlossen wurden.

In Kapitel 3.1 „Beschreibung der Stichprobe“, S. 28, ist die finale Stichprobe charakterisiert.

In diesem ersten Telefonkontakt wurde den Teilnehmern kurz der Zusammenhang zur quantitativen Studie und den zuvor ausgefüllten Fragebögen sowie die Relevanz der eigenen Meinung in Form dieses Interviews erläutert. Für die Teilnahme wurde ihnen eine finanzielle Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 Euro zugesichert und ein Termin zur Durchführung des Interviews vereinbart.

2.3 Das Elterninterview

Ziel der Interviews mit dem entwickelten Interviewleitfaden war die Erfassung der subjektiven Sichtweisen, Meinungen, Gedanken und Erfahrungen der Eltern von übergewichtigen und adipösen Vorschulkindern.

2.3.1 Der Interviewleitfaden

Ein Interviewleitfaden enthält Struktur und Fragen des zu führenden Interviews. Für das semistrukturierte Leitfaden-gestützte Interview der Eltern wurde er anhand der SPSS-Methode (Sammeln – Prüfen – Sortieren – Subsumieren) (Helfferrich, 2009; Kruse, 2014) im diskursiven Verfahren mit Unterstützung durch einen Studienleiter und zwei wissenschaftliche Hilfskräfte der Arbeitsgruppe (vgl. Kapitel 2.11 „Das Forschungsteam“, S. 27) entwickelt. Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurden dabei die Stichpunkte des „Behavioral Model of Health Care Utilization“ nach Andersen (1968) berücksichtigt (vgl. Kapitel 1.4.3, S. 9). Die Erfassung der freien Gedanken der Eltern zum Thema mittels offener und teils konkreteren Fragen war priorisiert. Die entstandenen Fragen des Interviewleitfadens konnten zu den folgenden sechs Hauptrubriken zusammengefasst werden:

1. Problembewusstsein
2. Rollenpotenzial
3. Inanspruchnahmeverhalten von Präventions- und Interventionsmaßnahmen
4. Barrieren
5. Stigmata und soziale Kontakte
6. Prävention

Der Interviewleitfaden besteht aus insgesamt 25 offenen Haupt-/ Leitfragen und je bis zu sieben Aufrechterhaltungs- /Nachfragen (Gesamter Interviewleitfaden Anhang 10.3, S. 126). Er wurde in regelmäßigen Treffen des Forschungsteams sowie im abteilungsinternen Forschungskolloquium präsentiert, pilotiert und reevaluiert. Anschließend erfolgte jeweils eine entsprechende Anpassung hinsichtlich Praktikabilität, Verständlichkeit, Angemessenheit sowie inhaltliche Präzisierung.

2.3.2 Durchführung und Charakteristika der Einzelinterviews

Alle Interviewführenden waren an den finalen Ausarbeitungen des Interviewleitfadens beteiligt und wurden für die Durchführung der Telefoninterviews u.a. im Rahmen von simulierten und an Teilnehmern durchgeführten Interviews durch einen der Studienleiter geschult. Es erfolgte diese Standardisierung der Interviewer auf die Anwendung des Interviewleitfadens, um die größtmögliche Konsistenz der Anwendung zu gewährleisten. Die Interviews wurden mehrheitlich von der Verfasserin dieser Arbeit, mit Unterstützung des im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Forschungsteams, durchgeführt.

Es nahm jeweils ein Elternteil der kontaktierten Familie am Interview teil. Außer ihnen und dem Interviewer war niemand am Telefonat beteiligt. Die Teilnehmer waren dabei hinreichend ungestört (soweit am Telefon beurteilbar).

Ein Einzelinterview hatte einen Zeitansatz von ca. 30 – 45 Minuten (Zeitspanne zwischen 13:18 und 68:48 Min., im Mittel 39:42 Min. (Standardabweichung 14:24 Min.)) (vgl. Abbildung 4). Die Interviewdauer wurde wesentlich durch die Ausführlichkeit der Teilnehmerantworten auf die gestellten Fragen bestimmt.

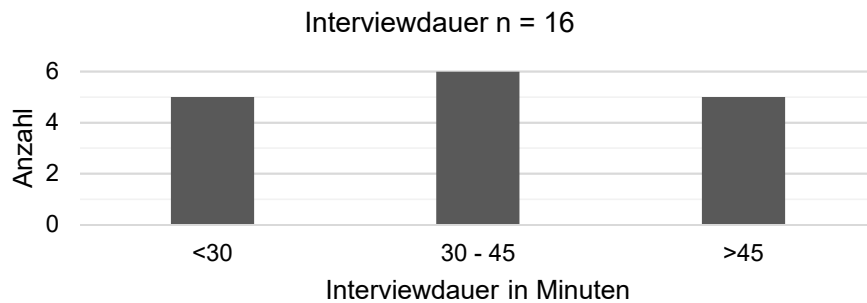


Abbildung 4. Interviewdauer der 16 Telefoninterviews.

Anzahl der geführten Interviews jeweils unter, in und über dem Zeitansatz von 30-45 Minuten. Mittlere Interviewdauer 39:42 Min. bei einer Zeitspanne von 13:18 – 68:48 Min. und einer Standardabweichung von 14:24 Min.

Neben der Einleitung zur Begrüßung des Teilnehmers sowie Erklärungen zu Ablauf und Inhalt des folgenden Interviews, wurden die Rahmenbedingungen mit speziellem Hinweis auf die Anonymisierung und Relevanz der eigenen Meinung der Teilnehmer besprochen. Die Teilnehmer erhielten keine Informationen über die Interviewführenden. Es waren ebenso keine früheren Beziehungen zwischen Interviewer und Interviewteilnehmer bekannt. Die Interviews wurden telefonisch geführt und auf digitale Tonträger aufgezeichnet, da eine alleinige Anfertigung von Notizen nicht die Gesamtheit des Gesprächs in allen Details erfassen kann (vgl. Tong et al., 2007). Es entstand ein vollständiges Transkript des Interviews (vgl. Kapitel 2.3.3). Zudem ermöglichte dies den Interviewern eine bessere Fokussierung auf den Gesprächsverlauf.

2.3.3 Transkription und Anonymisierung der geführten Elterninterviews

Die Audiodateien der Interviews wurden verschlüsselt zur Transkription an das Transkriptionsbüro amanu GmbH (Stuttgart, Deutschland) übermittelt. Die erstellten Transkripte wurden von dort anonymisiert zur Verfügung gestellt. Die verwendeten Transkriptionsregeln finden sich im Anhang 10.4 (S. 129).

Die in den Interviews genannten Namen und Adressen wurden bei Transkription durch Platzhalter ersetzt. Eine Korrelation zwischen Transkript und Interviewteilnehmer war hiermit nicht möglich. Ein Rückschluss auf die Kontaktdaten und quantitativen Fragebögen der Teilnehmer ist nur mithilfe von, durch die Studienleitung unter Verschluss gehaltenen, pseudonymisierten Codes möglich (vgl. Kapitel 2.9 „Datenschutz und Einverständniserklärung“, S. 26). Zur Erstellung des Kategoriensystems und Bearbeitung der Transkripte standen nur

die Interviewtranskripte ohne weitere Informationen zu Interviewteilnehmern oder ausgefüllten Fragebögen zur Verfügung.

Für eine vereinfachte Zuordnung wurden die Interviews von 1 bis 22 durchnummeriert und mit der Bezeichnung „IMut“ für ein Interview mit einer Mutter und „IVat“ entsprechend mit einem Vater gekennzeichnet. Die Nummerierung erfolgte nach Interviewführung, vor Ausschluss der letzten Interviews. In den illustrierenden Zitaten dieser Arbeit wurden Ergänzungen zum Verständnis in eckigen Klammern [] dargestellt und durch [...] zur Übersichtlichkeit entfernte Textteile gekennzeichnet. Dies hatte keinen Einfluss auf den Inhalt der Aussage.

2.4 Methodik der Gütekriterien

Zur Bewertung der Güte der qualitativen Studie der vorliegenden Arbeit wurde hauptsächlich die *COREQ*-Checkliste (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (Tong et al., 2007) zu Grunde gelegt und weitere Gütekriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2002; Steinke, 2007) einbezogen. In der Literatur wird die Qualität qualitativer Forschung oft als ein strittiges Thema dargestellt (Flick, 2011a; Kuckartz, 2012c; Mayring, 2002, 2010a; Tong et al., 2007). Sie besagt, Objektivität, Reliabilität und Validität könnten in qualitativer Forschung nicht genauso angewendet werden wie in quantitativer Forschung, da qualitative Forschung weniger formalisierbar und standardisierbar sei. Diese Bewertungskriterien seien nicht für qualitative Methoden entwickelt (Steinke, 2007). Nach Flick (2011b) ließe sich die Qualität qualitativer Forschung nicht auf „allgemein verbindliche Kriterien ... zur Entscheidung zwischen guter und schlechter Anwendung von Methoden reduzieren“ (Flick, 2011b, S. 511). Er beschreibt eine Art „Total Quality Management“ (Flick zitiert nach Kuckartz, 2012d, S. 24). Die Güte sei nicht an messbaren Größen sondern am gesamten Forschungsprozess orientiert (Kuckartz, 2012d).

2.5 Festlegung der Analyseverfahren

2.5.1 Fragestellung der Analyse

Die Fragestellung der Analyse der Transkripte orientierte sich an den in Kapitel 1.5 (S. 10) definierten Forschungsfragen und -zielen.

2.5.2 Festlegung der Analysetechnik

Vor dem Hintergrund der explorativen Fragestellung wurde ein primär induktives Auswertungsvorgehen an das Material mit dem Ziel einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010c) gewählt.

Bei rein deduktiv erstellten Kategoriensystemen kommen zuvor, z. B. anhand des Interviewleitfadens, festgelegte Kategorien zum Einsatz. Im Gegensatz dazu besteht bei dem in dieser Arbeit verwendeten, induktiven Ansatz größere Freiheit bzw. Unvoreingenommenheit in der Bildung der Kategorien. Sie werden frei aus dem Datenmaterial entwickelt und so im vorliegenden Forschungsprojekt der Informationsfülle und -variation gerecht. Dieser induktive Forschungsansatz ist offen für neue Themen, Erkenntnisse und Ideen. Ein Selektionskriterium im Sinne der Forschungsfrage ist auch bei Analysen mit induktiver Herangehensweise von elementarer Bedeutung, um den Hintergrund der Analyse nicht aus dem Fokus zu verlieren. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird ein Text zielführend auf eine Thematik hin analysiert und unbedeutende Textstellen zur Vermeidung unnötiger Datenmengen gestrichen (vgl. Mayring, 2010c).

Die induktiv entwickelten Kategorien wurden im Analyseverlauf an sinnvoll erscheinender Stelle deduktiv ergänzt und abschließend auf Reproduzierbarkeit überprüft. Im folgenden Beispiel wurde die Hauptkategorie deduktiv durch Unter- und Subkategorien ergänzt, auch wenn es zu einer dieser Kategorien zum frühen Analysezeitpunkt noch keine passende Textstelle gab.

Hauptkategorie: „*Wahrnehmung von kindlichem Gewicht*“

Unterkategorien: „*Eltern*“, „*Arzt*“, „*Kind*“, „*Dritte*“

Subkategorien: „...*als „normal“ eingeschätzt*“, „...*zu viel*...“, „*unentschieden*“.

Den Unterkategorien der verschiedenen Akteure (Eltern, Arzt, Kind, Dritte), wurden zunächst jeweils alle drei gefundenen Subkategorien zugeordnet und im weiteren Verlauf der Kodierung monitoriert, ob diese bedient werden konnten und

sich mit Zitaten füllten oder leer blieben und nicht ins Kategoriensystem integriert wurden (vgl. Abbildung 7, S. 30).

2.5.3 Festlegung Analyseeinheiten

Vor dem Beginn der eigentlichen Textarbeit und Analyse wurden, wie in den Qualitätskriterien qualitativer Inhaltsanalyse von Kuckartz (2012a, 2012b) und Mayring (2010c) gefordert, die Begriffe der Auswertungseinheit, Analyseeinheit, Kodiereinheit und Kontexteinheit definiert. Diese dienen als formale Kriterien der Interviewkodierung. Sie sind im Anhang 10.5 (S. 134) ausgeführt.

2.6 Erstellung des Kategoriensystems

Die Erstellung des Kategoriensystems ist ein zentraler Teil der Analyse des Interviewmaterials. Autoren wie Mayring und Kuckartz stellen das Kategoriensystem als zentrales Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Es dient sowohl der Analyse als auch der Ergebnisdarstellung (vgl. Kuckartz, 2012a; Kuckartz, 2012b; Mayring, 2010c). Für dessen Erstellung wurde ein induktives Vorgehen, an empirischen Daten, auf Grundlage der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt (vgl. Kapitel 1.4.2, S. 7 und Kapitel 2.5.2, S. 19). Zur Veranschaulichung des Gesamtablaufs ist in Abbildung 5 das Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2010c, S. 84) dargestellt.

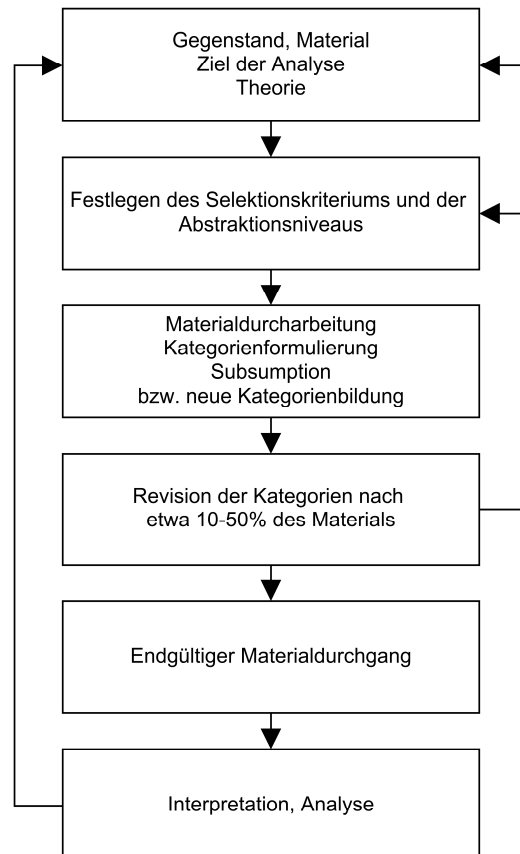


Abbildung 5. Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (nach Mayring (2010c, S. 84)). Darstellung des Grob Ablaufs der Kategorienbildung samt Rückkopplungsschleifen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse.

Zur Erstellung des Kategoriensystems wurden aus den geführten Interviews drei ausreichend lange (> 30 Min.) zufällig ausgewählt. Der Auswertung wurden keine Kategorien in Form von Hypothesen, Mutmaßungen und Prämissen vorangestellt, sondern das Material auf seinen Inhalt untersucht und die enthaltenen Themen extrahiert. Die Inhaltsanalyse der ersten drei Interviews erfolgte nach den von Mayring (2010c) vorgegebenen Schritten induktiver Kategorienbildung. Zu ihnen zählen die „Paraphrasierung“ (die ausgewählte Textstelle / Kodiereinheit in eigenen Worten wiedergegeben und Teile ohne Inhalt streichen), die „Generalisierung“ (Paraphrasen auf ein Abstraktionsniveau anheben) und bis zu zwei „Reduktionen“ (Streichung bedeutungsgleicher sowie nicht mehr zentral inhaltstragender Paraphrasen. Zusammenfassung ähnlicher Paraphrasen sowie Gruppierung zu allgemeineren Themen). Die Textmenge wurde durch Streichen, Zusammenfassen und Generalisieren reduziert und abstrahiert.

Die Inhaltsanalyse wurde durch eine wissenschaftliche Hilfskraft unterstützt, welche nicht am Entstehungsprozess der Interviews beteiligt war. Mit ihrer Hilfe wurden alle Interviews unabhängig voneinander analysiert und kodiert (Team 1) (vgl. Abbildung 6). Nach der Analyse der ersten Interviews wurden die gefundenen Themen und mögliche Strukturierungen diskutiert, die Ergebnisse wöchentlich mit den in diesem Teilprojekt beteiligten Forschern besprochen und in konsensorientierten Verfahren umgesetzt (Gesamtteam). Vom Team 1 wurden weitere Interviews zur induktiven Erstellung von Kategorien hinzugezogen und die einzelnen Kategorien auf ihre Anwendbarkeit diskutiert. Eine Revision des Kategoriensystems auf Umsetzbarkeit und Zuverlässigkeit geschah an zwei Interviewtexten durch zwei weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe, welche nicht an der Erstellung des Kategoriensystems beteiligt waren (Team 2). Sie wurden hierauf geschult und erhielten Informationen zu Definitionen, Kodierregeln und Ankerbeispielen des Kategoriensystems. Diese zwei Interviews wurden mit gleichem Kategoriensystem ebenfalls vom Team 1 rekodiert, die Ergebnisse im Gesamtteam diskutiert und das Kategoriensystem dementsprechend angepasst. Es wurden weitere drei Interviews zur Überprüfung und Verfeinerung des Kategoriensystems hinzugezogen (Team 3: Kodierung durch Team 1 und einer der Kodierer aus Team 2) und die Ergebnisse laufend im Gesamtteam diskutiert bis nach weitgehender Übereinstimmung der Kodierungen eine Reproduzierbarkeit gegeben war. Unstimmigkeiten wurden diskursiv behoben. Nach sieben analysierten Interviews trat eine Sättigung des Kategoriensystems ein. Die bis hierher verwendeten sieben Interviews zur Erstellung des Kategoriensystems entsprachen einem Umfang von rund 44% des Analysematerials. Dies entspricht den von Mayring (2010c) und Kuckartz (2012b) postulierten 10 – 50% des Materials, nach denen das Kategoriensystem einer Revision zugeführt werden sollte und ggf. ausreichend Material für eine Analyse des gesamten Datenmaterials enthalten ist, ohne dass merklich neue Aspekte hinzukommen.

Die restlichen neun Interviews wurden jeweils unabhängig voneinander im Team 1 kodiert und Unstimmigkeiten der Kodierungen diskutiert. Darüber hinaus offene, strittige Textstellen wurden im Gesamtteam der Arbeitsgruppe diskutiert.

Alle an der Erstellung des Kategoriensystems beteiligten Interviews wurden abschließend mit dem neuen Kategoriensystem rekodiert, um alle Inhalte korrekt zu erfassen. Mit den durchgeführten Schleifen von Kodieren – Diskutieren – Verändern des Kategoriensystems – Rekodieren (Mayring, 2010c) wurde eine Zuverlässigkeit des Kategoriensystems und damit der Ergebnisse erreicht.

Abbildung 6 beschreibt die Erstellung des Kategoriensystems und anschließende Kodierung.

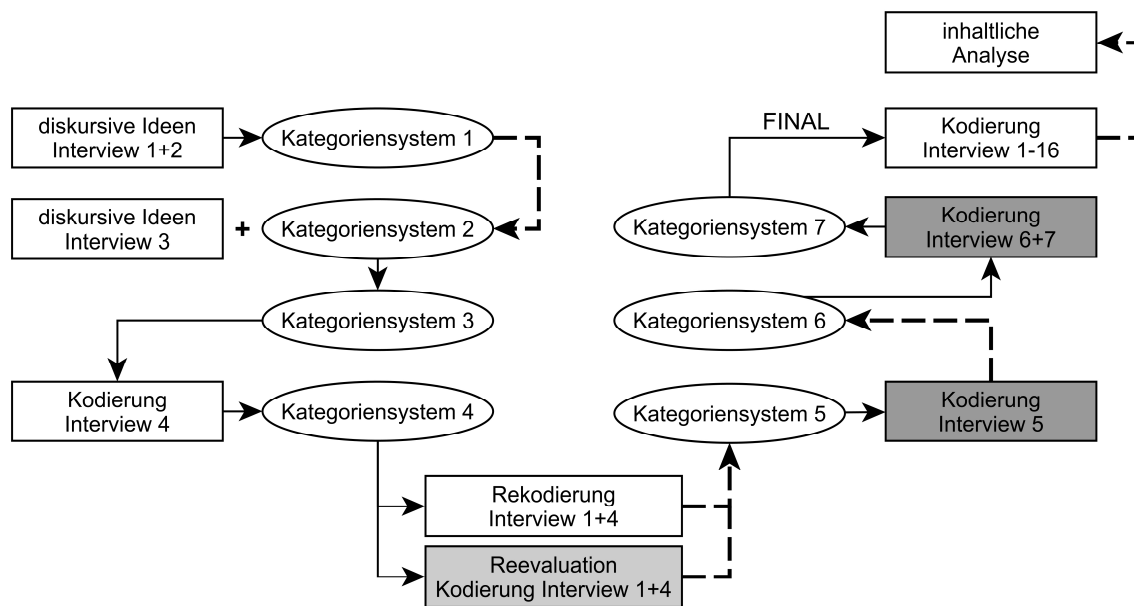


Abbildung 6. Ablauf der Erstellung des Kategoriensystems und Kodierung des Materials. Runde Elemente: Kategoriensystementwürfe, eckige Elemente: Analyseschritte zur Erstellung des nächsten Entwurfs, weiß: Team 1, hellgrau: Team 2, nicht an Erstellung beteiligt, dunkelgrau: Team 3. Pfeil zum Kategoriensystem: Diskussion im jeweils kodierenden Team (meist Team 1). Gestrichelter Pfeil: Diskussion im Gesamtteam der Arbeitsgruppe.

Die Kodierung der Interviews erfolgte digital unter Zuhilfenahme der QDA-Software („Qualitative Data Analysis“) „MAXQDA 11“ (VERBI Software – Consult – Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland).

2.7 Inhaltliche Analyse der Kategorien

Nach der Kodierung des Gesamtmaterials und Diskussion offener Textstellen wurde jede Hauptkategorie auf ihren Inhalt untersucht. Die Textstellen der jeweiligen Unter- und Subkategorien wurden durchgearbeitet und die Kernaussagen extrahiert, diskutiert und interpretiert. Die Interpretation der ersten Hauptkategorie für die daraus entstandene Entwicklung des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren wurde im Team 1 durchgeführt und vom

Gesamtteam diskutiert. Die tiefere Analyse der restlichen Kategorien erfolgte durch die Verfasserin dieser Arbeit mit anschließenden Diskussionen im Team 1 und Gesamtteam.

2.8 Erstellung eines Modells zur Beschreibung kognitiv motivationaler Handlungsbarrieren

Die im vorherigen Kapitel genannte inhaltliche Analyse der ersten Hauptkategorie „Umgangsstrategien und Sichtweisen der Eltern zu Gewicht“ (vgl. Kapitel 3.2 „Das Kategoriensystem“, S. 29) beinhaltete 181 Textstellen. Im Team 1 wurde diese mit Fokus auf den Inhalt unabhängig voneinander analysiert, die Kernaussagen extrahiert und als Barriere oder Ressource beurteilt. Anschließend wurden die Ergebnisse diskutiert und die Textstellen den einzelnen notierten oder diskursiv erstellten Kernaussagen zugeordnet. Somit wurden für die bearbeitete Hauptkategorie spezifische Unterthemen im Sinne von Handlungsbarrieren (Kernaussagen) neu entwickelt.

Zur Strukturierung dieses Analysematerials wurden das in Kapitel 1.4.3 (S. 9) beschriebene *TTM* nach Prochaska und DiClemente (1982) bzw. das Rubikon-Modell der Handlungsphasen nach Heckhausen und Gollwitzer (1987) angelegt und die Handlungsbarrieren diesen motivationalen Stufen im diskursiven Verfahren zugeordnet. Für das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren wurde eine Zusammenstellung der Stadien und Phasen beider genannter Modelle gewählt. Die Struktur der elterlichen Barrieren ergab die beschriebene Kombination beider Modelle. Es wurde eine Kombination gewählt, da nur eines nicht alle Stufen beschrieb die abgebildet werden sollten. Tabelle 4 zeigt die motivationalen Stufen, die nach Integration beider Modelle, im Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren Anwendung fanden.

„Stadien“, „Stufen“ und „Phasen“ werden im Folgenden synonym verwendet.

Die ersten beiden Stufen entstammen dem transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente. Sie wurden ins Deutsche übersetzt und an die motivationalen Phasen nach Heckhausen und Gollwitzer angepasst. Die restlichen Stufen entstammen dem Rubikon-Modell nach Heckhausen und Gollwitzer.

Tabelle 4 Beschreibung der motivationalen Stufen des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren nach Integration einzelner Stufen des Rubikon-Modells und des Transtheoretischen Modells

Motivationale Stufe	Definition
präkontemplativ	Entsprechend der „precontemplation“ des TTM keine beabsichtigte Verhaltensänderung in nächsten sechs Monaten. Unwissenheit über Konsequenz des Verhaltens / Entmutigung aufgrund früherer Versuche. Keine Gespräche, Gedanken oder eigenes Informieren bzgl. Risikoverhalten (Prochaska und Velicer, 1997).
kontemplativ	Entsprechend der „contemplation“ des TTM beabsichtigte Verhaltensänderung in absehbarer Zukunft, ohne Handlung. Argumente für und wider einer Verhaltensänderung, Erschwernis der Entscheidungsfindung und des Verlassens dieser Phase (Prochaska und Velicer, 1997). Enge Verbindung zur prädeziSIONalen Phase, in welcher unter Abwägung dieser Argumente die Zielsetzung zur Handlung erfolgt.
prädeziSIONal	Entscheidung, welche Wünsche in Ziele und Handlungen umgesetzt werden sollen. Einschätzung der Werte des Zieles und der Realisierbarkeit. Konkretes Ziel bei hoher zugewiesener Priorität. Diese Zielsetzung und Wunsch der Realisierung bezeichnet Heckhausen als „Überschreiten des Rubikon“, einhergehend mit Gefühl der Verpflichtung das Ziel umzusetzen (Achtziger und Gollwitzer, 2010).
präaktional	Ziel ist festgesetzt, bestimmte Umstände lassen Handlung noch nicht zu. Als Warteperiode auf günstige Gelegenheit zum Handeln beschrieben. Planung der Handlung. Handlungsinitiierung schafft Übergang in aktionale Phase (Achtziger und Gollwitzer, 2010). Diese Phase beinhaltet teils die „preparation“ und ggf. „contemplation“ des TTM. Verhaltensänderung ist beabsichtigt, Durchführung innerhalb des nächsten oder der nächsten Monate (Prochaska und Velicer, 1997).
aktionale Handlungsphasen	Gesteckte Ziele werden versucht zu erreichen und Pläne umzusetzen. Neubewertung des Zieles und der Handlung nicht möglich. Konzentration liegt auf aktueller Handlung. Ausblendung störender Faktoren, die zu Unterbrechung führen könnten (Achtziger und Gollwitzer, 2010). Für das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren werden in der aktionalen Handlungsphase die zwei Untereinheiten „partial aktional“ und „real aktional“ unterschieden.
partial aktional	Aktionale Phase, in der zwar eine Handlung durchgeführt wird, aber bestimmte Barrieren einer korrekten, kompletten bzw. konsequenten Durchführung im Wege stehen, es kommt nicht zu dem gewünschten Handlungsergebnis.

Anmerkung. TTM = Transtheoretisches Modell. Modifiziert nach Modellen von Prochaska und DiClemente (1982); (Prochaska und Velicer, 1997) und Heckhausen und Gollwitzer (1987); (Achtziger und Gollwitzer, 2010; Heckhausen et al., 1987)

Das vorliegende Modell endet in der aktionalen Handlungsphase, dessen zweite Untereinheit, die Phase „real aktional“, nicht erreicht wurde (eine korrekte, komplette Durchführung der erforderlichen Maßnahmen mit dem Erfolg einer Gewichtsnormalisierung des Kindes). Sie entspricht der Phase der „action“ des TTM. Ebenso ist die „postaktionale“ Phase des Rubikon-Modells nicht aufgeführt,

sowie die Phasen der „maintenance“ und „termination“ des *TTM*. Dies beruht auf der Tatsache, dass die vorliegende Studie nur einen Querschnitt der Teilnehmer abbildet, welche aufgrund des Einschlusses von Kindern > 90. *BMI*-Perzentile überwiegend die aktionalen Phasen noch nicht überwunden haben. Weiterführende Phasen wären somit für folgende längsschnittliche Beobachtungen sinnvoll.

Nach der Postulierung des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren aus der Integration der Modelle nach Prochaska und DiClemente bzw. Heckhausen und Gollwitzer wurden die noch fehlenden Kategorien auf ihren Inhalt analysiert und eine Queranalyse über das gesamte Material aller Kategorien durchgeführt. Es wurden weitere Handlungsbarrieren aus den Kategorien extrahiert und das Modell an den entsprechend passenden Stellen ergänzt.

2.9 Datenschutz und Einverständniserklärung

Im Rahmen der quantitativen Erhebung mittels Fragebögen (vgl. Kapitel 2.2.1, S. 12) wurde das schriftliche Einverständnis aller Interviewteilnehmer für eine erneute telefonische Kontaktaufnahme gegeben. Diese Einverständniserklärungen sind mit dem Teilnehmercode versehen und getrennt von den Fragebögen in einem verschließbaren Schrank in der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Tübingen aufbewahrt. Digitale Daten wurden innerhalb des geschützten elektronischen Datenverarbeitungsbereiches gespeichert. Sämtliche erhobene Daten werden nach Ablauf von 10 Jahren vernichtet. Anhand der Codeliste abgegebener Fragebögen für übergewichtige und adipöse Kinder wurden die Kontaktdaten der einverständenen Teilnehmer durch die Studienleitung ermittelt. Im ersten Telefonkontakt hatten sie die Möglichkeit, der Interviewteilnahme mündlich zuzusagen, sowie zu Beginn des eigentlichen Interviews. Hier wurden die Teilnehmer noch einmal über die Tonaufnahme und anschließende Transkription mit Anonymisierung der Daten innerhalb des Interviewtranskripts informiert.

2.10 Finanzierung

Das Projekt wurde durch die Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg (Projektkennung: VfD_PRIO-S_13_003606) finanziert.

2.11 Das Forschungsteam

Das Forschungsteam dieses Teilprojekts der Studie PRIO-S bestand aus sechs Personen. Neben der Studienleitung durch Dr. med. Florian Junne und Prof. Dr. med. Stefan Eehalt waren drei Psychologiestudenten als wissenschaftliche Hilfskräfte und eine Doktorandin der Humanmedizin (Verfasserin dieser Arbeit) beteiligt.

Das beschriebene Gesamtteam zur Erstellung des Kategoriensystems bestand aus Dr. med. Florian Junne, den drei wissenschaftlichen Hilfskräften und der Verfasserin dieser Arbeit.

Die Teammitglieder wurden durch strukturierte Fortbildungsmaßnahmen am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen in die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse eingeführt und in regelmäßigen Supervisions-Workshops für die Durchführung der Analyse sowie den Umgang mit der Computersoftware „MAXQDA“ vorbereitet und beraten.

3 Ergebnisse

Aus der durchgeführten Analyse der Einzelinterviews entstand ein Kategoriensystem als Kodierleitfaden. Dies stellte nach Kodierung aller Interviews ein erstes Ergebnis der Analyse dar. Seine Struktur sowie die Bedeutung und inhaltliche Zusammenfassung einzelner, ausgewählter Kategorien werden im Folgenden erläutert. Anschließend findet sich die kategorienübergreifende Queralyse in Form des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden aus den rekrutierten Eltern, wie in Abbildung 3 (S. 13) beschrieben, 22 Eltern telefonisch befragt und final 16 Interviews, deren Teilnehmer die Einschlusskriterien erfüllten, in die Analyse eingeschlossen. Die teilnehmenden Elternteile gehörten einer oder mehrerer der definierten Risikogruppen (*ÜG / Ad* mind. eines Elternteils, Migrationshintergrund mind. eines Elternteils oder Gesamthaushaltsnettoeinkommen < 25. Perzentile / < 2000€ / Monat) an (vgl. Kapitel 1.2.1, S. 3). Tabelle 5 zeigt die Verteilung der Stichprobe und die demografischen Daten der Interviewteilnehmer.

Die ausgewählte Stichprobe dient nicht der Verallgemeinerung ihrer Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung und hebt nicht den Anspruch eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe zu sein. Sie dient vielmehr dem Verstehen subjektiver Sinnstrukturen der Einzelfälle und ihrer Zusammenhänge.

Tabelle 5 Demografische Daten der teilnehmenden Familien ($n = 16$)

Merkmal	Wert	
Betroffene Kinder		
Geschlecht		
Mädchen	n = 12	(75%)
Jungen	n = 4	(25%)
Durchschnittsalter	5 Jahre 1 Monat \pm 4 Monate	
Durchschnittsgewicht (<i>BMI</i> -Perzentile)	26 \pm 4 kg (95 \pm 3)	
Gewichtsverteilung (<i>ÜG</i> / <i>Ad</i>)	12 / 4 (75% / 25%)	
Teilnehmende Eltern		
Geschlecht		
Mutter	n = 14	(87,5%)
Vater	n = 2	(12,5%)
Durchschnittsalter		
Mutter	38,7 \pm 4,0 Jahre	
Vater	41,5 \pm 0,5 Jahre	
Migrationshintergrund der Familien		
Kein	n = 5	(31,25%)
einseitig	n = 4	(25,00%)
beidseitig	n = 5	(31,25%)
keine Angabe	n = 2	(12,50%)
Nettohaushaltseinkommen pro Monat		
< 2000€	n = 3	(18,75%)
> 2000€	n = 12	(75,00%)
keine Angabe	n = 1	(6,25%)
Elterngewicht		
	Mutter (n = 14)	Vater (n = 2)
kein <i>ÜG</i> / <i>Ad</i>	n = 6 (37,50%)	
<i>ÜG</i>	n = 6 (37,50%)	n = 2 (12,50%)
<i>Ad</i>	n = 2 (12,50%)	
Familiengewicht		
einseitig <i>ÜG</i> / <i>Ad</i>	n = 9	(56,25%)
beidseitig <i>ÜG</i> / <i>Ad</i>	n = 6	(37,50%)
fehlende Angabe	n = 1	(6,25%)

Anmerkung. Angaben des Mittelwerts immer \pm Standardabweichung. n = Anzahl, *BMI* = Body Mass Index, *ÜG* = Übergewicht, *Ad* = Adipositas

3.2 Das Kategoriensystem

Das Kategoriensystem stellt das Kernstück der qualitativen Inhaltsanalyse dar. In ihm sind die von den Eltern zu den gestellten Interviewfragen (vgl. Anhang 10.3, S. 126) genannten Themen dargestellt. Das Kategoriensystem besteht aus verschiedenen Ebenen. Sie werden als Haupt-, Unter- und Subkategorie bezeichnet. Als letzte Ebene schließen sich jeweils die Aussagen der Eltern in Form von Zitaten an. Die Abbildung 7 zeigt den strukturellen Aufbau des Kategoriensystems exemplarisch an einer Hauptkategorie.

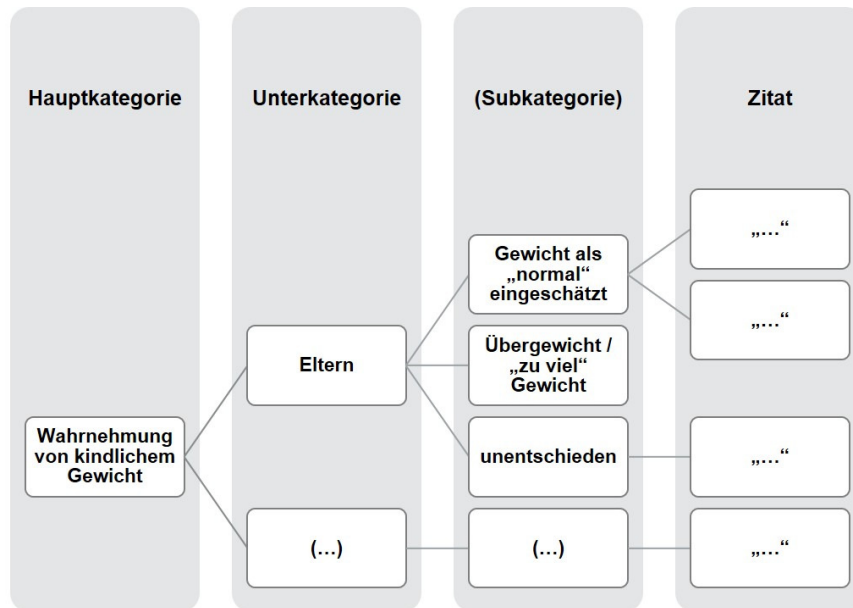


Abbildung 7. Struktur des Kategoriensystems

Exemplarische Hauptkategorie mit jeweils zugehöriger Unter- und Subkategorie sowie strukturelle Einordnung der Elternzitate.

Das Kategoriensystem setzt sich aus 25 Hauptkategorien zusammen:

- Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht
- Wahrnehmung von kindlichem Gewicht
- Informationsstand
- Migration / Kultur
- Umgebungsbedingungen Gesellschaft / Politik / Infrastruktur
- Erziehung
- Rollenmodell / Vorbildverhalten der Eltern
- Gewohnheit / Bequemlichkeit
- Ursachen / Erklärungen der Eltern für *ÜG* / *Ad*
- Scham & Schuld
- Zeit
- finanzielle Ressourcen
- psychische Gesundheit
- körperliche Gesundheit
- sonstige Barrieren
- sonstige Ressourcen / Chancen
- bisher geplante Maßnahmen
- bisher ignorierte Empfehlungen Dritter

- bisher durchgeführte Maßnahmen
- Erfahrungen mit Kinderarzt / Hausarzt
- Erfahrungen mit Kindertagesstätte (*Kita*) / Kindergarten (*Kiga*) / Schule
- Erfahrungen mit anderen Stellen
- Erfahrungen bei Umsetzung bisheriger Maßnahmen
- elterliche Vorschläge für Maßnahmen / Vorgehen
- mögliche Ansprechpartner / Leistungserbringer

Die Darstellung aller Kategorien inklusive Unter- und Subkategorien finden sich im Anhang 10.6 (S. 135).

3.3 Erläuterung der Kategorien / Modellbarrieren

Im Folgenden werden die Inhalte einiger ausgewählter Kategorien (vgl. vorheriges Kapitel) bzw. Modellbarrieren näher erläutert, welche als adressierbare, elternzentrierte Handlungsbarrieren selektiert wurden. Diese sind zielführend zur anschließenden Modellentwicklung. Die Kategorien / Handlungsbarrieren werden in diesem Kapitel nach den vier Ebenen des Phasenmodells („Hintergrund“, „Problembewusstsein“, „vorwiegend als präaktional eingeordnete Barrieren“ und „vorwiegend als partial aktional eingeordnete Barrieren“), angelehnt an die in Kapitel 2.8 (S. 24) erläuterten motivationalen Stufen, gruppiert beschrieben. Zur Illustration dieser Dimensionen dienen ausgewählte repräsentative Zitate.

3.3.1 Die Modellebene des elterlichen / familiären Hintergrundes

Eine Ebene von Handlungsbarrieren stellt der „Hintergrund“ dar. Hierzu zählen Themengebiete die das Hintergrundwissen und Lebensumfeld der Eltern bzw. Familien betreffen. Während der inhaltlichen Analyse der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ (vgl. Kapitel 2.7, S. 23) wurde insbesondere „Bildung / Informationsstand“ als informationsreiche Handlungsbarriere identifiziert. Vor allem hier beschrieben die befragten Eltern vorhandene Barrieren und Defizite welche ihr Denken und Handeln beeinflussten.

3.3.1.1 Bildung / Informationsstand der Eltern als Handlungsbarriere

In den Hauptkategorien „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ und „Informationsstand“ wurde ein mangelnder bzw. fehlerhafter Informationsstand durch die Eltern beschrieben. In Ersterer beschrieben Eltern Gewichtsrelationen, die eher auf Erwachsene statt auf das kindliche Gewicht zutrafen (bis fünf kg Gewichtserhöhung wurde akzeptabel eingeschätzt, nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) bei Fünfjährigen ein Unterschied von 50. bis > 90. Gewichtsperzentile). Es wurden Unklarheiten bezüglich der Sinnhaftigkeit von Gewichtsregulierungen im Alter von fünf Jahren geäußert. Von Dritten, wie anderen Eltern, wurde die Notwendigkeit von körperlicher Aktivität und das erforderliche Bewegungsausmaß von Kindern befragter Eltern angezweifelt. Zu „Dritten“ werden in den weiteren Kapiteln, sofern nicht anders beschrieben, Familie, Freunde, andere Eltern, Fremde sowie Ärzte und Erzieher gezählt.

Die Hauptkategorie „Informationsstand“ bot Textstellen der Unterkategorie „eigene Einschätzung des Informationsstandes der Eltern“ mit sehr heterogenen Aussagen (vgl. Tabelle 6 und Tabelle 7). Einige Eltern verneinten einen Informationsbedarf zu kindlichem ÜG, andere hingegen bejahten ihn, zeigten Informationsbereitschaft und gaben fehlendes Wissen über Ansprechpartner und Informationsquellen an (vgl. Tabelle 6). Informationsquellen, Anlaufstellen und Prozedere waren häufig unbekannt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 6 Chancen bzw. Ressourcen der Eltern in ihren Aussagen zum eigenen Informationsstand

Beschriebene elterliche Chancen / Ressourcen	
Informationsbereitschaft	Anlaufstelle, Prozedere bekannt
<ul style="list-style-type: none"> - offen für Tipps, Informationen - trotz vorheriger Information - schadet nie mehr zu wissen - bereit für Zweitmeinung 	<ul style="list-style-type: none"> - Angebot vorhanden bei ausreichender Eigeninitiative - Vermittlung über Kinderarzt - Kontaktaufnahme zu Anlaufstellen einfach
verwendete Informationsquellen	
<ul style="list-style-type: none"> - Apothekenrundschau, Fernsehen - Internetsuchmaschinen, nicht befriedigend, beängstigend, Umgang beherrschen - lesen, Nachrichten, Zeitung, Universität, Flyer - Luftballon (Elternmagazin) - Arzt, Erzieherinnen - „Weight Watchers“ 	

Tabelle 7 *Barrieren der Eltern in ihren Aussagen zum eigenen Informationsstand*

Beschriebene elterliche Barrieren
kein Informationsbedarf wegen
<ul style="list-style-type: none"> - Gefühl ausreichend informiert zu sein, eigener Wissensstand hoch eingeschätzt - positivem Feedback Dritter - keine Erwartung neuer Erkenntnisse - vorhergehender Informationen und Programme (Infos bereits von Dritten erhalten, Flyer) - Problem bereits identifiziert - Eltern nicht für Thema sensibilisiert
Informationsquelle und Informationen unbekannt
<ul style="list-style-type: none"> - Angebote zu Ausdauersport, Selbstvertrauen, Kochen mit Kindern - Normwerte, Perzentilkurven - (bester) Ansprechpartner für Übergewicht bei Kindern - Gesamtprozedere nicht bekannt - Eigeninitiative notwendig
ungenügende Information
<ul style="list-style-type: none"> - trotz regelmäßigem Arztbesuch - weiß nicht wo zu beginnen - weil Eigeninitiative benötigt wird, Auseinandersetzung - fehlende Kenntnisse zur Informationssuche - Essenszusammensetzung der <i>Kita</i> unbekannt - Fehlende Information zu Prävention, Maßnahmen - ständig neue Erkenntnisse - Informationsflut schafft Verunsicherung - durch Sprachbarriere - keine Ideen für gesundes Abendbrot, Frühstück
Falschinformationen / Defizite im Kenntnisstand der Eltern
<ul style="list-style-type: none"> - Perzentilkurven würden im Kindesalter aufhören, Benutzung teils unklar - Definitionsbereich Übergewicht und Zeitpunkte für Interventionen nicht bekannt - Beurteilungen der Gewichtsschwankungen von Erwachsenen übernommen - Kinder würden von Natur aus nicht gerne grünes Gemüse essen - Es gäbe kein Bewegungsangebot für Kinder unter drei Jahren

Im Zusammenhang mit einem fehlenden Informationsbedarf schätzten Eltern ihren Wissensstand hoch ein, wurden durch Dritte in ihrem Denken teils bestärkt oder beschrieben ihren Bedarf durch zuvor erhaltene Informationen als gedeckt.

„Interviewer: Was hat Sie denn bisher davon abgehalten, weitere Informationen zu suchen, nachdem Sie davon [ÜG / Ad des eigenen Kindes] beim Gesundheitsamt erfahren haben?“

Befragte: Mein Wissensstand, dass ich weiß, wie ich sie ernähren muss und was ich tun muss, dass sie fit bleibt. Also dass Bewegung sehr wichtig ist und das alles, ich meine, gesunde Ernährung, frisches Obst, viel Gemüse, wenig Süßes, keine Fruchtsaftgetränke.“ (IMut13)

„[...] nein, fühle ich mich ausreichend informiert. Gut informiert.“ (IMut12)

Trotz der vorhandenen Informationen und des empfundenen hohen Wissensstands zeigten sich Fehlinformationen. Hierzu zählten unter anderem die fehlerhafte Einschätzung des Definitionsbereiches von *ÜG / Ad* und die Verwendung fehlerhafter Gewichtsrelationen als Referenz für die Bewertung kindlicher Gewichtsschwankungen.

„Jetzt zwei, drei Kilogramm mehr oder auch fünf Kilogramm mehr ist o.k, denke ich.“ (IVat3)

Es wurden Verunsicherungen bezüglich des Anwendungsalters der Perzentilkurven und zur Definition und Einschätzung kritischer Gewichtsbereiche berichtet. Bezüglich des allgemeinen Zusammenhangs von Gewicht, Körpergröße und *BMI* bestanden weitere Unsicherheiten.

„Ab wann ist übergewichtig? Also ab wann ist man übergewichtig in dem Alter? Was ist noch im Rahmen? Ich finde es sehr schwer. Und da fehlt mir eher die Hilfe.“ (IMut14)

„[...] die Ärzte sagen ja dann nur: Es stimmt jetzt so einigermaßen mit der Körpergröße überein. Aber wie viel das zu viel ist, weiß ich gar nicht.“ (IMut1)

Einige Eltern sagten, sie würden sich nicht ausreichend informiert fühlen. Sie hätten nicht gewusst, wo sie beginnen sollen, ihnen würden Ideen z. B. für eine gesunde, interessante Ernährung fehlen. Aufgrund der Fülle an Informationen, besonders im Internet, fiel es einigen schwer an hilfreiche Informationen zu gelangen. Ihnen sei größtenteils nicht klar, welche mögliche Anlaufstellen für kindliches *ÜG / Ad* seien und wo sie Hilfe bekommen könnten. Ebenso waren Informationsquellen teils unbekannt oder es wurden fehlende Informationen über das Gesamtprozedere im Gesundheitssystem als mögliche Barrieren beschrieben.

„[...] ich bin ja jetzt auch Ärztin und weiß auch nicht auf Anhieb, was es alles für Anlaufstellen gibt. [...] Dass man darüber [Öffentlichkeitsarbeit] vielleicht mehr Eltern erreicht, die vielleicht längst wissen, dass es da ein Problem gibt in der Familie und da dann einfach eine Anlaufstelle präsentiert bekommen.“ (IMut12)

„Aber wo den Eltern weitergeholfen wird, habe ich keine Ahnung, wo ich hingehen kann. Wo ich hingehen muss, da habe ich keine Ahnung.“ (IVat3)

Über Leistungserbringer, wie Ärzte, Erzieher, Sportlehrer, wurde teils eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema kindlicher Ernährung berichtet. Auch bezüglich anderer Eltern wurde ein Informationsdefizit im Ernährungsbereich, einschließlich fehlender Sensibilität von Eltern nicht betroffener Kinder für das Thema, genannt. Die Kinder wurden von einigen Eltern beschrieben, als verstünden sie in diesem Alter nicht, warum Maßnahmen beispielsweise in Bezug auf Ernährung durchgeführt werden.

Zusammenfassend ließen sich hinsichtlich der Handlungsbarriere „Bildung / Informationsstand“ zwei Gruppen von Eltern mit unterschiedlichem Informationsbedarf erkennen. Die Erste gab einen ausreichenden Informationsstand und keinen weiteren Informationsbedarf an, trotz erkennbarer Informationsdefizite und ungenügender bzw. fehlerhafter Information. Die Zweite äußerte Defizite und weiteren Bedarf bei teils unbekanntem Informationsquellen.

3.3.2 Die Modellebene des mangelnden Problembewusstseins für kindliches Übergewicht

Aus den Aussagen der Kategorien „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ und „Wahrnehmung von kindlichem Gewicht“ wurde durch inhaltliche Analyse die Ebene des „Problembewusstseins“ entwickelt. Diese setzt sich zusammen aus den Barrieren „Wahrnehmung“ des kindlichen Gewichts, „Vergleichsnorm“ und „Problemgewichtung /-relativierung“.

Die befragten Eltern äußerten Vermutungen direkt zum Problembewusstsein.

„Einfach dass sie [die Eltern] vielleicht das Problem gar nicht erkennen“ (IMut17)

„Ich finde, man ist ja auch bei seinem eigenen Kind so ein bisschen betriebsblind.“ (IMut14)

Einige Eltern erläuterten, dass keine Notwendigkeit für Hilfe, Information bzw. zur Informationssuche, zu Gedanken, Sorgen oder zu Handlungen bestünde.

„Ich habe auch immer noch nicht das Gefühl, dass ich das Angebot brauche“ (IMut13)

„Interviewerin: Haben Sie denn schon mal aktiv nach Informationen dazu gesucht?“

Befragter: Ach so. Aktiv nicht, weil wir haben das Problem halt nicht. [...] Aber wie gesagt, jetzt haben wir das Problem nicht, deswegen machen wir uns keine großen Gedanken mehr darüber.“ (IVat6)

Über einige Ärzte wurde berichtet, dass ihren Aussagen nach Sorgen um die Problematik oder eine Gewichtsreduktion nicht nötig seien.

„Ja, also er [Kinderarzt] hat gemeint, sie ist im Normalbereich, aber halt im oberen Normalbereich. Also man sollte schon ab und zu ein bisschen gucken, wie es weiter verläuft, das Gewicht, aber es wäre jetzt nichts, wo man sich Sorgen machen müsste bei ihr.“ (IVat3)

3.3.2.1 Die Wahrnehmung des kindlichen Gewichts durch die Eltern

In der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt wurde bei allen Kindern der interviewten Eltern eine BMI-Perzentile > 90. festgestellt. Die Hälfte der Befragten beschrieb die Gewichtssituation ihres Kindes als normal, wobei ein weiterer großer Teil keine klare Aussage zur definitiven Einschätzung des Gewichts zuließ. Nur zwei der 16 Elternteile nannten das Körpergewicht ihres Kindes klar als „zu hoch“ bzw. übergewichtig.

„[...] ich würde darauf achten. Also wenn er jetzt zu schwer wäre.“ (IMut15)

„...bei uns ist niemand übergewichtig.“ (IMut 11)

Eltern empfinden kindliches Gewicht als normal

Viele der Eltern beschrieben die Einschätzung der Gewichtssituation als normalgewichtig, die verwendete Wortwahl hierfür war ähnlich der Eltern, die ein höheres Körpergewicht ihres Kindes beschrieben (vgl. Tabelle 8).

„Er ist im Normbereich (lacht) würde ich jetzt mal so sagen.“ (IMut18)

„Ich finde sie eigentlich von der Statur her ist es ja wirklich normal. Es ist ja nur ihr Bauch. Also bei meinem Kind. Nur der Bauch.“ (IMut1)

„Übergewichtig ist sie nicht, sie könnte vielleicht ein Kilo oder so weniger haben.“ (IMut20)

Tabelle 8 Beschreibung der kindlichen Gewichtssituation durch Eltern

Wortwahl der Eltern zur Wahrnehmung des kindlichen Gewichts

Beschreibung einer normalen kindlichen Gewichtssituation übergewichtiger Kinder

- „nicht zu dick“, „nicht übergewichtig“
- „gesund“, „fit“, „nicht klein und dick“, „keine gesundheitlichen Probleme“
- „stabil“, „kräftig“, „moppelig“
- „ein bisschen“, „könnte weniger sein“ (1-2 kg)
- „normal“
- „kein Untergewicht“

Beschreibung einer übergewichtigen kindlichen Gewichtssituation

- „ein bisschen“ (2-4 kg), „könnte weniger sein“, „nicht dramatisch“
- „nicht dick“
- „moppelig“

Beschreibung einer sowohl zu hohen als auch normalen kindlichen Gewichtssituation

- „passabel“, „ausgeglichen“, „gut entwickelt“
- „kräftig“, „korpulent“
- „etwas zu viel“, „ein bisschen mehr“, „am oberen Ende“
- „nicht so massiv“, „minimal“, „nicht unbeherrschbar übergewichtig“, „nicht dick“
- „weniger wäre o.k.“
- „seit Geburt“, „schon immer obere Perzentile“

Es werden auffallend häufig abwertende, negative Begriffe für untergewichtige bzw. normalgewichtige Kinder mit scheinbar deutlich weniger Körpergewicht als das des eigenen Kindes verwendet. Es fanden sich keine vergleichbaren Ausdrücke für übergewichtige Kinder (vgl. Tabelle 13, S. 45).

Manche der Eltern sagten, sie wüssten vom Gesundheitsamt, dass ihr Kind Übergewicht habe, könnten es aber trotz der Informationen nicht sehen.

„Ich sehe das nicht wie Übergewicht, ich sehe die nicht übergewichtig auch, wie gesagt, ich habe das nie auch gesehen und nie so wahrgenommen.“ (IMut11)

„Dass sie [andere Eltern] es nicht sehen, dieses Übergewicht, so wie bei uns auch. Also ich sehe es absolut nicht.“ (IMut13)

Eltern empfinden kindliches Gewicht als zu hoch

Wenige Eltern äußerten ein zu hohes Körpergewicht ihres Kindes bzw. ein höheres Körpergewicht als Gleichaltrige oder andere Vergleichspersonen. In ihrer Beschreibung fiel auf, dass selten das Wort „Übergewicht“ verwendet wurde

und „Adipositas“ oder „Fettleibigkeit“ nie zur Sprache kamen. Stattdessen verwendeten sie unter anderem die in Tabelle 8 aufgeführten Begriffe.

*„Also sie ist nicht dick, um Gottes Willen, sie ist ein bisschen moppelig“
(IMut21)*

„Da es halt auch nicht wirklich dramatisches Übergewicht ist, sondern nur so ein bisschen zu viel, wo man halt gerade aufpassen muss, dass es nicht wirklich zu viel wird.“ (IMut12)

Eltern beschreiben kindliches Gewicht sowohl als zu hoch als auch als normal

Einzelne Interviews bzw. Aussagen ließen nicht erkennen, ob das Gewicht des Kindes als normal oder als zu hoch beschrieben wurde. Hierzu zählten Aussagen, dass sich das Kind „an der Grenze“ befände, wobei nicht klar wurde, ob ein noch normalgewichtiges oder knapp übergewichtiges Kind beschrieben wurde. Beispiele in diesem Zusammenhang zeigt die Tabelle 8.

„Weil ich mir da ein bisschen unsicher war, weil er recht kräftig ist, aber irgendwie ... Genau, also es ist gut im Moment. Also von daher bin ich da zufrieden.“ (IMut15)

„Befragte: Ich denke eigentlich ganz passabel, da sie sich viel bewegt auch.“

Interviewer: Und im Vergleich zu Gleichaltrigen im Kindergarten z.B.?

Befragte: Ja, es ist wahrscheinlich schon eher ein bisschen mehr, aber das ist generell ihre Statur auch, schon von Geburt an.“ (IMut8)

Es wurde teils auch ein zu hoher *BMI* beschrieben oder das Kind als kräftiger und schwerer als Gleichaltrige eingeschätzt, aber gleichzeitig wurde das tatsächliche Körpergewicht im selben Interview als normal oder als zufriedenstellend beschrieben.

Wahrnehmung bezüglich anderer Eltern übergewichtiger Kinder

Über andere Eltern übergewichtiger Kinder wurde wiederholt gesagt, dass diese ein erhöhtes Körpergewicht bei ihrem Kind nicht erkennen oder nicht als Übergewicht sähen.

„Ja, das ist schwierig. Weil viele sehen ja ihr Kind gar nicht als übergewichtig.“ (IMut17)

Eltern beschreiben Arztaussagen zur erhöhten kindlichen Gewichtssituation

Von den Eltern wurden die Aussagen des Arztes zum Körpergewicht des Kindes beschrieben. Hierfür verwendeten sie nahezu identische Begriffe wie für die eigene Einschätzung (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9 *Elternaussagen zur Beschreibung der kindlichen Gewichtssituation durch den Arzt*

Berichtete Aussagen des Arztes zur Wahrnehmung des kindlichen Gewichts
Beschreibung einer übergewichtigen kindlichen Gewichtssituation durch den Arzt
<ul style="list-style-type: none"> - „etwas stabiler“, „bisschen Übergewicht“, „ein bisschen viel“, „ein bisschen pummeliger“ - „schon immer“, „nie dünn“
Beschreibung einer normalgewichtigen kindlichen Gewichtssituation durch den Arzt
<ul style="list-style-type: none"> - „gut so wie es ist“, „sollte nicht mehr zunehmen“, „passt alles zusammen“ - „im oberen Normalbereich“ - Thema noch nicht angesprochen vom Arzt
Beschreibung einer sowohl über- als auch normalgewichtigen kindlichen Gewichtssituation durch den Arzt
<ul style="list-style-type: none"> - „es ist o.k., aber nicht ganz so gut“ - „an der Grenze“, „am Limit“

„Eigentlich, um ehrlich zu sagen, es wurde mir klar oder irgendwie, als ich bei der Ärztin erfahren habe, dass sie zwei Kilo mehr als Norm hat und dass sie übergewichtig ist. Und ich habe irgendwie so eine Frage überhaupt nicht gestellt, ich habe es gesehen, sie ist etwas kräftig und da muss ich mehr aufpassen, aber dass sie richtig übergewichtig ist, ich habe irgendwie das nicht wahrgenommen oder ich habe das nicht gesehen.“ (IMut11)

„Erstens hat es der Arzt auch gesagt. Also eigentlich schon immer bei ihr, dass sie als Baby schon ein bisschen pummeliger war [...] Und der Arzt hat es eben auch gesagt, jetzt bei der letzten Untersuchung, dass sie ein bisschen übergewichtig ist.“ (IMut20)

Eltern beschreiben Arztaussagen zur normalgewichtigen kindlichen Gewichtssituation bzw. eine fehlende Gewichtsthematisierung

Einige Eltern beschrieben, dass der Arzt das Gewicht nicht als krankhaft betitelt, sondern als normal beschrieben oder noch gar nicht angesprochen habe (vgl. Tabelle 9).

„Ja, also er [Arzt] hat gemeint, sie ist im Normalbereich, aber halt im oberen Normalbereich.“ (IMut17)

„Natürlich habe ich die [Ärztin] gefragt und sie hat gesagt, sie ist der Meinung, wir machen alles richtig, wir müssen weiter so machen und ja. Da sieht sie gar kein Problem.“ (IMut11)

Eltern beschreiben Arztaussagen zu einer sowohl über- als auch normalgewichtigen kindlichen Gewichtssituation

Im Zusammenhang mit den genannten Aussagen der Ärzte sind ebenfalls ein paar Fälle nicht eindeutig zuzuordnen (vgl. Tabelle 9).

„Also, er hat ja nur gesagt, er ist so am Limit, ja.“ (IMut4)

„Er hat mir auch diese Kurven gezeigt, wie weit ein Kind sein muss, also wo die Obergrenze ist oder die untere Grenze. Und sie ist eben immer an dieser Obergrenze. Aber dadurch, dass sie groß ist, ist das wieder alles o.k. (IMut22)

Die Eltern berichteten, dass der Kinderarzt kein akutes Problem, aber teils Handlungsempfehlungen geäußert habe. Zehn Elternteile sagten, dass das Gewicht vom Arzt bisher noch nicht thematisiert wurde, sie es selbst bei ihm zur Sprache brachten oder er es nicht als Problem und behandlungsbedürftig beschrieben habe. In vier Fällen wurde nicht klar, ob die Aussagen vom Arzt ein zu hohes kindliches Gewicht gegenüber den Eltern beschrieben. Nur zwei Elternteile nannten explizit eine Thematisierung durch den Arzt.

Eltern beschreiben Aussagen Dritter zur normalen bzw. erhöhten kindlichen Gewichtssituation

Im Zusammenhang mit Aussagen von weiteren Dritten (z. B. Gesundheitsamt, Familie), beschrieben Eltern, dass das erhöhte Körpergewicht teils konkret

angesprochen wurde. Sie sagten entweder klar, dass das Körpergewicht zu hoch sei oder, dass das Kind nicht „dick“ aussähe, äußerten Verwunderung über die Einschätzung anderer oder beschrieben das Kind als nicht übergewichtig.

In den Berichten über *Kiga* und *Kita* wurde von den Eltern selten erwähnt, dass die Erzieher ein erhöhtes Körpergewicht des Kindes explizit an sie adressierten.

„Weil, wie gesagt, mir jetzt keiner irgendwie mehr wirklich sagt, bis auf die Dame beim Gesundheitsamt, das Kind sei übergewichtig“ (IMut13)

„Meine Mutter [Großmutter des Kindes] sagt auch immer zu meinem Kleinen, der ist dick.“ (IMut16)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Hauptkategorie „Wahrnehmung des kindlichen Gewichts“ durch die Eltern sagen, dass bezüglich der eigenen Wahrnehmung des kindlichen Gewichts ihre Einschätzung sehr heterogen war. Alle interviewten Eltern hatten ein Kind, bei dem eine *BMI*-Perzentile > 90. bei der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt festgestellt wurde. Nur zwei dieser befragten Eltern beschrieben die Gewichtssituation ihres Kindes als zu hoch und übergewichtig. Trotz Rückmeldung zum Gewicht vom Gesundheitsamt, sagten einige Eltern, sie könnten es nicht sehen oder stritten ein erhöhtes Körpergewicht ab. In der Wortwahl überschneiden sich deren Aussagen mit denen der Eltern, die das kindliche Gewicht als zu hoch beschrieben haben. Eltern, die das Körpergewicht ihres Kindes, wenn auch nur zeitweise, als hoch oder zu hoch empfanden, benutzten das Wort „Übergewicht“ selten bis gar nicht, sie verwenden alternative Begriffe und Umschreibungen. In einigen Interviews und Aussagen der Eltern war nicht zu erkennen, ob sie das Gewicht ihres Kindes als zu hoch oder normal einschätzten oder sie widersprachen sich im Laufe des Interviews.

Bezüglich der Arztaussagen lässt sich sagen, dass kaum konkrete Aussagen zu dem aktuellen Problem in den Erinnerungen der Eltern beschrieben wurden. Es fiel auf, dass bei über der Hälfte der Befragten das Thema Gewichtsentwicklung, speziell ein erhöhtes Körpergewicht des Kindes, gar nicht oder als nicht behandlungsbedürftiges Problem vom Arzt angesprochen wurde.

Im Hinblick auf berichtete Aussagen von Dritten lässt sich sagen, dass von Eltern sowohl die Zustimmung zu als auch die Diskussion von Aussagen anderer Eltern und Sichtweisen Dritter dargestellt wurde.

3.3.2.2 Problemgewichtung / -relativierung durch die Eltern

Die interviewten Eltern gaben Hinweise zur Gewichtung und Relativierung des Problems bzw. der von ihnen nicht als Problem angesehenen Gewichtssituation ihres Kindes. Hierzu zählten Aussagen wie „von Anfang an“ nicht dünn, „schon immer“, welche auch von Ärzten genutzt würden. Sie sagten, es sei abhängig von der Ursache bzw. dem Ursprung des Gewichts. Das Körpergewicht und damit verbundene Probleme würden aus Körperbau bzw. Statur des Kindes (v.a. Körpergröße) resultieren. Die verwendete Wortwahl für Übergewicht bzw. erhöhtes Körpergewicht findet sich in Tabelle 10. Eine solche Ausdrucksweise fand auch in den Berichten über Aussagen der Ärzte Verwendung.

Tabelle 10 Wortwahl der Eltern zur Beschreibung ihrer übergewichtigen Kinder

Aussagen der Eltern im Zusammenhang mit einem erhöhten Körpergewicht

- „nicht dramatisch“
- „nicht wirklich“
- „ein bisschen ÜG“, „ein bisschen pummeliger“, „ein bisschen molliger“
- „ein bisschen kräftiger“ / „ein bisschen moppelig“
- „minimal ÜG“ / „so gerade über der Grenze“
- „nicht massiv ÜG“ / „ein Bisschen zu viel“ / „ein bisschen mehr“
- „wo man halt gerade aufpassen muss“

*„Also sie ist nicht dick, um Gottes Willen, sie ist ein bisschen moppelig“
(IMut 21)*

*„Mein Kind hat ein bisschen Übergewicht. Ich weiß nicht, drei
Kilogramm oder vier Kilogramm.“ (IVat 3)*

Über andere Eltern wurde gesagt, sie sähen vermutlich kein Problem, dächten es sei von ihnen selbst handhabbar und lösbar oder es fehle ihnen an Interesse. Häufig wurde von den Eltern die Annahme genannt, das erhöhte Gewicht verwachse sich bei Kindern. Diese wäre auch von Ärzten im Zusammenhang mit dem Wort „Babyspeck“ geäußert und durch Dritte bestätigt worden. Sie sagten ihr Kind und dessen Ernährung würde von vielen Ärzten weitestgehend als gesund beschrieben.

„Der Kinderarzt, der hat bei uns sich eher herausgehalten. Deswegen bin ich auch nach <Stadt> [Spezialambulanz] gegangen, weil er gesagt hat: Ha ja, das verwächst sich noch, das ist ganz normal, dass sie ein bisschen pummelig ist.“ (IMut1)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ im Hinblick auf die Gewichtung und Relativierung der Gewichtssituation des Kindes sagen, dass durch die Wortwahl der befragten Eltern zu Aussagen zum erhöhten Körpergewicht, die Problemgewichtung verringert und teils relativiert wurde. Das Gewicht wurde häufig als harmlos beschrieben und verlor durch positive ergänzende Aussagen an Bedeutung.

3.3.2.3 Von Eltern verwendete Methoden und Vergleichsnormen zur Gewichtsbeurteilung

Die Eltern verwendeten zur Einschätzung des kindlichen Gewichts bestimmte Methoden und Vergleichsnormen. Wiegen des Kindes wurde selten oder nur in Zusammenhang mit Arztbesuchen beschrieben. Vielmehr kamen die in Tabelle 11 aufgeführten Messmethoden zum Einsatz.

Tabelle 11 *Methoden der Eltern zur Beurteilung der kindlichen Gewichtssituation*

Aussagen der Eltern zu den verwendeten Methoden der Gewichtsbeurteilung

- Kleidergröße, Hosen
 - nicht „2 Nummern größer“, keine „Sondergrößen“, im Kaufhaus zu kaufen
 - visuelles Maß („lang wie breit“)
 - Wohlbefinden
 - keine Tabellen
 - nicht nach Körpergewicht, nicht wiegen
 - kein Vergleich / Gegenüberstellen von Körpergröße – Gewicht
-

„Er ist im Normbereich (lacht) würde ich jetzt mal so sagen. [...] Ja, ist nicht zu leicht, aber auch nicht zu schwer. [...] Ich habe insgesamt sehr stabile Kinder. Meine Kinder sind etwas breitschultriger als andere Kinder. Sie sind einfach ... wenn ich das mit anderen Kindern vergleiche, meine Kinder haben keine Steckerlesfüß. Liegt aber einfach auch daran, dass sowohl mein Mann als auch ich ... mein Mann, gut, der ist übergewichtig, ich nicht. Aber wir sind beide sehr breitschultrig und jetzt nicht unbedingt sehr groß. Aber es ist auch so, dass er noch normale Hosen anziehen kann, die ich wirklich in einem

Kaufhaus kaufen kann, und nicht irgendwelche Sondergrößen braucht.“ (IMut18)

„Ich messe das jetzt nicht nach Kilos oder so irgendwie was. Also ich gehe nicht nach der Tabelle, sage ich jetzt mal. Aber ich denke, wenn halt das Kind dann schon so lang wie breit ist, dann ist es ein bisschen schwierig.“ (IMut16)

Zur Einschätzung der Gewichtssituation des eigenen Kindes, wurde von den Eltern eine gewisse Vergleichsnorm angelegt, an welcher das kindliche Gewicht gemessen wurde (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12 *Vergleichsnorm der Eltern zur Beurteilung der kindlichen Gewichtssituation*

Aussagen der Eltern zur Vergleichsnorm des kindlichen Gewichts

- Vergleiche mit Extremen: sowohl „deutlich zierlicher“ als auch „deutlich stabiler“
 - Vergleiche mit älteren Kindern (8 Jahre) - jüngeren Geschwistern
 - Vergleiche mit „den dicksten“ Gleichaltrigen – „kleinen, ganz, ganz dünnen“ Kindern
 - Vergleiche mit Eltern: „übergewichtig“, „breitschultrig“, „nicht sehr groß“
 - Vergleiche mit höchstem eigenen Gewicht in Vergangenheit
 - Vergleiche mit normal bis „kräftigeren“ Gleichaltrigen
 - große Kinder erschweren Vergleich / Vergleichsnormauswahl
 - Einzelkind erschwert Vergleich im Alltag
-

„Die meisten ihrer Freundinnen sind so das genaue Gegenteil. Diese ganz kleinen, ganz, ganz dünnen Mädchen. Von daher ist sie schwer zu vergleichen mit den meisten. Sie ist relativ groß für Ihr Alter. Also, da merkt man einfach schon, sie ist kräftig im Vergleich zu vielen anderen. Aber ich sage ja, der direkte Vergleich sind meistens wirklich diese ganz, ganz Dünnen, und dann ist es wieder schwierig zu vergleichen.“ (IMut12)

„auf dem Spielplatz oder im Schwimmbad sieht man andere Kinder und im Vergleich denkt man: Oh, mein Kind ist doch viel zu dünn.“ (IMut 11)

In der Bewertung des kindlichen Gewichts durch die Eltern fand das Gewichtsverständnis der Eltern und das Wissen um Gewichtsgrenzen, wie auch im Abschnitt „Bildung / Informationsstand“ beschrieben, Berücksichtigung. Hierzu zählte ebenso die allgemeine Einschätzung der Gewichtssituation v.a. gleichaltriger Vorschulkinder (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Beschreibung ihres allgemeinen Gewichtsverständnisses durch Eltern

Aussagen der Eltern zum allgemeinen Gewichtsverständnis

- Grenze zu ÜG nicht bekannt, Definition Normalgewicht unbekannt
- Vorschulkinder nie dünn, sehen alle gleich aus
- „kräftigere“ eher im Normalbereich eingeschätzt
- andere Kinder eher als untergewichtig empfunden („ganz schlanke Beine“)

- Normalgewicht ihrer Kinder scheint höheres Gewicht zu bedeuten als „gertenschlank“, „Modellfigur“, „Spargeltarzan“, „strich in der Landschaft“, „Steckerlesfuß“, „Hänflinge“, „Knochengestelle“ (wo der Schulranzen größer ist als die Kinder)

Ein „bisschen Übergewicht“ wurde nicht als Problem beschrieben, ein geringeres Gewicht sei das größere Problem. Im Zusammenhang mit dem Gewichtsvergleich Gleichaltriger und der Einschätzung der Gewichtssituation des eigenen Kindes wurde von Eltern der Einfluss des Umfeldes und der sie umgebenden Kinder beschrieben.

„im Vorschulalter sind viele Kinder, die sind etwas stabiler. Die sind nie dünn oder ich habe ganz selten dünne Kinder gesehen.“ (IMut 11)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ im Hinblick auf die „Vergleichsnorm“ sagen, dass nach Aussagen der Eltern individuelle Messmethoden und Vergleichsnormen unter Einbeziehung ihrer Umwelt Verwendung fanden. Ein Wiegen des Kindes zeigte sich nachrangig. Die Beschreibung scheinbar schlanker Kinder stellte sich in negativ gewichteten Ausdrucksformen dar.

3.3.3 Vorwiegend auf präaktionaler Ebene eingeordnete Modellbarrieren

Zu den Handlungsbarrieren dieser Ebene zählen „Dysfunktionale Hypothese zur Ursache“, „Zufriedenheit mit bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan“ und „Verschiebung in die Zukunft“. Sie wurden während der inhaltlichen Analyse der Hauptkategorien „Ursachen / Erklärungen der Eltern für ÜG / Ad“ und „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ entwickelt.

3.3.3.1 (Dysfunktionale) Hypothesen der Eltern zur Ursache kindlichen Übergewichts

Die Hauptkategorie „Ursachen / Erklärungen der Eltern für ÜG / Ad“ beinhaltet die Aussagen der Eltern zu verschiedenen Ursachen und Erklärungen, welche aus ihrer Sicht für das erhöhte Körpergewicht ihres Kindes oder anderer Kinder

verantwortlich sein könnten. Diese zum Teil dysfunktionalen Hypothesen der Eltern wurden als Handlungsbarriere definiert. Sie sind nachfolgend nach Häufigkeit der kodierten Textstellen aufgelistet. Obwohl eine quantitative Analyse mit der verwendeten Methodik nicht valide erhoben werden kann, könnte die Wiederholungszahl die Bedeutung der einzelnen Merkmale für die untersuchten Eltern zeigen.

Körperbau / Größe der Kinder

Fast alle Eltern nannten eine überdurchschnittliche Körpergröße oder kräftige Statur als Hauptursache für ein erhöhtes oder andersartiges Körpergewicht ihres Kindes. Tatsächlich lagen über die Hälfte der Kinder der Befragten bezüglich ihrer Körpergröße > 75. Perzentile und etwa 80% > 50. Perzentile (vgl. Kromeyer-Hauschild et al., 2001), zusammen mit einem ebenfalls höheren Körpergewicht als bei Gleichaltrigen gleicher Größe erwartet. Die in diesem Zusammenhang häufig verwendeten Begriffe zeigt Tabelle 14.

Tabelle 14 Beschreibungen der Eltern zu kindlichem Körperbau und Größe als mögliche Ursache kindlichen Übergewichts

Von den Eltern verwendete Begriffe und Hypothesen zu kindlichem Körperbau und Größe

- „relativ“, „sehr“, „überdurchschnittlich“ groß, „bisschen zu groß“, „größer“, „Kopf größer“
 - „Knochenbau“, „breitschultrig“, „stabil“, Familienkonstitution
 - körperliche Entwicklung wird mit bis zu zehnjährigen Kindern verglichen
-

„sie ist überdurchschnittlich groß, deswegen... fand ich das jetzt nicht irgendwie, ja, übergewichtig (lacht).“ (IMut 13)

„sie hat vielleicht so einen anderen Körperbau oder Knochenbau, so wie Papa, etwas stabiler, aber auch nicht dick.“ (IMut11)

„sie ist einfach schon sehr groß für ihr Alter und dass sie dann einfach auch ein bisschen mehr wiegt wie andere, weil sie einfach einen Kopf größer ist, ist ja gar keine Frage.“ (IMut14)

Essverhalten in Bezug auf die kindliche Gewichtssituation

Die Ernährung, speziell das Essverhalten, schien ebenfalls eine große Rolle aus Sicht der Eltern in Zusammenhang mit der Gewichtsentwicklung von Kindern zu spielen. Häufig genannte Probleme zeigt Tabelle 15.

Tabelle 15 Beschreibungen der Eltern zum kindlichen Essverhalten als mögliche Ursachen kindlichen Übergewichts

Von den Eltern verwendete Begriffe und Hypothesen zum kindlichen Essverhalten

- Genuss, Appetit, Menge, kein Sättigungsgefühl trotz beschriebener gesunder Ernährung
 - Zwischenmahlzeiten, „Snacking“
 - Kontrolle (Lebensmittelart, Menge und Ort der Nahrungsaufnahme)
 - Konsequenz, Erziehung, Regeln
 - Vorbild der Eltern, Essverhalten in der Familie
-

„und sie ist ein Gern-Esser“ (IMut8)

„Also er hat sehr viel Appetit, also natürlich Appetit. Er isst gerne. Man braucht ihm nicht zu sagen: ‚<Name>, jetzt iss etwas‘ oder ... Man braucht einfach nur ... Er braucht es einfach nur zu sehen und Appetit haben, dann isst er das. Und er isst gerne.“ (IMut4)

Genetik als Ursache kindlichen Übergewichts

Ein weiteres großes Thema ist die Gewichtsentwicklung über die Zeit, sowohl in der Familie als auch beim Kind selbst. Es wurden Kinder beschrieben, die von Geburt an ein erhöhtes Körpergewicht aufwiesen und Familien in denen mehrere Verwandte ein vergleichbar hohes Gewicht bzw. eine vergleichbare Körperstatur wie das beschriebene Kind zeigten. Es wurden auch Geschwister beschrieben, die eine gänzlich andere, schlankere Statur aufwiesen als das beschriebene Kind und diese Aussagen als mögliche Ursachen mit dem Körpergewicht in Verbindung gebracht. Tabelle 16 fasst diese von den Eltern beschriebenen Hypothesen zusammen.

Tabelle 16 Beschreibungen der Eltern zur Genetik in Bezug auf mögliche Ursachen kindlichen Übergewichts

Von den Eltern beschriebene Hypothesen

- Vergleich mit Lebenslauf – „von Anfang an nicht dünn“
 - Vergleich mit Familie – ähnliche Statur
 - Unterschiede in Gewicht und Körperbau zwischen Geschwistern
-

„und dann vielleicht auch die Veranlagung noch da ist – wir sind alle nicht spindeldürr und alle wissen, man muss sich bewegen“ (IMut12)

Sport / Bewegung der Kinder

Es wurden von den Eltern zwei Gruppen von Kindern beschrieben. Kinder, die sich zu wenig bzw. weniger als früher bewegten und dies für sie durchaus eine Erklärung für das erhöhte Körpergewicht darstellen könnte und Kinder, die sich

viel und gern bewegten. Letztere machte den Großteil der interviewten Familien aus (12 Kinder). Hier diente dies als Grundlage für die Überlegung der Eltern, dass Sport und Bewegung weniger Gründe für die Gewichtssituation darstellten. In der Kategorie „bisher durchgeführte Maßnahmen“ fanden sich zudem ergänzende Inhalte zum Bewegungsverhalten der Kinder.

*„Ja doch, sie bewegt sich schon viel ... naja, das ist immer so schwierig zu sagen, aber ich denke ... ich kenne aktivere Kinder und ... ja ...“
(IMut4)*

„Es ist kein Bewegungsmangel“ (IMut14)

Andere Erkrankungen als mögliche Erklärung kindlichen Übergewichts

Es waren den Eltern Erkrankungen bekannt, die sie mit kindlichem ÜG assoziierten. Genannt wurde zusätzlich, dass vermutlich organische Ursachen nicht häufig diagnostiziert würden, sondern Bewegung und Ernährung eine deutlich größere Relevanz hätten (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Beschreibungen der Eltern zu anderen Erkrankungen als mögliche Ursache kindlichen Übergewichts

Beschriebene Hypothesen	Erläuterung
„Darmkrankheit“	- Nicht genau bezeichnete Erkrankung mit ärztlicher Behandlung. Bauchschmerzen, Verbot bestimmter Lebensmittel wie Süßigkeiten, Kohlenhydrate. Folgen sind Verstopfung, geblähtes Abdomen.
psychische Probleme (Trennung, Trauer, Tod)	- Weitere bekannte Ursachen, aber nicht auf die eigene Situation bezogen
organische Erkrankungen	

„Der [Arzt] hat festgestellt, dass der Darm zu langsam arbeitet und dass sie deswegen den aufgeblähten Bauch hat und halt auch schnell zunimmt.“ (IMut 1)

Mangelnde elterliche Kontrolle kindlichen (Ess-)Verhaltens

In den genannten Hypothesen wurde eine mangelnde Kontrolle des Kindes durch die Eltern als mögliche Ursache für kindliches ÜG aufgeführt. Hierzu wurden Dritte und externe Faktoren als Ursachenträger benannt. Das Essverhalten der eigenen Familie bzw. des Kindes sei nicht kontrollierbar, wenn das Kind außer Haus esse. Zudem wurde ein Zeitmangel, bedingt durch verschiedene Faktoren, für eine ausreichende Beobachtung und Dosierung der Nahrung angegeben.

"Gerade wenn sie dann eben mit der Großmutter unterwegs war, dann gab es immer mal schnell irgendwo eine Brezel. Und das waren Dinge, die ich dann auch gar nicht wusste, und dann hat sie hier noch normal gegessen." (IMut12)

Die befragten Eltern vermuteten weiter, dass das Essverhalten in anderen Familien nicht kontrolliert werde und die Eltern sich nicht ausreichend darum kümmern.

Geforderte Gleichbehandlung unterschiedlicher Geschwisterkinder

Bei einigen Familien mit mehreren Kindern wurde eine nicht erfolgreich umsetzbare lebensmittel- und mengenangepasste Ernährung von Kindern unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Gewichtssituation als Ursache angegeben. Besondere Probleme bereiteten Geschwisterpaare, von denen ein Kind ein erhöhtes und das andere ein eher niedriges Körpergewicht aufwies.

„die Schwester, die ist ja sehr zierlich und klein, und die muss eigentlich viel mehr essen. Und wenn ich dem Jungen die ganze Zeit das Essen wegnehme, dann ... Verstehen Sie, was ich meine? Also ich muss sie die ganze Zeit zum Essen motivieren und ihn gleichzeitig nicht, bei ihm muss ich das Gegenteil tun.“ (IMut4)

Unbekannte, schwer differenzierbare Ursachen des kindlichen Gewichts

Es fanden sich ebenso elterliche Aussagen über die Unkenntnis der zu Grunde liegenden Ursache des aktuellen kindlichen Gewichts.

„Das ist ja dann immer so ein bisschen schwierig zu differenzieren, warum ist ein Kind dick.“ (IMut 18)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Ursachen / Erklärungen der Eltern für ÜG / Ad“ sagen, dass nach ihren Aussagen mangelnde Bewegung und fehlerhafte Ernährung bzw. Essgewohnheiten Hauptursachen für ÜG seien. Hingegen wurde im Zusammenhang mit dem eigenen Kind an erster Stelle die Körpergröße und -statur genannt sowie weitere durch die Eltern nicht leicht beeinflussbare Faktoren.

3.3.3.2 Zufriedenheit mit bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan der Eltern als Handlungsbarriere

In der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ beschrieben Eltern Maßnahmen und Pläne zur kindlichen Gewichtsreduktion und Lebensstilveränderungen, die sie bereits durchgeführt oder entworfen haben. Sie berichteten von Bewegung und Sport, welchen das Kind ausübe, vom Essverhalten der Familie und deren Ernährung.

„Wenn wir uns falsch ernähren würden, würde ich die Ernährung umstellen (lacht). Aber da wir das nicht tun ...“ (IMut 13)

Die Hälfte der Befragten bestätigte einen ganztägigen Aufenthalt ihres Kindes in *Kiga* oder *Kita*. Drei Elternteile beschrieben ein umfangreiches Bewegungsangebot im Sportkindergarten und viele eine positive Umsetzung gesunder Ernährung vor Ort. Bei einigen Familien deckte die Zeit, die das Kind in einer solchen Einrichtung verbrachte, einen Großteil des Tages ab.

Einige Eltern bezeichneten die Überwachung des kindlichen Körpergewichts als Maßnahme ihrerseits (mittels individueller Methoden oder durch Wiegen). Es wurden bereits durchgeführte Maßnahmen zur Lebensstilveränderung und Gewichtsreduktion berichtet, welche kleine Erfolge verzeichneten, wobei sie nicht weiter ausgeweitet, reevaluiert und auf ihre Vollständigkeit überprüft schienen. Die genaue Planung und Durchführung dieser Maßnahmen ist im Rahmen dieser Studie nicht nachvollziehbar. Ein Bestätigen des Handlungsplans durch den Haus- bzw. Kinderarzt, ohne Einbringen weiterer Ideen und Vorschläge, wurde von den befragten Eltern kritisiert.

„Natürlich habe ich die [Ärztin] gefragt und sie hat gesagt, sie ist der Meinung, wir machen alles richtig, wir müssen weiter so machen und ja. Da sieht sie gar kein Problem.“ (IMut 11)

„Weil die Ansätze, die im Internet stehen, finde ich, die haben jetzt in unserem Fall... hat mir das nichts gebracht, weil das wusste ich schon.“ (IMut 18)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ im Hinblick auf „Zufriedenheit mit

bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan“ sagen, dass einige Eltern bereits Maßnahmen geplant oder durchgeführt hatten. Es war nicht in jeder Familie ersichtlich aus welcher Motivation heraus sie dies taten und Lebensstilveränderungen nicht immer durch die kindliche Gewichtssituation begründet. Zur Evaluation dieser Maßnahmen verwendeten sie meist die im Abschnitt 3.3.2.3 (S. 43) genannten Vergleichsnormen und Methoden.

3.3.3.3 Verschiebung des Gewichtsproblems und der Problemlösung in die Zukunft

Diese Handlungsbarriere geht ebenfalls aus der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ hervor. In vielen Interviews wurden die Folgen von *ÜG / Ad* beschrieben sowie die Dringlichkeit einer Intervention. Nicht selten wurde dieses Problem und die Notwendigkeit einer Gewichtsnormalisierung als ein Problem und Thema der Zukunft geschildert. Aus den Aussagen der Eltern ergab sich, dass *ÜG / Ad* kein bzw. ein kleines Problem im Vorschulalter sei, erst mit Schuleintritt oder Beginn der Pubertät relevant werde und erst dort Auswirkungen zeige.

„Also noch nicht. Noch ist sie ja im Kindergarten. Aber ich denke, das wird halt später irgendwann sich auswirken.“ (IMut 8)

Es werde auch von Dritten behauptet, dass sich das erhöhte Körpergewicht „verwächst“ und dies im Vorschulalter als „Babyspeck“ beschrieben.

„wenn ich jetzt nur an meine Schwiegereltern denke, wo dann einfach dieser Kommentar immer wieder kommt: Es wächst sich ja aus in der Pubertät.“ (IMut 18)

Über andere Eltern betroffener Kindern wurde berichtet, dass dieses Problem „lange weggeschoben“ werde. Als Zeitpunkt zum Handeln wurde von Eltern teilweise die Schulzeit beschrieben.

„Es ist nicht so schlimm, wenn das Kind sehr klein oder sehr jung ist. Die Größe kann man nicht kontrollieren, aber beim Gewicht denke ich, es ist besser wenn die Kinder, wenn sie mal zehn oder elf Jahre alt sind, weniger Gewicht haben.“ (IVat 3)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ im Hinblick auf „Verschiebung in die Zukunft“ sagen, dass von den Eltern ein erhöhtes kindliches Gewicht einerseits nicht als ein Problem im frühen Kindesalter beschrieben wurde, sondern als etwas, das erst in späteren Jahren mit Eintritt in die Schule oder die Pubertät relevant und therapiebedürftig werde. Andererseits wurde ein in anderen Familien erkanntes Problem kindlichen ÜG im Vorschulalter ohne initiierte Gegenmaßnahmen kritisiert.

3.3.4 Vorwiegend auf partial aktionaler Ebene eingeordnete Modellbarrieren

Zu den selektierten Handlungsbarrieren dieser Ebene zählen „Wunsch nach Unterstützung durch Dritte“, „Mangelnde Konsequenz“, „Mangelnde Kreativität“, „Dysfunktionales Vorgehen“, „Schutz des Kindes“ und „Als hinderlich wahrgenommene Mikroumwelt / Infrastruktur“. Sie wurden während der inhaltlichen Analyse und Queranalyse der im jeweiligen Abschnitt genannten Kategorien entwickelt.

3.3.4.1 Wunsch der Eltern nach Unterstützung durch Dritte

Die Inhalte dieser Handlungsbarriere entstammen der inhaltlichen Analyse der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“, „Erfahrungen mit Kinderarzt / Hausarzt“ sowie „Erfahrungen mit *Kita*, *Kiga*, Schule“. In diese Handlungsbarriere fallen Aussagen, die problemlösende Handlungen von Eltern weg auf Dritte übertragen. Eltern wünschten Interventionen, deren Zuständigkeit zur Ausführung in ihren Augen bei Dritten wie Ärzten, *Kita*, *Kiga* läge (vgl. Tabelle 18). Sie verlangten umfangreiche Unterstützung aus den genannten Bereichen.

„wenn man die Kinder in der Kita hat, weil man selber berufstätig ist, dann nach einem vollen Arbeitstag zu sagen, ich muss jetzt aber in Anführungsstrichen, die Kinder noch bewegen – das klappt manchmal einfach nicht mehr oder häufig. Und da wäre es halt schön, wenn ein Teil einfach mit der Kita auch schon erledigt wäre.“ (IMut12)

„bei den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt wird ja so was festgestellt, und da muss eigentlich der Kinderarzt dann auf die Eltern zukommen“ (IMut17)

Tabelle 18 *Beschreibungen der Eltern zum Wunsch nach Unterstützung durch Dritte in Bezug auf kindliches Übergewicht*

Leistungserbringer	Von Eltern genannte Wünsche
Arzt:	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptansprechpartner - Gewichtsthematisierung erwünscht - Beratung und Handlungsinformationen erwartet - ausführliche Beratungsgespräche - Kind in Beratung einbeziehen teils gewünscht, teils als sehr problematisch eingeschätzt - Untersuchung und Verlaufskontrollen
<i>Kiga, Kita</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Angebot von Ernährung und körperlicher Aktivität in der Einrichtung - teils wird komplette Ernährung gestellt, teils geben die Eltern ein Frühstück mit - Kontrolle der Süßigkeitzufuhr

„Ich würde erwarten, dass mein Kinderarzt uns hilft, und wenn er denkt, er kriegt das nicht hin, dass er mich an eine entsprechende Stelle weiterleitet.“ (IMut17)

Die befragten Eltern beschrieben wiederholt den Arzt bzw. Kinderarzt als Hauptansprechpartner im Zusammenhang mit *ÜG / Ad* im Kindesalter. Sie erwarteten eine Gewichtsthematisierung und entsprechende Handlungsinformationen bei Annäherung an bzw. Erreichen einer *BMI*-Perzentile > 90. Die Gespräche mit den Ärzten wurden meist als zu kurz und „zwischen Tür und Angel“ beschrieben. Die Eltern äußerten wiederholt den Wunsch einer ausführlicheren Beratung zum Thema kindlicher Gewichtsentwicklung. Weiter sollte neben der Untersuchung auch eine Verlaufsbeobachtung und regelmäßige Kontrolle durch den Arzt stattfinden. Die Einbeziehung des Kindes in solche Gespräche wurde von manchen Eltern als positiv beschrieben, andere würden hingegen eine Thematisierung vor dem Kind unterbinden wollen.

In den Interviews wurde das von den *Kiga / Kita* gestellte Essen thematisiert. In zwei Fällen erfolgte dies vollständig durch die Einrichtung, sodass die Eltern den Kindern keine Verpflegung mitgeben mussten. Als positiv hierbei wurde berichtet, dass die Eltern den Forderungen der Kinder nach „ungesunden“ Nahrungsmitteln (Joghurt, Plätzchen) nicht nachgeben mussten. Diese Verantwortung wurde an die Einrichtung abgegeben. Die überwiegende Zahl der Kindergärten kontrolliere zudem die Süßigkeitzufuhr. Hingegen wurde teilweise geschildert, dass auch „ungesunde“ mitgebrachte Lebensmittel geduldet würden und die Eltern selbst

teils nicht über den Speiseplan der *Kita* oder die Inhalte eines zweiten, von ihnen selbst zuzubereitenden Frühstücks informiert waren. Zum Bewegungsangebot von *Kita / Kiga* beschrieben Eltern ein sich stark zwischen den verschiedenen Einrichtungen unterscheidendes Angebot und Personalstärke. Sportkindergärten wurden, trotz des erhöhten finanziellen Aufwandes, besonders positiv hervorgehoben. Insgesamt wurden *Kita / Kiga* in der elterlichen Unterstützung sehr positiv dargestellt.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der queranalytisch erstellten Handlungsbarriere „Wunsch nach Unterstützung durch Dritte“ sagen, dass sich die befragten Eltern bei einer auftretenden Gewichtsproblematik ihres Kindes Unterstützung in den Bereichen Diagnostik, Therapieplanung und –durchführung wünschten. Hieran sollen vor allem Ärzte und Erzieher beteiligt sein.

3.3.4.2 Mangelnde elterliche Kontrolle und Konsequenz in der Umsetzung von Maßnahmen

Diese Handlungsbarriere entstand während der inhaltlichen Analyse und Queranalyse zwischen den einzelnen Kategorien. Sie enthält Aussagen aus den Hauptkategorien „Erziehung“, „Rollenmodell / Vorbildverhalten der Eltern“, „Erfahrungen bei der Umsetzung bisheriger Maßnahmen“. Von den befragten Eltern wurde, wie in vorherigen Kapiteln bereits erwähnt, ein verändertes oder bereits existierendes gesundes Ernährungs- und Essverhalten dargestellt. In diesem Zusammenhang traten Aussagen zur Kontrolle und Konsequenz in Bezug auf das Essverhalten auf. Meist wurde die Konsequenz der Eltern im Ernährungsbereich als nicht vollständig durchgesetzt berichtet. Sie beschrieben sich als „nicht so streng“ und könnten dem Kind das Essen nicht verbieten.

„Also ich bin zwar ernährungsbewusst, aber ich bin nicht so streng, nicht so streng. Und bei meinem Kind bin ich zwar im Groben streng, aber nicht 100%ig.“ (IMut4)

„Aber es ist halt die Masse einfach, wo sie dann manchmal auch isst. Und da kann ich sie nur immer wieder stoppen und sagen: O.k., es ist jetzt auch mal genug. Und das mache ich auch, aber ich denke, immer ihr das Essen verbieten, kann ich halt auch gar nicht.“ (IMut8)

„Er [Vater] weiß auch, dass er eigentlich sich anders ernähren müsste, aber vielleicht hat man halt ... Man ist aber halt auch nicht so streng. Man sollte da selber streng sein als Eltern“ (IMut4)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der queranalytisch erstellten Modellbarriere „Mangelnde Konsequenz“ sagen, dass trotz eines von den Eltern oft beschriebenen korrekten Ernährungsverhaltens Einschränkungen bezüglich kontrollierter und konsequenter Durchführung aufgezeigt wurden.

3.3.4.3 Mangelnde elterliche Kreativität in der Ernährungsauswahl

Die Barriere „Mangelnde Kreativität“ entstand während der inhaltlichen Analyse und Queranalyse zwischen den Hauptkategorien „Informationsstand“ und „Erfahrung bei der Umsetzung bisheriger Maßnahmen“. In Zusammenhang mit dem „Informationsstand“ wurde von Eltern mangelndes Wissen über mögliche gesunde und interessante Kindesernährung sowohl in *Kiga* und *Kita* als auch zu Hause angesprochen. Sie beschreiben fehlende Alternativen einer präferierten ungesunden Ernährung der Kinder, durch Süßigkeiten wie Milchschnitte und Schokoladenpudding. Sie suchten nach Ideen, gesunde Nahrungsmittel dem Kind schmackhaft zuzubereiten und sein Interesse hieran zu wecken.

„Milchschnitten, ist zwar alles schön und gut, aber das ist gut für meine Tochter, mein Sohn, der isst das gerne und sollte es eigentlich nicht essen. Aber wenn ich dann ... Und Alternativen finde ich da eigentlich gar nicht. Soll ich ihm dann irgendwelche ... Soll ich ihm da ein Brot vorlegen und der Tochter dann eine Milchschnitte?“ (IMut4)

„Aber auch da gehen mir manchmal die Ideen aus, mal abends, außer Brot, irgendwas zu machen, worauf das Kind Lust hat und was trotzdem gesund ist. Das ist nicht immer so einfach, was zu finden, wenn das Kind nicht alles mag.“ (IMut15)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der queranalytisch erstellten Modellbarriere „Mangelnde Kreativität“ sagen, dass von den befragten Eltern vor allem das Wissen bezüglich einer kindgerechten Umsetzung einer gesunden Lebensweise defizitär dargestellt wurde. Die mangelnde Kreativität einer interessanten, aber gesunden Ernährung wurde von ihnen besonders kritisiert.

3.3.4.4 (Dysfunktionales) Vorgehen der Familien bezüglich kindlichen Übergewichts

Die Handlungsbarriere „Dysfunktionales Vorgehen“ entstand während der inhaltlichen Analyse und Queranalyse. Sie enthält vorwiegend Aussagen der Hauptkategorie „bisher durchgeführte Maßnahmen“. Ihre Unterkategorien berichten Maßnahmen der Eltern und mit ihnen in Verbindung gebrachte potenzielle Handlungsbarrieren (vgl. Tabelle 19).

Meist stand in den Aussagen der Eltern die Ernährung in Bezug auf das kindliche Gewicht im Vordergrund. Hinsichtlich der Maßnahmen in diesem Bereich wurde der Schwerpunkt der Ernährungskontrolle im Süßigkeitenkonsum geschildert. Das weitere Essverhalten wurde nicht mit gleicher Konsequenz kontrolliert dargestellt. Es wurden von den Eltern verschiedene Umgangsformen beschrieben. Zum einen wurden gemeinsame Abendessen der Familie und „gesunde“ verwendete Nahrungsmittel dargestellt. Zum anderen wurden neben Obst und Gemüse beispielsweise Fleisch und Wurst als gesundes Frühstück für den *Kiga*, viele Nüsse, monatliche Besuche von Fastfood Restaurants, Brezeln als Zwischenmahlzeit und Auswahl von „gesünderen“ Süßigkeiten berichtet. Zudem wurde eine Ernährung ohne besondere Beachtung der Nahrungsinhalte angegeben. Eltern, welche beschrieben, dass sie sehr auf die Ernährung achten, erwähnten teils Familienmitglieder, die diese nicht in ihrem Sinne durchführten.

„Also wir ernähren uns ganz normal. Also wir gucken nicht nach, ob wir jetzt fettes Essen haben oder nicht fettes Essen haben. Wir essen ganz normal.“ (IVat 6)

„[Bei den Großeltern] gibt es dann auch immer Süßigkeiten, und <Name> ist dann auch ein bisschen empfindlich, wenn die wirklich zu viele Süßigkeiten isst, dass die auch schon mal spuckt. [...] und ich habe eben meinen Vater gebeten, es eben nicht mehr zu machen. Oder nur eine Sache zu geben“ (IMut20)

„was im Schwabenland hier ja gern gemacht wird, dieses mal schnell hier eine Brezel und schnell da eine Brezel.“ (IMut 12)

Tabelle 19 Barrieren in Zusammenhang mit durchgeführten Maßnahmen der Eltern

Thema	Aussagen der Eltern
Ernährung incl. aufgestellter Regeln	<ul style="list-style-type: none"> - keine Kontrolle für Essen außer Süßigkeiten - Fleisch und Wurst zum 2. Frühstück - keine Relevanz von Nahrungsinhalt - Kinder hören nicht auf Süßigkeiten zu essen - viele Nüsse - abends zu Hause gemeinsames Essen + Mittag in der <i>Kita</i> - Essen von Großeltern als Belohnung - Süßigkeiten von Großeltern - Saftgummibären lieber als andere Süßigkeiten, eher „Leibnizkekse“ statt Chips - alle 6 Wochen / 1x/Monat zu McDonalds - alle 2 Monate Pizza holen - Gemüsesorten den Kindern unbekannt (Oliven, Kohlrabi) - Brezel unterwegs - Diät begonnen aber nicht fortgesetzt
Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitäten in Zusammenhang mit Sommerferien genannt - im Sommer (draußen) - in keinem Sportverein - unter 3 Jahren nicht viel Angebote für Kinder außer Spielplatz - Sport abgebrochen - kindbezogene Faktoren wie Motivation, Gesundheit
Informationssuche	<ul style="list-style-type: none"> - nicht nach Informationen gesucht - im Internet mit Suche nicht fündig, Fülle an Informationen - keine Informationen mit neuem Inhalt, keine Lösung - Ratschläge allgemein, oberflächlich
Beobachtung / Kontrolle	<ul style="list-style-type: none"> - wiegen, messen unregelmäßig / nicht - wiegen beim Kinderarzt - Gewichtsbeurteilung durch Sehen, Augenmaß - abgewartet - kein Vergleich mit Gleichaltrigen
Ansprechpartner suchen	<ul style="list-style-type: none"> - universitäre Adipositasambulanz geschlossen
Ursachensuche	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern denken sie kennen die Ursache, bzw. können Bewegungsmangel, falsche Ernährung ausschließen
Thema selbst beim Arzt angesprochen	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern teils Thema angesprochen, würden es bevorzugen, wenn Arzt sie zuerst darauf aufmerksam macht
Hilfe annehmen	<ul style="list-style-type: none"> - keine sichtliche Verbesserung durch Maßnahmen - kennen Ursachen, eigene Maßnahmen ausreichend

Bewegung wurde wiederholt als wichtig beschrieben, aber wie in Abschnitt 3.3.3.1 (S. 45) zu Ursachen kindlichen *ÜG* geschildert, kaum als Ursache für *ÜG / Ad* im Vorschulalter identifiziert. Oft äußerten Eltern, ihre Kinder hätten ausreichend Bewegung. Dennoch wurden wiederholt Einschränkungen in der kindlichen Aktivität beschrieben, wie temporäre Krankheiten der Kinder und fehlende Motivation vor allem im Zusammenhang mit Sportkursen und Vereinssport. Es wurde in nur einer Familie die Anzahl der Sportstunden mit viermal pro Woche angegeben, die weiteren Elternteile beschrieben weniger bis

gar keinen Sport des Kindes. Drei Kinder besuchten einen Sportkindergarten und nur in bis zu fünf Interviews wurde regelmäßiger Sport im Verein angesprochen. Der Bewegungsumfang wurde von Eltern meist mit „ausreichend“ quantifiziert. Sie beschrieben fehlende Alternativen für Kinder unter drei Jahren zu Aktivitäten auf Spielplätzen. Einige Eltern sprachen nur von Aktivitäten außer Haus im Zusammenhang mit gutem Wetter und den Sommermonaten.

„Sie hat zweimal Turnen in der Woche. Und dann geht sie privat turnen, noch mal. Also sie hat eigentlich dreimal, drei Stunden in der Woche. Bewegung ist eigentlich genug da. Die sind ja den ganzen Tag draußen, bei gutem Wetter.“ (IMut1)

„Und im Sommer ist das auch nicht das Problem, da geht sie viel raus.“ (IMut8)

„dann im Schwimmverein. Und das ist das, was sie eigentlich gerne macht. Sie hat dann immer mal wieder Mittelohrentzündung gehabt, dass sie nicht gehen konnte“ (IMut21)

Im Bereich Informationssuche wurde, wie auch in der Barriere zu „Bildung / Informationsstand“ beschrieben (vgl. Abschnitt 3.3.1.1, S. 32), häufig keine oder eine wenig gewinnbringende Informationssuche vor allem im Internet geschildert. Die Eltern berichteten wiederholt eine unüberschaubare Fülle an Informationen, die wiederum ähnliche, für die Suchenden bereits bekannte Inhalte wiederholten.

„Schwierig ist, für sich selber zu entscheiden, was ich jetzt aus dieser ganzen Information für mich herausnehme und was ich dann lasse.“ (IMut11)

Die interviewten Eltern nannten häufig Beobachtung und Kontrolle der kindlichen Gewichtssituation als durchgeführte und teils alleinige Maßnahme. Wiegen fand nach ihren Angaben meist während der Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt statt. Sie selbst beurteilten das kindliche Gewicht und dessen Bedeutung anhand der im Abschnitt 3.3.2.3 (S. 43) beschriebenen Methoden. Diese Maßnahmen bestanden oft darin eine Gewichtsveränderung abzuwarten. Eine versuchte Kontrolle wurde ebenso vor allem im Ernährungsbereich benannt.

„Ja, ich habe schon darauf geachtet und geguckt, wie sie sich so entwickelt, vom Gewicht her und so. Wo ich dann das Gefühl hatte, ja, es wird vielleicht ein bisschen mehr oder so, da habe ich dann auch genauer mal darauf geachtet, wie viel zum Beispiel Süßes sie isst und so.“ (IMut17)

„Wir haben dieses [Gewichtsnormalisierung] abgewartet“ (IVat3)

Im Zusammenhang mit einer Ursachensuche wurde von Eltern berichtet, dass sie bereits eine Ursache identifiziert hätten. Falsche Ernährung und Bewegungsmangel wurden wie bereits beschrieben hier oft ausgeschlossen.

Weiter wurden von Einigen Ansprechpartner zur Gewichtsentwicklung ihres Kindes gesucht und kontaktiert. Hierzu zählte in der Mehrzahl der Fälle der Kinder- oder Hausarzt. Sie nannten nicht selten ein Ansprechen des Themas Gewichtsentwicklung bzw. kindliches ÜG beim Arzt aus eigener Initiative (vgl. Abschnitt 3.3.2.1, S. 36). Es wurde von manchen Eltern darüber hinaus eine universitäre Adipositasambulanz der Kinderklinik als sinnvolle Beratungsstelle genannt, welche seit einiger Zeit nicht mehr existiere. Barrieren, Hilfe durch diese Leistungserbringer anzunehmen, wurden in Problemen der Arzt-Patienten / Eltern-Beziehung und durch bereits erworbene Erkenntnis über mögliche Ursachen dargestellt.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „bisher durchgeführte Maßnahmen“ mit Blick auf „dysfunktionales Vorgehen“ sagen, dass einige interviewte Eltern verschiedene Maßnahmen bereits durchgeführt hatten, entweder im Hinblick auf die Gewichtssituation des Kindes oder aus anderen Motivationen heraus. Mit ihnen in Verbindung stehende Barrieren wurden durch die Eltern beschrieben oder gingen aus ihren Aussagen hervor. Zur Sprache kamen vor allem Themen wie Ernährung, Bewegung, Beobachtung und Kontrolle des Gewichts, Informations-, Ursachen- und Ansprechpartnersuche, der Arzt als Ansprechpartner und die fehlende Bereitschaft Hilfe Dritter einzuholen und anzunehmen.

3.3.4.5 Schutz des Kindes als Handlungsbarriere

Diese Handlungsbarriere beinhaltet Aussagen zu Maßnahmen, die im Zusammenhang mit dem „Schutz des Kindes“ und der Familie genannt wurden. Sie entstammen hauptsächlich der Hauptkategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“. Die Eltern sagten unter anderem, das Kind dürfe den Spaß an Bewegung, Sport und Essen nicht verlieren, sie würden die Familie schonen und keinen Druck ausüben wollen. Die Thematisierung vom kindlichen Körpergewicht im Beisein des Kindes würden sie unterbinden, um Schamgefühle bzw. eine mögliche Ausbildung von Essstörungen zu vermeiden.

„Aber ich möchte einfach, dass sie das überhaupt nicht mitkriegt, dass wir da so ... Weil erst dann nimmt sie es ja selber auch und erst dann, glaube ich, ist es dieses Schamgefühl, dass sie selber wieder anfängt, sich dafür zu schämen und sich wieder vielleicht noch weniger traut als bis jetzt“ (IMut 21)

„Jetzt beim Vierjährigen finde ich das ein bisschen schwierig, weil die Essstörung wollen wir jetzt eigentlich nicht (lachend) vorprogrammieren, weil es war schon so, es war halt ein Thema. Es wurde einfach zu viel darüber geredet, denke ich“ (IMut15)

„Interviewer: Hat er ihr [Tochter] das denn mit dem Gewicht und der Ernährung auch schon mal versucht zu erklären, der Arzt?

Befragte: So direkt jetzt nicht, weil das hätte ich so oder so unterbunden.“ (IMut 21)

Eltern beschrieben eine Suche nach Begründungen der Maßnahmen und Einschränkungen vor dem Kind ohne das zu hohe Körpergewicht zu erwähnen. Sie forderten beispielsweise Gleichbehandlung der Geschwister bei ärztlichen Untersuchungen um das Gefühl einer gesonderten Behandlung zu vermeiden. Es wurde eine Lebensumstellung als zu große Belastung des Kindes genannt.

„Und wenn ich ihr jetzt sage, ja du darfst das und das nicht essen oder du darfst soundso viel nur essen, dann, ich glaube, wird es nur für das Kind schwieriger und in dem Alter es belastet sie dann unheimlich.“ (IMut11)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht“ im Hinblick auf „Schutz des Kindes“ sagen, dass befragte Eltern Maßnahmen und Einschränkungen ihres Handelns zum Schutz vor allem der psychischen Gesundheit des Kindes und des familiären Wohlergehens beschrieben.

3.3.4.6 Von Eltern als hinderlich wahrgenommene Mikroumwelt und Infrastruktur

Die Kategorie „Umgebungsbedingungen / Gesellschaft / Politik / Infrastruktur“ enthält Aussagen der Eltern zu ihrem direkten Umfeld und der Umwelt. Von den Eltern wurden teilweise eingeschränkte Bewegungsräume beschrieben.

*„Wir wohnen in dem vierten Stock, also wenn sie mal ein bisschen älter ist und sich traut, dann kann sie durchaus auch mal alleine dann bei uns im Hof spielen, aber es ist jetzt nicht so wirklich geschickt.“
(IMut10)*

Es wurden von ihnen zahlreiche Kurs- und Sportangebote für Kinder genannt und von Spielplätzen berichtet. Häufig sprachen die Eltern von der ständigen Verfügbarkeit von Essen in den Lebenswelten von Familien und Kindern und von der Präsenz von Nahrung „überall“. Weiter stellten sie den negativen Einfluss von Medienwerbung und den hier präsentierten Schönheitsidealen heraus.

„ich gehe mit den Kindern auf den Spielplatz, und da ist halt die Eisdiele direkt um die Ecke“ (IMut 21)

Als weitere Barriere einer gesunden Lebensweise nannten sie den Wunsch nach verlängerten, an ihre Arbeitszeiten angepassten Öffnungszeiten im Einzelhandel zur Gewährleistung eines Konsums von täglich frischem Obst und Gemüse. Ebenso stellten sie diese zeitlichen Einschränkungen in der Wahl von Kurs- und Sportangeboten der Kinder heraus, welche von den Eltern dorthin begleitet wurden. Längere Fahrstrecken in andere Stadtteile oder sogar andere Städte für die Inanspruchnahme von Interventionsmaßnahmen könnten die Eltern nach eigenen Angaben von der Umsetzung abhalten.

„Aber im Bezirk, im eigenen Bezirk, dass man nicht irgendwie in die Stadt fahren muss [...] Wo man dann auch nicht so lange hinfahren muss. Dann würde man vielleicht so was sogar mal in Anspruch nehmen“ (IMut 15)

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Kategorie „Umgebungsbedingungen / Politik / Infrastruktur“ im Hinblick auf „Als hinderlich wahrgenommene Mikroumwelt / Infrastruktur“ sagen, dass in Umwelt und Umfeld der Eltern durchaus als hinderlich wahrgenommene städtische Gegebenheiten identifiziert und berichtet wurden. Hierzu zählte das Wohnumfeld der Familie, die Infrastruktur sowie Lokalisierung von Leistungserbringern und Nahrungsmitteldienstleistern.

3.4 Entwicklung und Struktur des Phasenmodells

Auf Basis der induktiv aus dem Interviewmaterial entwickelten Kategorien sowie den hieraus erstellten (Modell-)Barrieren wurde das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren entwickelt. Nach Integration der Modelle von Prochaska und DiClemente (1982) sowie Heckhausen und Gollwitzer (1987) wurden die Kategorien bzw. deren Inhalte an die motivationalen Stufen des Phasenmodells (vgl. Kapitel 2.8, S. 24) im diskursiven Verfahren angelegt und graphisch gewichtet. Durch Selektion entlang elternzentrierter kognitiver Handlungsbarrieren bildete sich ein Großteil des Kategoriensystems im Modell ab. Neben Kategorien und Unterkategorien sind auch aus der Kategorien- und Queranalyse hervorgehende Handlungsbarrieren im Modell dargestellt. Der Aufbau des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren (Abbildung 8) wird im Folgenden erläutert.

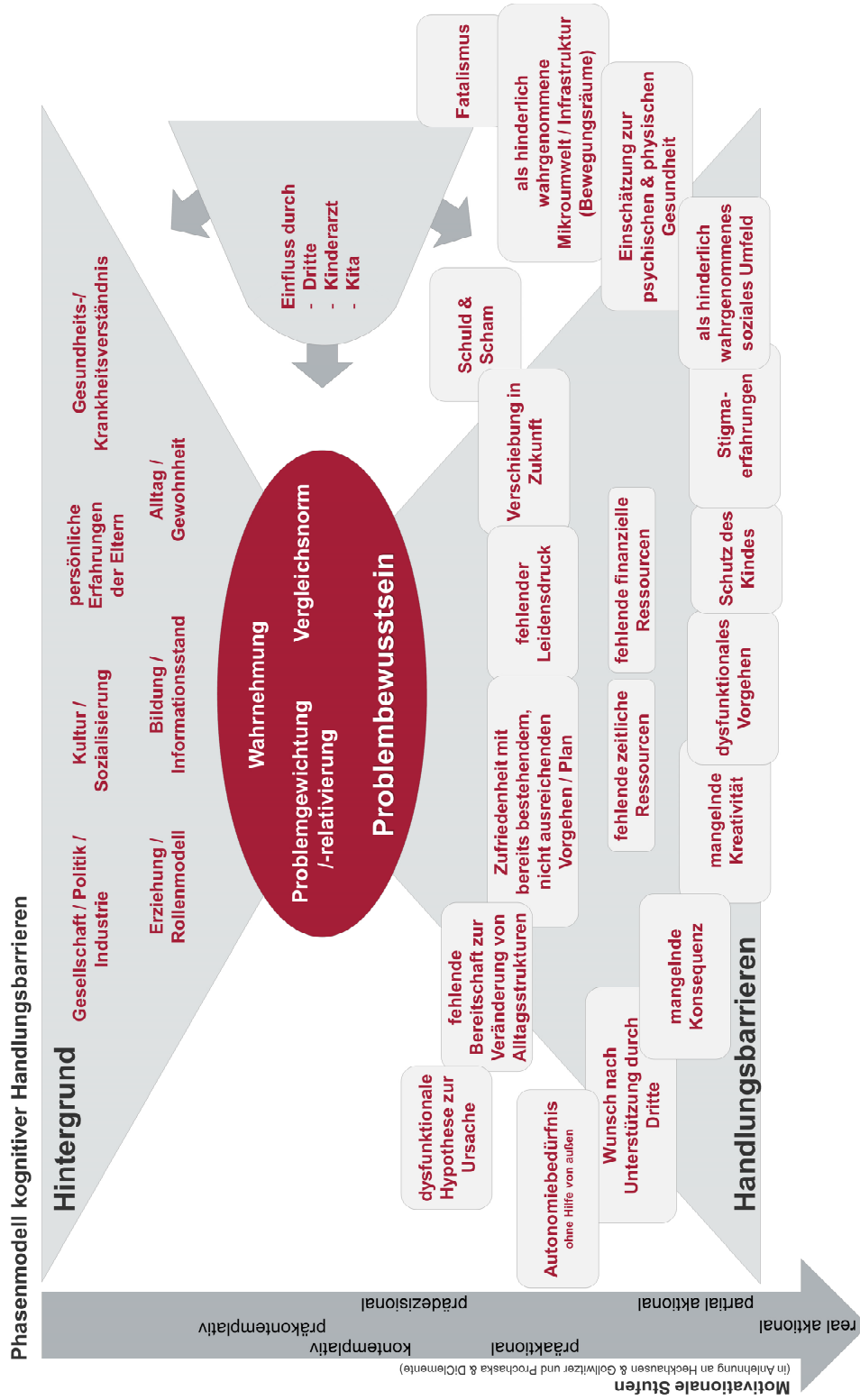


Abbildung 8. Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren
 Links im Bild finden sich in Pfeilform die „Motivationalen Stufen“ der zwei integrierten Modelle nach Heckhausen und Gollwitzer (1987) sowie Prochaska und DiClemente (1982), rechts im Bild der Einfluss durch Dritte auf das Gesamtkonstrukt. Zentral sind die Handlungsbarrieren zu sehen, zusammengefasst zu Hintergrund, Problembewusstsein (Kernpunkt des Modells) sowie den darunter zweireihig angeordneten Themenbausteinen („Handlungsbarrieren“). Nach Decker et al. (2015).

Das Phasenmodell ist in fünf Hauptelemente gegliedert. Links befindet sich die Zusammenstellung der motivationalen Stufen in Anlehnung an die beiden im Kapitel 1.4.3 (S. 9) und Kapitel 2.8 (S. 24) beschriebenen Modelle nach Heckhausen und Gollwitzer sowie Prochaska und DiClemente. Das weitere Modell stellt die kognitiven Handlungsbarrieren der Eltern eines übergewichtigen Kindes dar. Ihre Aussagen sind zu Themenbausteinen, den so genannten Handlungsbarrieren, zusammengefasst (vgl. Kapitel 3.3, S. 31).

Im Zentrum sind die drei Handlungsbarrieren „Wahrnehmung“ der Eltern zum kindlichen Gewicht, die „Problemgewichtung“ bzw. „Problemrelativierung“ und die angewendete „Vergleichsnorm“ der Eltern unter dem Begriff des „Problembewusstseins“ zusammengefasst. Dieses Element stellte sich als zentrales Thema in den Elternaussagen heraus und somit als Hauptbarriere am Übertritt der prädeziionalen in die präaktionale Phase.

Darüber im Modell findet sich das Element „Hintergrund“ bzw. Hintergrundwissen der Eltern. Hier finden sich Handlungsbarrieren, die allgemein Lebensumstände bzw. hintergründigen Faktoren im Leben dieser Familien darstellen. Hierzu zählen neben beispielsweise Kultur, Gesellschaft, Industrie auch familiäre Umstände wie Erziehung, Alltag, Bildung und Informationsstand der Eltern.

Unter dem Element des „Problembewusstseins“ befindet sich das Element „Handlungsbarrieren“. Dies sind zwei Gruppen von Handlungsbarrieren, die den motivationalen Stufen „präaktional“ und „partial aktional“ zugeordnet wurden. Diese können jeweils bis in die angrenzenden Stufen hineinreichen.

Das fünfte Element rechts im Bild stellt den Einfluss von außen auf das Denken und Handeln der Eltern dar.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In den geführten Interviews schilderten die Eltern eine Vielzahl von Themen in Zusammenhang mit der Gewichtssituation ihres Kindes. Diese sind im beschriebenen Kategoriensystem dargestellt (vgl. Kapitel 3.2, S. 29). Aus der tieferen Analyse der Kategorien wurde durch Anlegen der motivationalen Stufen und grafischer Gewichtung das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren entwickelt. In der Analyse des Materials hob sich das Themengebiet des Problembewusstseins ab und bildete mit den enthaltenen Themen der

Wahrnehmung, Gewichtung und des Vergleichs von kindlichem Gewicht, eine bedeutende elternzentrierte Barriere. Statt einer Beschreibung der Kinder als übergewichtig oder Betitelung eines erhöhten Körpergewichts, wurden sie als „sehr groß“ beschrieben und als Vergleich andere als die normalgewichtigen Gleichaltrigen und erwarteten Messmethoden herangezogen. Ein erhöhtes Körpergewicht wurde oft nicht als Problem für das Kind oder die Familie gesehen. Als weitere Determinanten kindlichen *ÜG* zeigten sich Defizite der Eltern im Informationsstand bezüglich kindlichen Gewichts, Gewichtsentwicklung und Ansprechpartnern sowie möglicher Informationsquellen. Ebenso wurde gehäuft eine Diskrepanz zwischen Hypothesen zur Ursache der eigenen und der anderer Familien mit *ÜG / Ad* im Kindesalter sichtbar. Die eigenen Ursachen waren weniger bei den Eltern selbst, im Ernährungs- oder Bewegungsbereich zu suchen, sondern als schwer beeinflussbar dargestellt. Bereits geplante bzw. durchgeführte Maßnahmen und die Zufriedenheit der Eltern hiermit schränkten eine weitere Ursachen- und Informationssuche ein. Die Umsetzung geplanter Interventionen bereitete im Zusammenhang mit Ernährung und körperlicher Aktivität ebenso wie die Ursachensuche Schwierigkeiten. Weitere mögliche dysfunktionale Vorgehensweisen stellten sich in Informationssuche, Kontrolle des kindlichen Gewichts, identifizierten Ursachen sowie der Arzt-Patienten / Eltern-Beziehung dar. Mangelnde Kreativität und Konsequenz in der kindlichen Ernährung wurden hierbei ebenfalls durch die Eltern herausgestellt. Zudem wurde häufig eine nicht bestehende Relevanz der Intervention im Vorschulalter beschrieben. Deutlich wurde überdies ein Verlangen nach Abnahme von Verantwortung und Aufgaben durch Dritte wie z. B. Ärzte. Es wurde im Zusammenhang mit der Umsetzung von Handlungsmaßnahmen von einem hinderlich empfundenen Umfeld gesprochen. Des Weiteren schilderten sie Versuche, trotz initiiertener Maßnahmen, die Thematisierung des Gewichtsproblems sowie Nachteile für das Kind zu dessen Schutz zu umgehen. Insgesamt zeigte sich eine Vielzahl elternzentrierter Determinanten, die für eine adäquate Versorgung übergewichtiger Vorschulkinder von Bedeutung sein könnten.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war die Identifikation von Barrieren zur Inanspruchnahme von Präventions- und Interventionsleistungen durch Eltern von *ÜG / Ad* betroffenen Vorschulkindern. Hierbei wurden Elterninterviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse analysiert. Die Aufbereitung der analysierten Ergebnisse erfolgte unter Strukturierung anhand der motivationalen Stufen des transtheoretischen Modells (Prochaska und DiClemente, 1982) und des Rubikon-Modells (Heckhausen und Gollwitzer, 1987). Hieraus wurde das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren bei Eltern von Kindern mit Übergewicht oder Adipositas entwickelt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der einzelnen Kategorien bzw. Handlungsbarrieren interpretiert und anhand der Literatur diskutiert. Die Reihenfolge orientiert sich an der Struktur des Phasenmodells.

4.1 Elterliche Defizite in der Anwendung und Beurteilung des eigenen (Hintergrund-) Wissens

Aus dem gewonnenen Interviewmaterial zeigte sich aus Sicht der Eltern insgesamt ein hohes Maß an Informationen bezüglich Kindergesundheit und Gesundheit im Allgemeinen. Insbesondere falsche Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität wurden von ihnen als mögliche Ursachen für kindliches *ÜG / Ad* identifiziert. Trotz des vorhandenen Wissens über Präventionsstrategien und mögliche Interventionen schien es Barrieren zum adäquaten Umgang mit *ÜG / Ad*, bei Kontaktaufnahme zu Ansprechpartnern und Gewinnung neuer Informationen zu geben (vgl. Abschnitt 3.3.1.1, S. 32).

In einer Studie von Thundiyil et al. (2010) wurde beschrieben, dass das reine Wissen um gesunde Ernährung nicht im Zusammenhang mit kindlicher *Ad* stehe. Ergänzend berichteten Sylvetsky-Meni et al. (2015), dass vorhandenes Wissen um gesundheitliche Risiken und Folgen von *ÜG / Ad* nicht auf die eigene Situation (eigene Familie) übertragen werden konnte.

Einen möglichen Erklärungsversuch hierzu könnten die Aussagen der Eltern in den Handlungsbarrieren „Bildung / Informationsstand“ sowie „dysfunktionale Hypothesen zur Ursache“ geben. Durch ihren hoch eingeschätzten Wissensstand und vermeintlich identifizierte Ursachen entstand ein fehlender

weiterer Bedarf an Informationen zu *ÜG / Ad* im Kindesalter, Präventions- und Interventionsmöglichkeiten und zur Kontaktaufnahme mit Ansprechpartnern. Die Auswertung der vorausgehenden quantitativen Studie zeigte nur bei 32,7% der übergewichtigen Kinder und 51,2% der adipösen Kinder jemals eine Informationssuche der Eltern zum Thema *ÜG*. In Familien mit Migrationshintergrund oder niedrigem Haushaltsnettoeinkommen war diese besonders gering ausgeprägt (Junne et al., 2016a). Aus Aussagen der interviewten Eltern wurde ebenso ersichtlich, dass ihr Wissen teils von Fehlinformationen geleitet war. Hierzu zählte z. B. ein nicht korrekt beschriebener Definitionsbereich von *ÜG / Ad* und die Verwendung von Gewichtsrelationen Erwachsener als Referenz für die Bewertung kindlicher Gewichtsschwankungen. Verglichen mit Handlungsbarrieren des „Problembewusstseins“ fehlte den Eltern zusätzliches Wissen um geeignete Mess- und Bewertungsmethoden der kindlichen Gewichtssituation und den resultierenden Konsequenzen. Einige sprachen in den Interviews fehlendes Wissen um die Definition von *ÜG* und die Schwierigkeit der Einschätzung offen an. In qualitativen Arbeiten von Eli et al. (2014), Jain et al. (2001) und Warschburger (2010) wurde keine vergleichbare Selbsteinschätzung berichtet.

Zusammenfassend schien es den befragten Eltern weniger am theoretischen Wissen um mögliche Prävention und Intervention wie Ernährung und Bewegung zu mangeln, sondern vielmehr an Wissen über Bewertung, Ansprechpartner, System und eine effektive Verhaltensänderung.

4.2 Fehlende Bildung eines Problembewusstseins der Eltern bezüglich der kindlichen Gewichtssituation

Als Kernthema des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren wurde das zum Teil fehlende bzw. eingeschränkte Bewusstsein der Eltern für das vorliegende, erhöhte kindliche Gewicht und dessen Risiko sowie die Bewertung identifiziert. Die drei Barrieren „Wahrnehmung“ des kindlichen Gewichts, „Vergleichsnorm“ und „Problemgewichtung /-relativierung“ schienen vor allem in den Phasen der Problemerkennung und Zielsetzung von Handlungen von Bedeutung zu sein, das heißt für den Eintritt in die kontemplative und prädezyonale Phase des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren und

darüber hinaus in die präaktionale Phase (vgl. Kapitel 3.3.2, S. 35, Tabelle 4, S. 25, Abbildung 8, S. 63).

4.2.1 Eingeschränkte Wahrnehmung eines erhöhten kindlichen Körpergewichts

Eine bedeutsame Barriere im Hinblick auf das Problembewusstsein und somit eine kognitive Handlungsbarriere im Sinne des Phasenmodells stellt die Wahrnehmung des kindlichen Gewichts durch seine Eltern dar (vgl. Abschnitt 3.3.2.1, S. 36). Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhielten die interviewten Familien Informationen zur aktuellen Gewichtssituation ihres Kindes. Es wurde von allen beteiligten Kindern die *BMI*-Perzentile bestimmt und das Kind als übergewichtig oder adipös eingestuft. Diese Eltern füllten einen Fragebogen für Kinder dieser Gewichtsklasse aus. In welchem Umfang die kindliche Gewichtssituation zudem von den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes angesprochen wurde, lässt sich in der vorliegenden Studie nicht nachvollziehen. Die meisten Eltern beschrieben anschließend in den Telefoninterviews die Gewichtssituation ihres Kindes als normalgewichtig oder ambivalent. Wenige bezeichneten sie als erhöht oder zu hoch. Von 16 Elternteilen benannten nur zwei ihr Kind als übergewichtig. In der quantitativen Fragebogenstudie gaben ebenso nur 12,2% der Teilnehmenden Eltern übergewichtiger Kinder und 35,2% der Eltern adipöser Kinder ein *ÜG* ihres Kindes an (Junne et al., 2016a). Die Hypothese, dass Schwierigkeiten in der korrekten Einschätzung des kindlichen Gewichts durch die Eltern bestehen bzw. diese dazu neigen, ein erhöhtes Körpergewicht zu unterschätzen, konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden (Lührmann et al., 2012; Lundahl et al., 2014; Manios et al., 2009; Rietmeijer-Mentink et al., 2013; Warschburger und Kröller, 2009, 2012). Vor allem im Vorschulalter stelle die Gewichtseinschätzung (Rietmeijer-Mentink et al., 2013) und das Ergreifen von entsprechenden Maßnahmen (Park et al., 2014) ein großes Problem für die Eltern dar. Besondere Probleme bereitete dies Müttern mit niedrigem Bildungsstand (Manios et al., 2009), geringem Einkommen und / oder eigenem *ÜG* (Warschburger, 2010; Warschburger und Kröller, 2009). Die teilnehmenden Eltern der vorliegenden Studie entstammen jeweils mind. einer der genannten Risikogruppen für *ÜG* / *Ad* im Kindesalter und zeigten hierdurch

ein hohes Risiko für fehlerhafte Wahrnehmung kindlichen Gewichts. In der Literatur zeigte sich die Verbalisierung eines erhöhten (übergewichtigen) Körpergewichts des Kindes durch die Eltern schwieriger als dies in Form von Grafiken zuzuordnen (Rietmeijer-Mentink et al., 2013). Hierzu zeigten Warschburger und Kröller, dass Silhouetten übergewichtiger Kinder ebenfalls Großteils nicht korrekt von ihren Müttern eingeschätzt werden konnten (Warschburger, 2010; Warschburger und Kröller, 2009, 2012). Die verbale Befragung der Eltern der vorliegenden Studie, statt einer visuellen Gewichtseinschätzung, könnte demzufolge eine weitere Barriere in der Kommunikation elterlicher Wahrnehmung darstellen. Die Literatur berichtet, nach Elternaussagen, besonders bei jüngeren Kindern erst hohe Gewichtsklassen als präventions- und interventionsbedürftig (Warschburger und Kröller, 2012). Diese Aussagen widersprechen den Empfehlungen der Leitlinien zur frühen Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* (Wabitsch et al., 2015), wie sie auch in den Aussagen der Eltern der vorliegenden Studie gefordert wurden. Es wurde die Dringlichkeit einer frühen Identifikation und Intervention kindlichen *ÜG* betont, obwohl die Eltern widersprüchlich hierzu eine fehlende Wahrnehmung für das erhöhte kindliche Gewicht berichteten. Mögliche Hypothesen für diese Handlungsbarriere könnten sein, dass die Eltern eine „frühe“ Intervention ebenso wie meist das kindliche *ÜG / Ad* an sich als ein Thema bzw. Problem des Schulalters sahen. Ein früheres Handeln verlangten sie vor allem bei einem für sie offensichtlich vorliegenden Problem, welches aktuell von fast allen Eltern nicht als solches eingeschätzt wurde. Die Einschätzung kindlichen Gewichts fiel Müttern schwer, je geringer der Bildungsstand und das Einkommen war (Warschburger, 2010). Auch schätzten diese Mütter das aus dem kindlichen Gewicht resultierende gesundheitliche Risiko häufig geringer ein (Warschburger, 2010; Warschburger und Kröller, 2009, 2012). Dies bestätigt die erschwerte Einschätzung von kindlichem Gewicht und Gesundheitsrisiko einiger Teilnehmer der für diese Studie ausgewählten Kohorte. In der Literatur wurde ein Unterschätzen des Gewichts beschrieben, je geringer sich das *ÜG* des Kindes darstellte (Lundahl et al., 2014). Dies stellt vor allem ein Problem in der

Wahrnehmung von beginnendem und bestehendem *ÜG* dar, um der Entstehung einer *Ad* frühzeitig entgegen wirken zu können.

In der Subkategorie „Eltern beschreiben kindliches Gewicht sowohl als zu hoch als auch als normal“ zeichnete sich in den elterlichen Aussagen ein Zwischenbereich der Wahrnehmung zwischen Normal- und Übergewicht ab. Einige Eltern beschrieben ihr Kind als „zu schwer“ und mit höherem Gewicht als Gleichaltrige, aber als „nicht übergewichtig“. Dies bestätigt die im Kapitel 4.1 (S. 66) bereits vermutete fehlerhafte Anwendung und Interpretation der Definitionsbereiche von *ÜG* / *Ad*. Das Erkennen von kindlichem *ÜG* sei zwar nach Park et al. (2014) ein Einflussfaktor für die Zielsetzung dieses Problem zu lösen, bedeute aber nicht, dass es darüber hinaus eine Verhaltensänderung bewirke. In der vorliegenden Studie beschrieben wenige Eltern durchaus ein *ÜG* ihres Kindes, ebenfalls ohne die real aktionale Phase der Verhaltensänderung erreicht zu haben. Dies bestärkt die Hypothese, dass neben der Wahrnehmung weitere Determinanten zum Erreichen der aktionalen Phase existieren müssen. Es zeigte sich aber, dass eine fehlerhafte Wahrnehmung eine bedeutsame Barriere der Problemerkennung darstellt. Ein Erkennen des kindlichen Gewichts als ein Gesundheitsproblem erhöhe die Bereitschaft der Eltern zur Verhaltensänderung, vor allem zur Veränderung ihrer Ernährungsgewohnheiten (Rhee et al., 2005; Rhee et al., 2014).

Insgesamt kannte ein Großteil der interviewten Eltern die langfristigen negativen Folgen von *ÜG* / *Ad* (vgl. Kapitel 4.1, S. 66). Es schien dennoch neben einer fehlerhaften Wahrnehmung auch ein Transfer von Wahrnehmung und Risiko in die eigene Familie erschwert und die Schwierigkeit sie als aktuelles Thema zu bewerten (vgl. Abschnitt 3.3.3.3, S. 51). Dieses Übertragungsproblem wurde ebenso von Sylvetsky-Meni et al. (2015) beschrieben.

Zusammenfassend zeigte sich sowohl in den elterlichen Aussagen dieser Studie als auch in der Literatur eine fehlerhafte Wahrnehmung von kindlichem Gewicht. Nahezu alle Eltern beschrieben das erhöhte Körpergewicht ihres Kindes nicht als Übergewicht und / oder nahmen es nicht wahr. Das Vorschulalter, elterliche Risikogruppen (geringes Nettoeinkommen, *ÜG* / *Ad* der Eltern, Migrationshintergrund) sowie fehlerhafte Einschätzungsmethoden bestanden

zudem als hinderliche Faktoren einer korrekten Wahrnehmung und Bewertung kindlichen Gewichts. Ein geringes *ÜG* des Kindes und von den Eltern nicht klar definierte Gewichtsbereiche erschwerten diese Einschätzung zusätzlich. Wie auch in der Literatur beschrieben, stellt eine fehlerhafte Wahrnehmung der kindlichen Gewichtssituation eine bedeutsame Barriere im Erreichen einer aktionalen Handlungsphase dar. Die Wahrnehmung bzw. das Erkennen von kindlichem *ÜG* / *Ad* durch die Eltern kann, wenn auch nicht allein, einen bedeutenden Beitrag zur Verhaltensänderung übergewichtiger Kinder leisten.

4.2.2 Einflussnahme Dritter auf elterliche Wahrnehmung und Sichtweise

Es ließ sich eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Eltern in Bezug auf die Wahrnehmung des kindlichen Gewichts und der Fremdeinschätzung von Dritten erkennen (vgl. 3.3.2.1, S. 36). Dritte innerhalb der Familie und Bekannte üben einen Einfluss auf Eltern aus. Im Rahmen dieser Studie wurde dieser Einfluss als Handlungsbarriere identifiziert. So wurde beispielsweise über eine falsche Einschätzung des kindlichen Gewichts oder infrage stellen ärztlicher Aussagen Einfluss auf die Eltern genommen. Weiter gab es eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Eltern und der Aussage des Gesundheitsamtes. Einige Eltern schienen erstmalig vom Gesundheitsamt im Rahmen der Einschulungsuntersuchung konkret auf ein *ÜG* ihres Kindes aufmerksam gemacht worden zu sein. Zu erwarten war in dieser Studie allerdings eine bereits bekannte Thematisierung durch den Arzt / Kinderarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Über die tatsächlichen Aussagen der Ärzte zur Wahrnehmung der Gewichtssituation der jeweiligen Kinder ist im Rahmen dieser Studie keine Aussage möglich. Die verwendete Wortwahl zur Beschreibung ärztlicher Aussagen unterschied sich nicht maßgeblich von den für die eigene Wahrnehmung der Eltern benutzten Begriffen. Sie wirkten ebenfalls vage statt konkret formuliert. Eine Studie von Dawson et al. (2014) zeigte hierzu, dass Eltern zwar das ihnen vom Arzt geschilderte, erhöhte kindliche Gewicht anschließend korrekt wiedergeben könnten, aber nicht viel der weiteren Informationen und Ratschläge hierzu, wie z. B. die Bedeutung der Messergebnisse. Dies unterstreicht die Hypothese, dass ein durch den Arzt als interventionsbedürftig eingeschätztes Gewicht den Eltern ggf. als solches nicht

mehr erinnerlich war. Positive Aussagen der Ärzte zur Gesundheit des Kindes und ein nicht angesprochenes oder nicht als behandlungsbedürftig beschriebenes Körpergewicht schienen zudem in den Aussagen der vorliegenden Studie zur Verringerung des Problemgewichts beizutragen und die Eltern in ihrer Sichtweise zu bestärken, dass kein Problem vorläge. Eine Studie von Hernandez et al. (2010) zeigte, dass eine Beratung der Eltern durch Ärzte bezüglich der kindlichen Gewichtsentwicklung gewünscht sei und eine entscheidende Rolle für deren Gewichtswahrnehmung darstellte. Folglich könnte dies, aufgrund der mangelnden Wahrnehmung des kindlichen ÜG / Ad durch die Eltern der vorliegenden Studie, eine nicht ausreichende Thematisierung der Gewichtsentwicklung durch die hier betreuenden Ärzte bedeuten.

Zusammenfassend haben Dritte, besonders Ärzte, einen großen Beitrag an der Bewertung der Wahrnehmung kindlichen Gewichts durch Eltern. Ohne die tatsächlichen Äußerungen der jeweiligen Ärzte zu kennen, klang in dieser Studie das Thema Gewichtsentwicklung in Bezug auf ein erhöhtes Körpergewicht des Kindes häufig als ein nicht oder nicht ausreichend angesprochenes Thema an.

4.2.3 Gewichtung von Übergewicht / Adipositas durch die Eltern

Wie die Ergebnisse zur „Wahrnehmung“ des kindlichen Gewichts (S. 36) zeigen, beschrieben die meisten Eltern in den Telefoninterviews die Gewichtssituation ihres Kindes als normalgewichtig oder ambivalent, wenige als erhöht bzw. zu hoch. Insgesamt wurde eine ähnliche Wortwahl für die verschiedenen Einschätzungen der Gewichtssituationen verwendet und schien jeweils anders von den Eltern gewichtet zu werden. Ein erhöhtes Körpergewicht wurde von ihnen durchaus als solches betitelt. Statt mit den Worten „Übergewicht“, „Adipositas“ oder „Fettleibigkeit“ wurde dies eher vage umschrieben. Häufig wurde aus den weiteren Ausführungen der Eltern ersichtlich, dass das erhöhte Körpergewicht zwar beschrieben, aber dennoch nicht als solches und nicht als Problem wahrgenommen wurde. Sie verwendeten hierfür verharmlosende, relativierende Begriffe („nicht dramatisch“, „ein bisschen ÜG / moppelig / kräftiger“) und schienen die Gewichtung des Problems zu verändern. Diese Begriffe wurden sowohl zur Beschreibung von Kindern erhöhten Körpergewichts

als auch von normalgewichtig eingeschätzten Kindern verwendet. Ihre inhaltlichen Aussagen waren bei gleicher Wortwahl verschieden.

In den Elternaussagen zeichnete sich als Hypothese ein Problem der Risikobewertung ab. Die gewählten Bezeichnungen schienen häufig ein geringeres Problemgewicht zu beschreiben und einen Versuch der Relativierung darzustellen. Zur verwendeten Wortwahl zeigt eine qualitative Studie von Eli et al. (2014) aus Oregon (USA) vergleichbare Aussagen von Eltern und Großeltern zur Wahrnehmung des kindlichen Gewichts. Hier wurde eine ähnliche Wortwahl und ebenso eine erhöhte Körpergröße als relativierende Ursache berichtet. Von ihnen verwendete sogar niemand die Worte übergewichtig oder adipös um ihre Kinder und Enkel zu beschreiben. Von den Amerikanern sprachen manche sogar positiv vom gesunden Babyfett und den hohen Perzentilen (Eli et al., 2014). Wie in der vorliegenden Studie, wurden auch in einer Studie von Warschburger (2010) Kinder von Müttern, die *ÜG* und *Ad* im Vorschulalter nicht als Problem ansahen, eher mit positiven Begriffen beschrieben.

Die beschriebene Verhaltensweise der Eltern könnte Rückschlüsse auf die Risikobewertung zulassen, welche von den befragten Eltern zum Interviewzeitpunkt häufig nicht als bedeutsam und interventionsbedürftig eingeschätzt wurde (vgl. Abschnitt 3.3.2.2, S. 42).

4.2.4 Probleme in Auswahl, Verwendung und Bewertung von Vergleichsnormen und Messmethoden

Aus den Aussagen der Eltern ging hervor, dass sie ihr Kind nicht, wie erwartet, wiegen und das Ergebnis mit normalgewichtigen Gleichaltrigen verglichen. Sie beschrieben ein Messen des Körpergewichts durch andere, subjektive, individuelle Methoden (vgl. Abschnitt 3.3.2.3, S. 43). Auch wurden die zum Vergleich herangezogenen Kinder selten als normalgewichtig beschrieben, sondern stammten aus den Gruppen beider Gewichtsextreme (sowohl über- als auch untergewichtig). Durch die von den Eltern gewählten, vorwiegend visuellen Methoden ist eine korrekte Einschätzung der Gewichtssituation und der Notwendigkeit zur Intervention und Veränderung des aktuellen Lebensstils oft nicht möglich, da diese Instrumente, wie auch in der Literatur beschrieben, meist

nicht korrekt angewendet werden können (vgl. Warschburger, 2010; Warschburger und Kröller, 2009, 2012).

In der vorliegenden Studie wurde ein Problem der Anwendung und Interpretation von Perzentilen als Methode identifiziert und überdies von den befragten Eltern angesprochen. Jain et al. (2001) beschrieben Mütter, die den Daten der Perzentilkurven misstrauten und sie als nicht relevant einstufen. Aus einer qualitativen norwegischen Studie wurde berichtet, dass Eltern die Perzentilkurven sehr wohl als objektiv und nützlich einschätzten, wenn diese ihnen hinreichend vom Arzt erläutert wurden (Toftemo et al., 2013). Eli et al. (2014) beschrieben ebenfalls, dass die Perzentilen den Eltern nicht unbekannt seien, sie diese allerdings nicht auf die Wahrnehmung des kindlichen Gewichts übertragen könnten. Diese Ergebnisse bestätigen die Probleme der Eltern in der Verwendung von Perzentilen als Maß kindlichen *ÜG / Ad*.

In den Beschreibungen von kindlichem Gewicht traten die abwertenden Betitelungen normal- bis untergewichtiger Kinder und die fehlenden Äquivalente für übergewichtige Kinder hervor. Eine Metaanalyse von Lundahl et al. (2014) zeigte, dass vor allem übergewichtige Eltern häufiger dazu neigten das Gewicht normalgewichtiger Kinder zu unterschätzen. Ebenso zeigten dies Lührmann et al. (2012) für die Einschätzung untergewichtiger Kinder. Dies könnte die niedrige und teils abwertend klingende Beschreibung normal- bis untergewichtiger Kinder erklären. Es unterstreicht zudem die Ansichten der befragten Eltern, dass ein „bisschen Übergewicht“ als nicht problematisch beschrieben wurde und ein geringeres Gewicht ein größeres Problem sei.

Die allgemeine Prävalenzzunahme schien den Vergleich mit Gleichaltrigen zusätzlich zu erschweren. Binkin et al. (2013) beschrieben einen Zusammenhang zwischen der Fehleinschätzung des kindlichen Gewichts und einer Wohngegend mit erhöhter Adipositasprävalenz sowie einem bekannten Körperbild als normal wahrgenommene Vergleichsgröße. Eltern der vorliegenden Studie sagten, sie sähen das erhöhte Gewicht ihres Kindes nicht als solches. Dieser Umstand und die alltägliche Umgebung könnten dazu beitragen, dass Eltern eine andere Einschätzung zu der Gewichtssituation ihres Kindes haben, wie es vielleicht anhand der *BMI*-Perzentilen zu erwarten wäre. Die befragten Eltern verwenden

demnach nicht nur spezielle Methoden, sondern auch eine Bewertungsstrategie, bzw. Vergleichsnorm, beeinflusst durch ihr unmittelbares Umfeld.

Es zeichneten sich Probleme im Umgang mit, Auswertung und Bewertung von Methoden zur Einschätzung des kindlichen Körpergewichts durch die Eltern, sowohl in den Elternaussagen der vorliegenden Studie, als auch in der Literatur ab. Eltern aus (Wohn-) Gegenden / sozialen Schichten hoher Prävalenz von *ÜG / Ad* könnten durch eine veränderte Vergleichsnorm dazu neigen, ein erhöhtes kindliches Gewicht als normal, nicht risikobehaftet und nicht interventionsbedürftig einzuschätzen. Die Entwicklung geeigneter, vergleichbarer Schulungs- und Messmethoden scheint somit eine wichtige Determinante der Prävention und Intervention von *ÜG / Ad* darzustellen.

4.2.5 Annehmen von Informationen zum kindlichen Gewicht

Im Anschluss an die Einschulungsuntersuchung war zu erwarten, dass die Eltern ihr Kind, den Ergebnissen der Untersuchung entsprechend, mit einem erhöhten Körpergewicht beschrieben oder dies diskutierten. Möglich wäre, in Anbetracht der fehlerhaften Wahrnehmung des kindlichen Gewichts dieser Eltern, dass ohne die Thematisierung beim Gesundheitsamt, eine noch höhere Zahl derer, die ihr Kind nicht als übergewichtig einschätzten, zu erwarten gewesen wäre. Syrad et al. (2015) berichteten in ihrer englischen qualitativen Studie Gründe, warum Eltern, trotz schriftlicher Benachrichtigung über das vorliegende *ÜG / Ad* ihres Kindes, dies nicht als solches oder als Risiko sahen. Vor allem der scheinbar fehlende Leidensdruck und Zufriedenheit mit der durchgeführten Ernährung und körperlichen Aktivität des Kindes seien Hauptgründe die Diagnose nicht anzunehmen. Die hier genannten elterlichen Themen ließen sich in Aussagen der vorliegenden Studie wiederfinden. Weiter zählten hierzu Barrieren durch Nicht-Annahme des allein gemessenen Gewichts und daraus resultierendem *BMI* wie im Abschnitt „Von Eltern verwendete Methoden und Vergleichsnormen zur Gewichtsbeurteilung“ (S. 43) beschrieben und „(Dysfunktionale) Hypothesen der Eltern zur Ursache kindlichen Übergewichts“ (S. 45) in Form von genetischen und körperlichen Determinanten der Kinder (vgl. Syrad et al., 2015).

Die befragten deutschen Eltern konnten die Benachrichtigung des Gesundheitsamtes nicht annehmen. Gründe hierfür könnten ebenfalls eine

fehlende Wahrnehmung des erhöhten kindlichen Gewichts, fehlerhafte Interpretation der Ergebnisse oder fehlende familiäre Auswirkungen sein. Zudem könnte aufgrund des bereits erfassten Problems und eigener initiiertes Intervention ein weiterer Bedarf an Information und Handlung durch Dritte fehlen.

4.2.6 Einordnung des Problembewusstseins in das Phasenmodell

Die Aussagen der Eltern zeigen hinsichtlich eines fehlenden Problembewusstseins und somit fehlenden Übergangs in die präaktionale und aktionale Phase der Verhaltensänderung verschiedene Handlungsbarrieren. Einige der befragten Eltern sahen das zu hohe Körpergewicht des Kindes nicht, es fehlte an Berichten von Gedanken Veränderungen herbeizuführen und sie fielen somit in die präkontemplative Phase. Ebenso schien es bei Eltern, die zwar das Gewicht des Kindes als erhöht bzw. zu hoch wahrnahmen, aber darin kein Problem sahen oder dieses durch diverse Abwehrmechanismen versuchten zu verringern. Bezüglich Verhaltensänderung bzw. Inanspruchnahme von Beratung oder Begleitung einer Familie mit übergewichtigem Vorschulkind schien die präkontemplative Phase die ungeeignetste zu sein. Diese Phase, die auch als Stadium der „Absichtslosigkeit“ bezeichnet wird, birgt das Problem, dass Personen, die wenig bereit sind ihr Verhalten zu ändern, nur geringfügige Verhaltensänderungen zeigen (Keller, 2004). In der dieser Arbeit zugrundeliegenden Studie ist dies durch ein aufgrund fehlerhafter Wahrnehmung bedingtes Nichterkennen des Problems geprägt. Warschburger et al. (2015) zeigten hierzu, dass Mütter übergewichtiger drei- bis sechsjähriger Kinder nicht bereit waren an Präventionsprogrammen teilzunehmen und sich die meisten Mütter übergewichtsgefährdeter Kinder dieser Altersklasse in einer präaktionalen Phase aufhielten (hauptsächlich in der Phase der „precontemplation“ (*TTM*)), ohne Absicht einer Teilnahme an Präventionsprogrammen. Vallis et al. (2003) beschrieben in ihrer Studie über Stufen der Verhaltensänderung zur gesunden Ernährung bei Diabetikern weniger erfolgreiches Gesundheitsverhalten in präaktionalen Phasen des *TTM* als bei Personen in aktionalen Phasen. Alle Teilnehmer waren übergewichtig, dennoch sahen einige der in die Phase der „precontemplation“ Eingeordneten weder ihr *ÜG* noch den Nutzen einer Intervention (Vallis et al., 2003). Ebenso wurde dies von einigen der befragten

Eltern übergewichtiger Vorschüler berichtet. Fehlendes Problembewusstsein bedingt somit die Schwierigkeit der Verhaltensänderung oder generell der Intervention. Ein Erkennen kindlichen *ÜG / Ad* könnte in der kontemplativen und prädezisionalen Phase durch fehlerhafte Einschätzung des Problemgewichts bzw. des Gesundheitsrisikos und falsch angelegter Messmethoden sowie verzerrter Vergleichsnorm eine zu geringe Risikobewertung dieser Eltern der vorliegenden Studie ergeben. Park et al. (2013) bestätigten dies, indem trotz Beschreibung eines Kindes als übergewichtig oder adipös, ein großer Teil befragter Eltern diesen Gesundheitszustand und das aktuelle Gewicht nicht als Gesundheitsrisiko einschätzte. Dies könnte folglich die Motivation einer gedanklichen Auseinandersetzung mit dem Problem verringern. Erst ein als relevant und veränderungsbedürftig eingeschätztes Problem mit dem geplanten Ziel der Verhaltensänderung bewirkt den Übertritt in die präaktionale Phase (vgl. Achtziger und Gollwitzer, 2010; Heckhausen et al., 1987). Moore et al. (2012) berichteten von vermehrten Besorgnisäußerungen bezüglich der aktuellen Gewichtssituation durch Eltern bei korrekter Wahrnehmung des kindlichen *ÜG* und einer hierdurch höheren Bereitschaft Maßnahmen zur verbesserten Ernährung und vermehrten körperlichen Aktivität zu ergreifen. Weiteren Studien zu Folge spielen Zuversicht und Vertrauen in den Erfolg der Maßnahme eine entscheidende Rolle in der Verhaltensänderung (Campbell et al., 2011; Taveras et al., 2009). Die Besorgnis bzw. das Problembewusstsein sei höher bei Eltern, welche das kindliche Gewicht nicht unterschätzen, dessen Kind einen hohen *BMI* und niedrige Lebensqualität aufweise (Lampard et al., 2008).

Die Kombination möglicher Handlungsbarrieren der präkontemplativen bis prädezisionalen Handlungsphasen könnte bei Eltern der vorliegenden Studie den Eintritt in die präaktionalen und aktionalen Handlungsphasen der Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* verhindern. Als Hauptbarriere stellte sich, wie beschrieben, das fehlerhaft eingeschätzte Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit reduziertem Problembewusstsein für kindliches *ÜG* heraus. Vor allem eine fehlende Wahrnehmung für das vorliegende *ÜG / Ad* und dessen weitere Bewertung und Gewichtung stellen Determinanten der Verhaltensänderung dar.

4.3 Handlungsbarrieren der prä- und partial aktionalen Handlungsphasen

In der Phase bereits geplanter bzw. initiiertes Intervention zeigte sich ein mögliches bestehen vieler weiterer Handlungsbarrieren, welche zu fehlender bzw. nicht korrekter Durchführung führen können. Die Wahrnehmung des erhöhten kindlichen Gewichts und Besorgnis hierum können den Eintritt in aktionale Phasen fördern (Moore et al., 2012). Dies bedeute nicht daraus resultierenden Verhaltensänderungen, welche zu dem gewünschten Ergebnis führen (vgl. Park et al., 2014). Zuversicht, das Vertrauen in den Erfolg der Maßnahme, spielt eine entscheidende Rolle in der Verhaltensänderung (Campbell et al., 2011; Taveras et al., 2009). Für Eltern können trotz erkanntem *ÜG/Ad* ihres Kindes weitere Handlungsbarrieren bestehen. Schwerpunkte elterlicher Aussagen lagen in dieser Studie auf den Ursachen und initiierten Handlungen zu *ÜG / Ad* im Vorschulalter. Weitere Barrieren stellten die Beurteilung des Präventions- und Interventionszeitpunktes durch Verschiebung in die Zukunft, erwünschte und unerwünschte Einbeziehung Dritter sowie das beeinflussende Umfeld dar.

4.3.1 Übergewicht / Adipositas als Probleme des Schul- bzw. Erwachsenenalters

Die Bedeutung früher Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* sind allgemein bekannt und empfohlen (Wabitsch et al., 2015). Wiederholt wurde von den befragten Eltern die Dringlichkeit einer Prävention und frühen Intervention bei *ÜG* angesprochen. Viele Eltern, vor allem jene, welche das erhöhte Gewicht ihres Kindes nicht wahrnahmen oder in ihm kein Problem oder Risiko erkannten, beschrieben *ÜG* als ein Problem, welches erst in Zukunft relevant werde, frühestens mit Eintritt ins Schulalter (vgl. Abschnitt 3.3.3.3, S. 51). In Anbetracht der Tatsache, dass sich die Kinder der befragten Eltern kurz vor dem Schuleintritt befanden, stellte sich die Frage nach einer korrekten Übertragung dieser Gedanken auf die Bewertung der aktuellen kindlichen Gewichtssituation. Diese zeitliche Einordnung wurde ebenso von Eli et al. (2014) und Jain et al. (2001) berichtet. Die Befragten sprachen jeweils über das erhöhte Körpergewicht als etwas, das sich in der Zukunft, mit zunehmenden Kindesalter, verwachsen

werde. Dies wurde wiederholt von Eltern der vorliegenden Studie angesprochen und in Aussagen von Ärzten und Familienmitgliedern bestätigt. Die deutschen Eltern berichteten ebenso wie Eli et al. (2014) von einem Problem, welches erst im Schulalter auftritt, dann, wenn das Gewicht negative Auswirkungen auf das Kind habe wie Hänseleien, Ausgrenzung, Verhaltens- und Stimmungsveränderungen. Mögliche Probleme einer *Ad* im Erwachsenenalter und bis dorthin anhaltende Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung und Bewegung, waren beiden Teilnehmergruppen bekannt (vgl. Eli et al., 2014). Eine amerikanische, longitudinale Studie zeigte, weniger als eines von fünf Vorschulkindern verliere sein Übergewicht bis in die fünfte Klasse. Normalgewichtige hingegen könnten dies meist in einem gesunden Bereich halten (Hernandez et al., 2015). Das Risiko von fortbestehendem *ÜG* bis ins Erwachsenenalter zeigte auch ein Review von Singh et al. (2008).

Interessanterweise wurde das übergewichtige Kind im Vorschulalter von vielen Eltern dieser deutschen und den amerikanischen Studien von Eli et al. (2014) und Jain et al. (2001) nicht als problematisch oder akut interventionsbedürftig eingeschätzt. Viele plädierten auf ein Verwachsen des kindlichen Gewichts im Schulalter, obwohl die Datenlage dies nicht bestätigte. Eltern schien das Potential von Frühintervention und –prävention nicht bewusst, obwohl sie diese vor allem von Dritten wie Ärzten forderten. Diese Einschätzung lag nach den Aussagen der Eltern der vorliegenden Studie nicht allein daran, dass viele Eltern das erhöhte Körpergewicht ihres Kindes nicht als solches und als Risiko wahrnahmen und bewerteten. Sie sagten explizit, dass in diesem Alter von vier bis fünf Jahren ein erhöhtes Gewicht kein Problem darstelle.

4.3.2 Dysfunktionalität in den durch Eltern vermuteten Ursachen für kindliches Übergewicht

Die Ursachen von *ÜG* / *Ad* können als multifaktorielle Genese neben genetischer Veranlagung durch verschiedene veränderte Lebensbedingungen sowohl individuell als auch gesellschaftlich bedingt sein (Wabitsch et al., 2015). Die befragten Eltern dieser Studie berichteten sowohl von hypothetischen Ursachen für die Gewichtssituation des eigenen Kindes als auch für übergewichtige Kinder anderer Eltern (vgl. Abschnitt 3.3.3.1, S. 45). Sie beschrieben einen guten

Informationsstand bezüglich allgemeiner Gründe für *ÜG / Ad* im Kindesalter sowie möglicher Präventionsmaßnahmen (vgl. Abschnitt 3.3.1.1, S. 32). Es stellte sich die Frage nach einer möglichen Dysfunktionalität der elterlichen Hypothesen zu den genannten Ursachen. Im untersuchten Kollektiv war trotz beschriebenen Wissens eine fehlende Reflexion und Umsetzung auf die eigene Situation und in eine effektive Intervention erkennbar. Die beschriebenen Ursachen für die eigene Familie unterschieden sich von den allgemein genannten Ursachen. Die Eltern nannten Ernährung, Essverhalten und körperliche Aktivität als Schlüsselfaktoren für Prävention und Intervention kindlichen *ÜG* und als dessen Hauptursachen. Jedoch beschrieben sie diese meist als Ursachen anderer Familien und fast ausschließlich andere, weniger beeinflussbare Ursachen, wie z. B. Körpergröße, Genuss und Gern-Esser, Genetik, Erkrankungen, nicht durchführbare Kontrollmöglichkeiten, als die der eigenen. Danford et al. (2015) stellten ebenfalls in einer qualitativen Studie die Frage nach der Ursache eines erhöhten kindlichen *BMI* trotz des scheinbar guten Informationsstandes und beschrieben ebenso hypothetische Ursachen aus elterlicher Sicht. Die in der vorliegenden Studie gezeigte Diskrepanz in den Aussagen möglicher Ursachen der eigenen und anderer Familien wurde von Danford et al. (2015) ebenso wenig wie in anderen qualitativen Studien von Jain et al. (2001) und Eli et al. (2014) aufgeführt. Stattdessen wurden von ihnen fast ausschließlich allgemeine Vermutungen und Fehler anderer Eltern v.a. zu Ernährung, Erziehung und Bewegung aufgezeigt und nicht konkret bezogen auf das eigene Kind (vgl. Danford et al., 2015).

Die Eltern der vorliegenden Studie kannten beeinflussbare Ursachen für *ÜG / Ad* im Kindesalter, welchen in der eigenen Familie eine geringe Bedeutung beigemessen wurde. Sie berichteten kaum beeinflussbare Ursachen in der eigenen Familie, welche durch schwierige bzw. fehlende Interventionsmöglichkeiten kognitive Handlungsbarrieren der Eltern darstellten. Im Folgenden werden einzelne der genannten Ursachen näher betrachtet.

4.3.2.1 Körpergröße und Körperbau als Hauptursache für ein hohes Körpergewicht des Kindes

Von den Eltern der vorliegenden Studie wurde als häufigste Ursache für das erhobene hohe Körpergewicht und die *BMI*-Perzentile des eigenen Kindes eine ebenso hohe Körpergröße und der damit zusammenhängende Körperbau angegeben. Ein erhöhtes Gewicht wurde von ihnen durch die Größe relativiert. Es kam zu der Hypothese einer möglichen insuffizienten und problembehafteten Bewertung der Perzentilkurven durch die Eltern. Sie beachtetten nicht, dass auch wenn sich mehr als die Hälfte der Kinder $> 75.$ Größenperzentile befanden, die gemessene Gewichtsperzentile dennoch im Sinne eines *ÜG / Ad* zu sehen war um die beschriebene *BMI*-Perzentile zu erreichen. Ihre Argumentation zeigte die Schwierigkeiten der Eltern im Umgang mit *BMI*-Perzentilen, wie dies auch Eli et al. (2014) beschrieben und ließ eine durchaus dysfunktionale Einschätzung der Ursache erkennen. In weiteren qualitativen Studien zu Thema *ÜG / Ad* im Kindesalter wurde die Körpergröße von Eltern nicht als Begründung genannt (vgl. Danford et al., 2015; Eli et al., 2014; Jain et al., 2001). In der vorliegenden Studie führten diese Aussagen zur Relativierung des gemessenen erhöhten Körpergewichts ohne Berücksichtigung der in den *BMI*-Perzentilen bereits verrechneten Angaben von Alter, Körpergröße und Gewicht. Die Bewertung dieser Parameter stellte für die befragten Eltern eine große Barriere dar.

4.3.2.2 Hypothesen der Eltern zu genetischen und krankheitsbedingten Ursachen für kindliches Übergewicht

Genetische Veranlagung stellt eine der grundlegenden Ursachen kindlichen *ÜG / Ad* dar (Wabitsch et al., 2015). Vermutete genetische oder krankheitsbedingte Hintergründe könnten ebenfalls eine Handlungsbarriere der Eltern der vorliegenden Studie darstellen, indem das kindliche Gewicht aufgrund dieser Annahmen fatalistisch als gegeben hingenommen und somit eine weitere Ursachensuche und Intervention erschwert wurde. Von den befragten Eltern wurde auch in anderen Familien eine genetische Übertragung des *ÜG / Ad* von den Eltern auf das Kind angenommen. Kindliches Gewicht wurde von Eltern sowohl in der vorliegenden Studie als auch von Jain et al. (2001) häufig als etwas Vererbbares und nicht unbedingt Beeinflussbares beschrieben. Ein Annähern

des kindlichen an das elterliche Gewicht wurde von ihnen ebenso berichtet. Sealy und Farmer (2011) nannten zusätzlich zu vererbaren Ursachen von kindlichem *ÜG/Ad* übergewichtiger Eltern ein Zutreffen von erlernten Ursachen wie Essverhalten und verminderte körperliche Aktivität (vgl. Lindsay et al., 2006). Welche tatsächliche Ursache das elterliche Gewicht in der vorliegenden Studie hatte war unklar. Das kindliche Gewicht könnte hiernach durchaus durch die Eltern beeinflusst und eine erbliche Ursache nicht sicher angenommen werden. Des Weiteren wurden durch die Eltern Geschwisterkinder beschrieben, die eine gänzlich andere, schlankere Statur aufwiesen als das übergewichtige Kind und dieser Kontrast als mögliche genetische Ursache mit dem Körpergewicht in Verbindung gebracht. Dies schien für die Eltern Begründung genug das unterschiedliche Gewicht als genetische Gegebenheit hinzunehmen, da eines der Kinder normalgewichtig war. Diese Begründung der Eltern wirkt verglichen mit den vorherigen Aussagen zu Gewicht und Körperbau der Familienmitglieder nicht plausibel. Die eigenen Möglichkeiten wurden ggf. vorschnell unterschätzt. In der Literaturrecherche dieser Studie wurden solche Vergleiche nicht beschrieben.

Eltern beschrieben nicht weiter benannte Darmerkrankungen, aufgrund derer ihr Kind zunehme, ein aufgeblähtes Abdomen zeige und folglich bestimmte Lebensmittel wie Kohlenhydrate nicht essen dürfe. Es ließ sich in den Gesprächen nicht sicher erkennen, welche intestinale Erkrankung sie beschrieben und diese nicht überprüfen. Es könnte sich ebenso um Erinnerungen aus Erklärungsversuchen der Pädiater / Hausärzte in Bezug auf das *ÜG* des Kindes handeln. Wie bereits zur „Einflussnahme Dritter auf elterliche Wahrnehmung und Sichtweise“ (S. 71) beschrieben, existieren durchaus Schwierigkeiten von Seiten der Eltern die Gesprächsinhalte eines Arztbesuchs anschließend korrekt wiederzugeben (vgl. Dawson et al., 2014).

Nicht alle der von den Eltern als genetische, vererbare Ursachen angegebenen Fakten sind als solche erkennbar und nachvollziehbar. Einigen dieser Hypothesen können ebenso andere, nicht-genetische Ursachen zugrunde liegen. Für die beschriebenen Darmerkrankungen trifft dies ebenfalls zu. Auch wenn die Angaben dieser Eltern mithilfe der vorliegenden Daten nicht weiter überprüft

werden können, zeigen diese Aussagen von Eltern identifizierte Ursachen, welche eine weitere Ursachensuche und Intervention einschränken oder verhindern können.

4.3.2.3 Mangelnde elterliche Kontrolle negativ erlebter Einflüsse Dritter auf kindliches Gewicht und auf eigene Handlungen der Eltern

Dritte beeinflussen nicht nur wie im Kapitel 4.2.2 (S. 71) beschrieben die Wahrnehmung und Sichtweise der Eltern, sondern auch direkt das Verhalten und somit das Gewicht des Kindes. Mit der Unterkategorie „mangelnde Kontrolle“ als Beitrag zu Ursachen kindlichen *ÜG / Ad* wurde von den Eltern ein Problem außerhalb des elterlichen Handlungsraumes beschrieben. Folglich könnten Dritte wie beispielsweise Familienangehörige als Handlungsbarriere fungieren, indem sie negativen Einfluss auf das kindliche Gewicht und elterliche Interventionen nehmen. Eltern schilderten eine insuffiziente Kontrolle des kindlichen Essverhaltens, welches außer Haus von Dritten maßgeblich beeinflusst werde (vgl. Jain et al., 2001). Weiter wurden als Kontrollmangel wenig beeinflussbare Faktoren wie Zeitmangel bzw. fehlende Zeit für das Kind angegeben. In der Umsetzung von Maßnahmen durch die Eltern wurden Familienmitglieder als hinderliche Faktoren benannt. Es wurde eine mangelnde Kontrolle der Eltern beschrieben, sobald die Kinder Zeit mit den Großeltern verbrachten. Negativ wurden vor allem Quantität und Qualität der Ernährung geschildert. In der Literatur wurde ebenso von einem durch Eltern beschriebenen großen, teils negativen Einfluss der Großeltern sowie weiterer Familienmitglieder auf die Ernährung der Kinder und initiierte Ernährungsumstellung berichtet. (Cason-Wilkerson et al., 2015; Hernandez et al., 2012; Toftemo et al., 2013).

Insgesamt wurde die durch Eltern genannten Ursache kindlichen *ÜG / Ad* im Zusammenhang mit „mangelnder Kontrolle“ bei Dritten und weniger in durch die Eltern selbst beeinflussbaren Faktoren gesucht. Sie haben der Literatur zufolge negative Einflüsse auf das kindliche Gewicht und die initiierten Maßnahmen der Eltern. Der beschriebene negative Einfluss Dritter wie Familienangehörige auf Interventionen der Eltern stellt eine direkte Handlungsbarriere der aktionalen Phase dar. Ebenso könnte diese Ursachenhypothese als dysfunktional gesehen

werden, sobald Eltern diese als alleinige, von ihnen nicht beeinflussbare Ursache festlegten und eine weitere Suche einstellten.

4.3.2.4 Fehleinschätzung der familiären Ernährungsgewohnheiten

Pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse haben großen Anteil an einer gesunden Ernährung (Wabitsch et al., 2015). Diese Grundlagen sind vielen Familien bekannt. So beschrieben auch die befragten Eltern eine bestehende gesunde Ernährung mit viel Obst sowie Gemüse in der Familie. Welche Menge und Art von Lebensmitteln diese Kinder zusätzlich zu dieser Ernährung konsumierten blieb ungeklärt. Folglich könnte durch die Aufnahme von Obst und Gemüse kindliche Ernährung und Essverhalten von Eltern als nicht behandlungsbedürftige Ursache eingeschätzt werden und somit eine mögliche Handlungsbarriere darstellen (vgl. Abschnitt 3.3.3.1, S. 45). Dies wurde durch Jain et al. (2001) in ähnlichem Kollektiv bestätigt. In einer Studie von Hernandez et al. (2012) schätzten Eltern mit Essverhalten zusammenhängende Faktoren als größte Risikofaktoren für frühe kindliche *Ad* ein. Eine griechische Studie zeigte zur elterlichen Wahrnehmung des Essverhaltens und der kindlichen Ernährung, dass diese meist überschätzt werde und den Eltern Ernährungsempfehlungen bewusst gemacht werden sollten (Kourlaba et al., 2009). Von den Eltern der vorliegenden Studie wurde wiederholt ein ausgeprägter Appetit und spezielle Vorlieben in der Nahrungswahl des Kindes berichtet. Ein qualitatives Review bestätigte diese Faktoren als Einfluss auf eine obesogene kindliche Ernährung. Weiter zählten hierzu ein negatives Vorbildverhalten der Eltern im Bereich Ernährung, die Verfügbarkeit ungesunder Nahrungsmittel und gesüßter Getränke (Mazarello Paes et al., 2015). Eine erschwerte Gleichbehandlung von Geschwistern unterschiedlicher Gewichtssituation wurde zudem in der vorliegenden Studie in der eigenen Familie als Ursache bezüglich des Essverhaltens beschrieben. Im Rahmen der Literaturrecherche konnte dies durch Angaben von Eltern anderer Studien nicht bestätigt werden. Die Eltern schätzten das Ernährungsverhalten zwar korrekt als eine Hauptursache für *ÜG / Ad* ein, erkannten diese allerdings nicht innerhalb der eigenen Familie als solche. Eine Projektion dieser, in anderen Familien wahrgenommenen Probleme, auf die eigene Situation schien insuffizient. Ähnliche Beobachtungen zeigten die

Aussagen der Handlungsbarrieren von „Problembewusstsein“, speziell der „Wahrnehmung“, und mangelnder körperlicher Aktivität als mögliche Ursache kindlichen ÜG. Eine fehlerhafte Ernährung wurde von Eltern erst nach ärztlicher Beratung hierzu und Korrektur als mögliche Ursache angenommen. Wie zuverlässig Eltern eine fehlerhafte Ernährung bzw. Essverhalten als Ursachen kindlichen ÜG/Ad in der eigenen Familie erkennen und ob diese in der vorliegenden Studie, wie in der Literatur gezeigt, überschätzt wurde, ließ sich mit der gewählten Methodik nicht hinreichend bestätigen.

Als weitere Hypothese stellte sich zusätzlich zur Ursache eine mögliche Dysfunktionalität in der elterlichen Handlung bezüglich Ernährung und Essverhalten heraus (vgl. Abschnitt 3.3.4.4, S. 56). Eltern sprachen wiederholt von der Kontrolle des Süßigkeitenkonsums als mögliche Prävention und Intervention von ÜG. Die restliche Ernährung wurde hierbei meist nicht angesprochen. Von Familien mit berufstätigen Eltern und ganztägiger Betreuung der Kinder in der *Kita* wurde oft das Abendessen als gemeinsame, meist warme Mahlzeit genannt. Hierdurch bekam ein betroffenes Kind, wenn es in der *Kita* zu Mittag aß, allerdings täglich zwei große, warme Mahlzeiten. Neben energiedichten Lebensmitteln sind große Portionsgrößen und „Snacking“ als obesogene Faktoren bekannt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2010). Laut Leitlinie der AGA sei eine gemeinsame Mahlzeit täglich anzustreben (Wabitsch et al., 2015), welches von vielen der Befragten berichtet wurde. Lindsay et al. (2006) beschreiben hierzu in einem Review die maßgebliche Beeinflussung des frühkindlichen Essverhaltens durch das der Eltern. Hierzu zählen sowohl Lebensmittelwahl und -angebot in der Familie als auch Portionsgröße, aufgenommene Nahrung und Getränkewahl (Lindsay et al., 2006).

Grenzen zu setzen, konsequent zu bleiben und den Forderungen des Kindes nicht nachzugeben wurde vor allem für den Bereich Ernährung sowohl von den befragten Eltern als auch den Teilnehmern von Jain et al. (2001) mit Schwierigkeiten verbunden. Eine regelmäßige, strukturierte Ernährung wurde als schwierig dargestellt sowie eine interessante und anregende Gestaltung für das Kind (vgl. Abschnitt 3.3.4.2, S. 54 und 3.3.4.3, S. 55). Hier fehlten den Eltern

Ideen und Handlungsvorschläge bzw. Ansprechpartner, mit denen sie konkret ihre Handlungsbarrieren und Probleme besprechen konnten. Die beschriebene Unsicherheit, fehlendes Handlungswissen und Einschränkungen in Handlungen der Eltern könnten hier Handlungsbarrieren darstellen. Eine Kontrolle der Nahrungsaufnahme durch die Eltern sei nach Lindsay et al. (2006) in gewissem Maße nötig und möglich. Eine Gefahr bestehe in restriktiven Verboten und Kontrollen der Nahrungsmittelwahl und -zufuhr, wodurch die Präferenz für verbotene, energiereiche Nahrungsmittel und die Gefahr von Heißhungeranfällen erhöht werde (Lindsay et al., 2006). In den Aussagen der Eltern der vorliegenden Studie wurde wiederholt „Strenge“, Konsequenz, Regeln und Kontrollen präferierten. Diese könnten sich, verglichen mit dem genannten Review, durchaus negativ auf Gewichtsentwicklung und Essverhalten der Kinder auswirken. Einige Eltern berichteten aus eigener Erfahrung, vor allem für die Regulation der Süßigkeitenzufuhr, negative Auswirkungen eines vollständigen Verbotes und präferierten eine moderate Kontrolle und klare Regeln.

In der vorliegenden Studie ließ sich eine fehlerhafte Ernährung in den Aussagen der Eltern in Bezug auf Menge der Nahrungsaufnahme und Wahl der Nahrungsmittel nicht ausschließen. Sie ließ sich je nach Aussage sogar als wahrscheinlich annehmen. Von ihnen wurde sowohl eine bewusst gesunde Ernährung als auch keinerlei Gedanken um Nahrungswahl und -inhalt dargestellt. In der Literatur wurde hierzu der elterliche Einfluss auf das kindliche Essverhalten und die Ernährung bestätigt. Insgesamt könnten im Bereich Ernährung Barrieren in Form von unerkannten, unterschätzten Ursachen und, hierdurch bedingtem, dysfunktionalen Vorgehen bestehen.

4.3.2.5 Überschätzung des kindlichen Bewegungsverhaltens durch Eltern

Körperliche Aktivität wird von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zur Prävention von *ÜG / Ad* empfohlen (Wabitsch et al., 2015). Vergleichbar mit Ernährung war auch diese Empfehlung in den meisten Familien bekannt. Die in der vorliegenden Studie befragten Eltern gaben kindliches Bewegungsverhalten als eine der Hauptursachen für *ÜG / Ad* an, allerdings nicht im Hinblick auf die eigene Familie (vgl. Abschnitt 3.3.3.1, S. 45). Eltern beschrieben einen Bewegungsmangel nicht als mögliche Ursache für ein erhöhtes Körpergewicht,

wenn ihr Kind gern Sport treibe und sich viel bewege. Das tatsächliche Bewegungsausmaß schien hierbei hintergründig und könnte bei geringer Ausprägung eine dysfunktionale Hypothese darstellen. In einer Studie von Hernandez et al. (2012) wurde von Eltern geringe körperliche Aktivität kaum als Hauptrisikofaktor für *Ad* im Vorschulalter angegeben. Danford et al. (2015) beschrieben bei weniger als der Hälfte der Befragten Bewegungsmangel als eine genannte Ursache. Corder et al. (2012) zeigten in einer Studie zur Einschätzung des Bewegungsverhaltens Probleme der Eltern die tägliche körperliche Aktivität ihres Kindes korrekt einzuschätzen. Sie neigten dazu die Aktivität zu überschätzen, besonders, wenn sie sich selbst durch Teilnahme oder Beförderung einbrachten (Corder et al., 2012). Vergleichbar mit der Barriere „Zufriedenheit mit bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan“ (S. 50) zeigten sie durch diese Denkweise und unerkannte Ursache ebenso geringere Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Eltern der vorliegenden Studie berichteten eine tatsächlich verminderte körperliche Aktivität durch Krankheitstage, wechselnde Motivation des Kindes und Jahreszeit / Witterung (vgl. Abschnitt 3.3.4.4, S. 56). Diese verdeutlichten die Einschränkungen in den als ausreichend beschriebenen körperlichen Aktivitäten und wurden durch die Eltern ggf. nicht als solche oder nicht als bedeutsam wahrgenommen. Es könnte folglich durchaus eine Ursache durch ein nicht ausreichendes Bewegungsverhalten der Kinder vorliegen, welches durch Fehleinschätzung der Eltern nicht als solches erkannt wurde. Dies konnte durch die Aussagen der befragten Eltern und weiteren Publikationen von Thundiyil et al. (2010) und Wabitsch et al. (2015) bekräftigt werden. Thundiyil et al. (2010) zeigten einen Zusammenhang von sportlichen Aktivitäten unter viermal pro Woche und kindlicher *Ad*. Die Leitlinien der AGA empfehlen tägliche, strukturierte, körperliche Bewegung der Kinder von mind. 60 Minuten (Wabitsch et al., 2015). Ein solches Bewegungsausmaß wurde von den meisten der befragten Eltern nicht beschrieben. In der Literatur wird vermehrter Fernsehkonsum der Kinder in Verbindung mit verminderter körperlicher Aktivität genannt (Kleiser et al., 2009; Thundiyil et al., 2010). Ein vermehrter Medienkonsum wurde von den Eltern der vorliegenden Studie weder berichtet noch als Ursache erwogen.

Die dargestellten Einschränkungen im Bereich Sport und Bewegung einzelner Kinder warfen die Hypothese auf, dass das Bewegungsausmaß der Kinder ggf. von ihren Eltern überschätzt wurde. Diese Fehleinschätzung zeigten Corder et al. (2012) in ihrer Studie. Eltern schätzten scheinbar aufgrund ihrer Erfahrungen im Alltag durch Begleitung und Teilnahme körperliche Aktivität kaum als einen Einflussfaktor auf das Gewicht ihres Kindes ein. Rhee et al. (2014) beschrieben hierzu eine geringere Bereitschaft der Eltern zur Änderung des Bewegungsverhaltens als zur Änderung von Ernährung und Essgewohnheiten ihres Kindes trotz erkanntem Gesundheitsproblem durch dessen Körpergewicht. Lindsay et al. (2006) beschrieben einen signifikant niedrigeren *BMI* körperlich aktiver Kinder sowie die Abhängigkeit körperlicher Aktivität der Kinder von den Bewegungsgewohnheiten der Eltern. In Familien mit einem oder beiden aktiven Elternteilen war die kindliche körperliche Aktivität höher im Vergleich zu Familien wenig aktiver Eltern (Lindsay et al., 2006). Eine Studie von Graf et al. (2003) zeigte ebenso einen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität der Eltern und kindlichem *BMI*. Dies unterstreicht die Relevanz körperlicher Aktivität im Kindesalter und die Vorbildrolle der Eltern im Zusammenhang mit Prävention und Intervention von *ÜG / Ad*.

Verminderte körperliche Aktivität der Kinder stellt sowohl einen möglichen Teilbereich der Ursache kindlichen *ÜG* als auch einen Teilbereich dysfunktionalen Vorgehens der Eltern dar. Dies kann durch Fehleinschätzung der tatsächlichen Bewegungszeiträume und teils optimierbarem Vorbildverhaltens bedingt sein. Weitere Einschränkungen elterlichen Handelns können durch mangelnde Reevaluation bisheriger Maßnahmen bestehen. Die befragten Eltern hatten nicht nur Probleme in der Beurteilung der Gewichtssituation (vgl. Kapitel 4.2.1, S. 68), sondern auch des Ausmaßes körperlicher Aktivität des Kindes.

Obwohl von den Eltern nicht als solche in der eigenen Familie beschrieben, könnten fehlerhafte Ernährung und mangelnde körperliche Aktivität des Kindes auch in dieser Studie Hauptursachen für *ÜG / Ad* im Kindesalter sein. Ihr unreflektiertes Vertrauen in die eigene Maßnahme könnte als weitere Barriere fungieren, welche den Bedarf an Reevaluation und Veränderung mindern kann.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte die tatsächliche Ursache für das jeweilige kindliche *ÜG* nicht überprüft und die Gestaltung von Ernährung und Bewegung in den jeweiligen Familien nicht abschließend beurteilt werden. Somit gestaltet sich die Bewertung elterlicher Aussagen im Hinblick auf eine zutreffende Beurteilung der Ursache als schwierig. Hier wären die Arbeit von Therapeuten und weitere Studien sinnvoll, um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten dieser Familien aufzuschlüsseln. Können die genannten Ursachen als dysfunktional bewertet werden, stellen sie weitere kognitive Handlungsbarrieren dieser Eltern dar.

4.3.3 Zufriedenheit mit geplanter bzw. initiiertes Handlung als Handlungsbarriere der präaktionalen Handlungsphase

In der Barriere „Zufriedenheit mit bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan“ (S. 50) wiesen die kodierten Aussagen ebenfalls auf Einschränkungen der Informationssuche und Planung von Maßnahmen bezüglich kindlichen *ÜG / Ad* hin. Es kam die Hypothese auf, dass Eltern maßgeblich durch die Zuversicht in die eigene Maßnahme hinsichtlich der Reevaluation durchgeführter und Planung weiterer Maßnahmen sowie Informationssuche beeinflusst werden. Wie zu den hypothetischen Ursachen im Bereich körperlicher Aktivität dargestellt, berichteten Eltern beispielsweise von Bewegung und Sport, welchen das Kind ausübe. Sie unterstützten durch diese Aussagen ihre Thesen, dass weder Bewegungsmangel eine Ursache sei, noch weiterer Informations- und Interventionsbedarf bestehe. Dies traf ebenso für die Ursachen und Handlungen zum Thema Ernährung und Essverhalten zu. Es schien durch diese Überzeugung die Suche nach besseren Ansätzen und die Motivation hierzu und zur Reevaluation durch Beratungsstellen zu fehlen. Achtziger und Gollwitzer (2010) beschrieben eine aktionale Bewusstseinslage, in der eine Einflussnahme von außen und Neubewertung der Handlungsziele erschwert sei.

Die Motivation für geplante Handlungen war aus den elterlichen Aussagen nicht immer ersichtlich. Diese Maßnahmen könnten durchaus aufgrund eines nicht erkannten *ÜG / Ad* des Kindes mit anderer Intention durchgeführt worden sein und hierdurch eine Interventionsanpassung bei steigendem kindlichen Gewicht

behindern. Aufgrund kindlichen *ÜG/Ad* initiierte Lebensstilveränderungen wurden durch die beschriebenen, teilweise ungeeigneten Methoden evaluiert und zeigten somit zusätzliche Probleme einer suffizienten Interventionsbewertung.

4.3.4 Dysfunktionalität initiiertes Veränderung als Handlungsbarriere der partial aktionalen Handlungsphase

Fehlerhafte Ernährung / Essverhalten und mangelnde körperliche Aktivität der Kinder und Familien wurden, wie im Kapitel 4.3.2 (S. 79) erläutert, nicht als mögliche Ursachen der eigenen Familie beschrieben. Es zeigten sich jedoch, verglichen mit den initiierten und geplanten Interventionen der Eltern, mögliche Einschränkungen, welche auf eine Dysfunktionalität in beiden Bereichen hinweisen könnte. Zhou et al. (2013 in Wabitsch et al., 2015) beschrieben einen nachhaltigen Erfolg zur Prävention von *Ad* durch Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung sowie durch Schulung der Eltern. Das Rollenpotenzial der Eltern in der Gewichtsentwicklung ihres Kindes und in Bezug auf den Erfolg von Interventionen ist bekannt (Lindsay et al., 2006; Summerbell et al., 2012). Verbesserungswürdige Interventionen in der eigenen Familie sind weiter relevante, zu erkennende Handlungsbarrieren.

Ähnlich wie im vorherigen Kapitel diskutiert, konnte in der partial aktionalen Handlungsphase ein aufgrund der aktuellen kindlichen Gewichtssituation nicht ausreichendes oder zielführendes Vorgehen bestehen. Die folgenden Abschnitte erläutern die als Handlungsbarrieren eingeschätzten möglicherweise dysfunktionalen Handlungen der befragten Eltern (vgl. Abschnitt 3.3.4.4, S. 56; Tabelle 19, S. 57). Welchen Erfolg die beschriebenen Maßnahmen hatten, konnte im Rahmen dieser Studie nicht belegt werden, außer die Eltern sprachen dies explizit an. Dies erschwerte die Aussagen über eine mögliche Dysfunktionalität des Vorgehens der Eltern. Insgesamt könnten einige der von den Eltern angesprochenen Maßnahmen ein dysfunktionales Vorgehen darstellen und aufgrund dessen nicht zum gewünschten Handlungserfolg führen.

4.3.4.1 Dysfunktionalität in der elterlichen Informationssuche

Von den Eltern wurde wiederholt eine frustrane bzw. wenig Gewinn bringende Informationssuche im Internet berichtet. Meist wurden die gefundenen Inhalte als bereits bekannt beschrieben. Ein Problem hierbei könnten die Möglichkeiten der

Eltern darstellen, aus den gefundenen Quellen die informationstragenden, für sie relevanten, zu selektieren. In Anbetracht der elterlichen Aussagen könnte ebenso zu vermuten sein, dass ihre Suchen sehr oberflächlich stattfanden um an die von ihnen gewünschten, spezielleren Informationen zu gelangen.

In der Literatur wurde von den Eltern eine Informationsvermittlung durch Erzieher, Pädiater und Politiker bei selbst gering eingeschätztem Wissen zur Ernährung und einem gesunden Lebensstil erwartet und zugleich eine eigene Informationssuche nicht berichtet (Mazarello Paes et al., 2015). Wie in der vorliegenden Studie nannten auch Warschburger et al. (2015) Handlungsbarrieren der Eltern durch bereits vorhandenes und von ihnen als ausreichend empfundenes Wissen. Von einigen dieser Eltern wurde ebenso ein fehlendes Grundlagenwissen benannt, einer Wissensvermittlung durch Erzieher standen sie allerdings kritisch gegenüber (Warschburger et al., 2015).

Die in der vorliegenden Studie geschilderten Erfahrungen in der Informationssuche zu kindlichem *ÜG / Ad* waren in der beschriebenen Literatur nur teilweise zu finden. Eine mangelnde Einsicht zur Notwendigkeit von weiterführendem Wissen zu *ÜG / Ad*, dessen Prävention und Intervention zeigte sich als belegbare Handlungsbarriere der Eltern. Ein weiterer Informationsbedarf wurde nur durch wenige Eltern beschrieben. Mögliche Barrieren schienen initial gefundene, sich wiederholende Informationen zu sein, welche dem Bedarf an weiterführendem Wissen und der weiteren Suche entgegenwirken können.

Als eine Möglichkeit Eltern niederschwellig Informationen zu den Themen Gewichtsentwicklung im Kindesalter, Übergewicht und gesunde Lebensweise zukommen zu lassen, böten sich ausgewählte Internetseiten an, welche ihnen beispielsweise in Form von Informationsmaterial beim Kinderarzt, Gesundheitsamt oder Jugendamt zur Verfügung gestellt werden könnten. Nach ihren Angaben traten sie mit diesen Leistungserbringern bereits in Kontakt. Zudem könnte eine kommunale Website mit zusammengefassten und weiterführenden Informationen wertvoll sein.

In Anbetracht der Probleme der Informationsbeschaffung über elektronische Medien, könnte der Informationsaustausch im persönlichen Gespräch mit anderen Müttern und wechselnden Experten von Bedeutung sein. Solch ein

mütterlicher Gesprächskreis kann sich unter entsprechender Moderation speziell den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen annehmen und den modernen Medien im Informationsgewinn weit überlegen sein. Der Themenumfang derartiger Kreise ist nach oben offen.

4.3.4.2 Alleinige Gewichtsbeobachtung bzw. dessen dysfunktionale Kontrollen als ggf. nicht ausreichende elterliche Intervention

In den Elternaussagen der vorliegenden Studie wurde häufig eine „Beobachtung und Kontrolle“ des kindlichen Körpergewichts und der Ernährung als Prävention und Intervention beschrieben. Dies könnte sich verglichen mit der Barriere „Zufriedenheit mit bereits bestehendem, nicht ausreichenden Vorgehen / Plan“ (S. 50) negativ auswirken, sobald sie als alleinige Maßnahme ohne weitere Ursachensuche durchgeführt wurde. Laut Leitlinien der AGA könne eine Beobachtung und ein Halten des kindlichen Gewichts im Vorschulalter sinnvoll sein und werde gemeinsam mit schrittweiser Lebensstiländerung empfohlen, solange keine Begleiterkrankungen vorlägen (Wabitsch et al., 2015). Die Diagnostik möglicher Komorbiditäten sollte, wie in Kapitel (1.2.2, S. 4) dargestellt, bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren erfolgen. Aufgrund der meist positiven Familienanamnese der Studienteilnehmer, sollte diese Diagnostik sowie eine ärztliche Beratung aller Familien mit kindlichem BMI > 90. Perzentile erfolgt sein. Berichtet wurde hierzu in den Interviews kaum. Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben könnte eine, wie von Eltern der vorliegenden Studie bereits initiierte, alleinige Beobachtung und Kontrolle des kindlichen Gewichts ohne weiterführende Suche nach reversiblen Ursachen und modifizierten, geeigneten Interventionen, eine Handlungsbarriere darstellen. Weiter könnte sich eine Gewichtskontrolle mit den von den Eltern beschriebenen Methoden (vgl. Abschnitt 3.3.2.3, S. 43) zusätzlich als hinderlich darstellen.

4.3.4.3 Dysfunktionale Kommunikation in der Arzt-Eltern-Beziehung

Insgesamt wurde einer geringeren Anzahl der Eltern gegenüber ein erhöhtes Körpergewicht des Kindes durch Kinder- oder Hausarzt thematisiert und besprochen als nach den Leitlinien der AGA (Wabitsch et al., 2015) und dem kindlichen Gewicht (vgl. Kapitel 3.1, S. 28) zu erwarten war (vgl. Abschnitt 3.3.2.1, S. 36). Alle interviewten Kinder wiesen einen BMI > 90. Perzentile auf.

Hiernach wäre es dem Arzt empfohlen, ein beratendes Gespräch mit den Eltern zu suchen (vgl. Wabitsch und Kunze, 2012, 2014; Wabitsch et al., 2015). Viele Eltern beschrieben eine erste Thematisierung mit ausführlicher Beratung zum kindlichen ÜG durch den Arzt als wünschenswert und hilfreich. Es ergab sich hieraus die Hypothese einer dysfunktionalen Arzt-Patienten/Eltern-Beziehung bzw. -Kommunikation. Im Hinblick auf die elterlichen Aussagen war es auf der einen Seite möglich, dass manche Ärzte das ÜG des Kindes nicht als solches thematisierten oder vor den Eltern nicht explizit als Problem und Risiko herausstellten. Auf der anderen Seite bestand die Möglichkeit, dass Eltern eine Thematisierung nicht als bedeutend wahrnahmen oder diese nach dem Gespräch aufgrund beispielsweise mangelnder Relevanz vergaßen bzw. nicht annahmen (vgl. Dawson et al., 2014; Syrad et al., 2015). Die eingeschränkte Thematisierung könnte auch durch zeitliche und finanzielle Aspekte der Praxisführung hervorgerufen werden.

Welche konkrete Ursache der von den Eltern als fehlende Thematisierung und Beratung zur Handlung empfundenen Arzt-Eltern-Interaktion zu Grunde lag, konnte mit den Daten der vorliegenden Studie nicht gezeigt werden. Es ließ sich ein fehlendes Erreichen der Eltern durch die Ärzte erkennen. Die genannten Hypothesen stellen mögliche Ansatzpunkte weiterer Studien dar.

4.3.5 Dysfunktionalität elterlich initiiertes Handeln durch Einschränkungen zum Schutz des Kindes

Eltern sind in ihrer Rolle als Erziehungsberechtigte für das Wohlergehen ihres Kindes verantwortlich. In den Aussagen der befragten Eltern der untersuchten Kohorte wurden Einschränkungen in deren Handlungen sichtbar. Sie führten die geplanten, teils empfohlenen Maßnahmen nicht vollständig oder nicht mit der benötigten Intensität durch. Dies warf die Hypothese auf, dass die Eltern zum Schutz des eigenen Kindes ihre Präventions- und Interventionsmaßnahmen nicht konsequent und suffizient ausführten. Wie in der vorliegenden Studie wurde von den Befragten der Studie von Eli et al. (2014) ebenfalls vermieden das Gewicht in Gegenwart des Kindes anzusprechen, außer es wurde von ihm selbst thematisiert (vgl. Abschnitt 3.3.4.5, S. 60). Es hieß dort, das Kind habe kein Körperbild bezogen auf das Gewicht. Es schien eine Angst vor Schädigung des

Selbstbewusstseins vorzuherrschen. Unterhaltungen über das Gewicht mit anderen wurden als unnötig erachtet, wenn Gewicht „kein Thema“ war (Eli et al., 2014). Die norwegischen Teilnehmer einer qualitativen Studie hatten ebenso bedenken, das kindliche Gewicht in Gegenwart des Kindes mit dem Arzt zu besprechen. Sie befürchteten hieraus eine Verminderung des Selbstwertgefühls und die Entwicklung von Essstörungen (Toftemo et al., 2013). Ähnliche Vermutungen äußerten auch die befragten deutschen Elternteile. Insgesamt schienen sich die befragten Eltern durch das berichtete Verhalten in ihrem Denken und ihren Maßnahmen einzuschränken. Teilweise wurde von ihnen gefordert, das Thema Gewicht beim Arzt in Gegenwart des Kindes nicht anzusprechen. Sie führten zwar beispielsweise Maßnahmen in Bezug auf Ernährung durch, aber ohne das Kind über ihre Motivation hierzu zu informieren. Die Elternaussagen dieser Studie sowie der Literatur lassen Einschränkungen der Eltern in ihrem Präventions- und Interventionsverhalten erkennen. Diese stellen mögliche Handlungsbarrieren dar, indem Eltern sich, zur Wahrung der psychischen und physischen Gesundheit des Kindes, in ihrer Vorbild- und Elternrolle sowie in den initiierten Handlungen einschränken.

4.3.6 Erwartungen zur Thematisierung kindlichen Übergewichts sowie Problemlösung durch Dritte

Besonders im Vorschulalter kommt in der Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* den Eltern eine bedeutende Rolle zu (Wabitsch et al., 2015). In den Elterninterviews wurde die Verantwortung zur Initiierung und Durchführung der Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Kindesalter angesprochen. In diesem Zusammenhang wurden häufig andere Personen oder Einrichtungen als die Eltern selbst genannt, wie beispielsweise Arzt und *Kiga / Kita*. Es bestand ein Wunsch zur Problemlösung durch Dritte (vgl. Abschnitt 3.3.4.1, S. 52). Mazarello Paes et al. (2015) unterstützen diese Hypothese und beschrieben ebenfalls den Wunsch nach Wissen um Ernährung und der Verbesserung kindlicher Essgewohnheiten durch Dritte. Einige Eltern der vorliegenden Studie berichteten eine überwiegende Übernahme der Ernährung durch die *Kita*. Einerseits wird bei einer ausgewogenen Ernährung von Seiten des *Kiga / der Kita* das Kind gesund ernährt, seine Essgewohnheiten überwacht und der Süßigkeitenkonsum

kontrolliert. Vor allem bei überwiegendem Aufenthalt des Kindes in der Einrichtung und ggf. suboptimalen familiären Essgewohnheiten erscheint dies als sinnvolle Maßnahme. Andererseits bleiben den Erziehern möglicherweise weniger familiäre Eindrücke und Beratungsmöglichkeiten hinsichtlich gesunder Ernährung und ein Erreichen der Eltern. Durch Delegation der Aufgabe zur Intervention, könnten Eltern unangenehme Aufgaben abgenommen werden, mit denen sie sich nicht auseinandersetzen müssten. Dies könnte eine Handlungsbarriere darstellen, da sie die problemlösende Handlung von anderen verlangten, selbst aber nicht oder nicht viel in Aktion treten würden. Zudem könnte es sich nachteilig auswirken, dass eine ungünstige Verhaltens- oder Lebensweise seitens der Eltern möglicherweise nicht angesprochen oder Veränderungen initiiert werden, weil sich das Kind den Großteil des Tages in der *Kita* aufhält und dort versorgt wird. Die Leitlinien der AGA beinhalten unter dem Begriff „Modelling“ Empfehlungen an Erzieher und Eltern. Es werden konsensbasierte Präventionsmaßnahmen zur Vermittlung einer gesunden Ernährung und Bewegungsförderung empfohlen, welche überdies die eigene Kompetenz des Kindes schulen sollen. Die Vorbildrolle von Eltern und Erziehern sei eine „wesentliche Determinante des Interventionserfolgs“ (Wabitsch et al., 2015, S. 102) (Summerbell et al., 2012; Wabitsch et al., 2015).

Die von den Eltern sehr positiv geschilderten Erfahrungen mit *Kita* und *Kiga* stellen wichtige Ressourcen dar. Die Erzieher dieser Einrichtungen können, da sie täglich mit den betroffenen Kindern arbeiten, einen erheblichen Einfluss auf diese und auf ihre Familien ausüben. Da Eltern nach eigenen Aussagen und wie in der Literatur beschrieben eine Auseinandersetzung der Erzieher mit den Themen Ernährung und körperliche Aktivität erwarten, böte ein Zugang zu den Eltern über diesen Weg eine Möglichkeit der Informationsvermittlung.

Die befragten Eltern äußerten Wünsche der Thematisierung eines erhöhten kindlichen Körpergewichts sowie weitere Beratung und Handlungsempfehlungen durch den Arzt als ihren präferierten Ansprechpartner. Toftemo et al. (2013) bestätigten diese Wünsche der Eltern. Es verlangten bisher sowohl Eltern von Ärzten, das Thema *Ad* anzusprechen, als auch die Ärzte dies von den Eltern, es sei insgesamt ein sensibles Thema (Jones et al., 2014). Ein fehlendes

Ansprechen kindlichen *ÜG / Ad* durch den Arzt könnte eine Handlungsbarriere im Rahmen eines dysfunktionalen Vorgehens der Eltern darstellen, indem sie auf eine Thematisierung eines erhöhten Gewichts durch den Arzt warteten ohne dies aus eigener Motivation heraus anzusprechen oder Interventionen zu initiieren. In der Literatur wurde hierzu beschrieben, das Stadium der Verhaltensänderung der Eltern sei davon abhängig, ob der Arzt das Gewicht ihres Kindes als ein gesundheitliches Problem beschrieb (Rhee et al., 2005) oder Handlungsempfehlungen besprach (Rhee et al., 2014).

Insgesamt klangen in den Aussagen der Eltern Wünsche nach einer primären Identifikation und Diagnose durch den Arzt mit anschließender Beratung und Unterbreitung von Vorschlägen zur Problemlösung bzw. Therapie an. Dies könnte für Eltern eine Erleichterung und Abnahme von Verantwortung in der Informations-, Ursachensuche und Planung möglicher Handlungsansätze darstellen. In Anbetracht der Ergebnisse zur „Wahrnehmung von kindlichem Gewicht“ (S. 36) ist es durchaus sinnvoll, Ärzte als Hauptansprechpartner zu sehen. Diese sollten Eltern auf Gewichtsveränderungen und eintretendes *ÜG* ihres Kindes hinweisen, da sie, wie im Kapitel 4.2 (S. 67) beschrieben, ggf. nicht in der Lage sind dieses selbst als solches wahrzunehmen und zu bewerten. Vor allem Haus- oder Kinderärzte treten mit Eltern z. B. im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in Kontakt und haben dort die Gelegenheit eine Gewichtseinschätzung vorzunehmen und zu thematisieren. Sie sollten ebenfalls Diagnostik und Therapie nach aktuellen Leitlinienempfehlungen initiieren. Der Arzt stellt einen wertvollen, fachlich kompetenten Ansprechpartner für offene Fragen der Eltern dar. Dies könnte die von den Eltern geschilderten Probleme der Informationssuche und –selektion positiv beeinflussen.

4.3.7 Barrieren der familiären Umgebungsbedingungen

Das, die Familien mit einem übergewichtigen Kind umgebende, Umfeld hat Einfluss auf Denken und Verhalten der Eltern und Kinder (vgl. Binkin et al., 2013). Durch dieses Umfeld könnten sich Handlungsbarrieren der Inanspruchnahme von Präventions- und Interventionsangeboten zeigen. Diese könnten sowohl durch eine fehlende / nicht ausreichende Infrastruktur sowie Bewegungsräume für Kinder als auch durch die Wohnsituation der Familie bedingt sein (vgl.

Abschnitt 3.3.4.6, S. 61). Eltern der vorliegenden Studie nannten Einschränkungen bezogen auf ihre Wohnsituation im Mehrfamilienhaus. Viele berichteten von genutzten Spielplätzen. Barrieren in deren Entfernung und Erreichbarkeit konnten allerdings in dieser Studie nicht nachvollzogen werden. Schüle et al. (2016) zeigten in einer münchener Einschulungskohorte, ein höheres Risiko für ÜG bei in Mehrfamilienhäusern lebenden Kindern als in anderen Häusern mit beispielsweise eigenem Garten. Die Verfügbarkeiten von Parkanlagen und altersentsprechenden Spielplätzen allein seien nicht mit ÜG assoziiert, könnten aber Unterschiede verschiedener Wohngegenden erklären (Schüle et al., 2016). Herrington und Brussoni (2015) zeigten eine erhöhte Aktivität der Kinder auf Spielplätzen mit natürlichen Elementen wie Bäumen, Wasser, Steinen. So scheint die Art des Spielplatzes und dessen Lage z. B. in weniger dicht besiedelten Wohngegenden mit angrenzenden Wäldern eine Determinante des Ausmaßes körperlicher Aktivität der Kinder darzustellen. Die Wohnsituation könnte durch diese verschiedenen Determinanten einen negativen Einfluss auf das kindliche Gewicht haben.

Die befragten Eltern der vorliegenden Studie berichteten im Zusammenhang mit Bewegungsräumen der Kinder von einem ausreichenden Kurs- und Sportangebot. Allerdings verneinten einige von ihnen im Interviewverlauf eine bisherige Angebotssuche oder beschrieben fehlendes Wissen zu aktuellen Angeboten der Stadt. Verglichen mit den Ergebnissen zur Einschätzung der körperlichen Aktivität durch die Eltern (vgl. Abschnitt 4.3.2.5, S. 86) kann eine fehlerhafte Einschätzung eines „ausreichenden“ Bewegungsangebotes durch Eltern, welche sich hiermit nach eigenen Angaben nicht hinreichend auseinandergesetzt haben, an dieser Stelle nicht ausgeschlossen werden.

Die heutige Zeit ist von einer permanenten Präsenz von Nahrung durch flächendeckende Angebote und Werbung in den Medien geprägt. Eine weitere Handlungsbarriere könnte hiernach die Beeinflussung der Kinder durch diese Medien mit negativer Wirkung auf die präventiven / interventionellen Maßnahmen der Eltern sein. Die von den befragten Eltern angesprochene Verfügbarkeit von Nahrung und Präsenz „ungesunder“ Lebensmittel lässt sich in der heutigen Gesellschaft kaum beeinflussen. Ebenso verhält es sich mit Werbung für Kinder

in den Medien und Supermärkten. Gemäß den Präventionsempfehlungen sollte der Kontakt von v.a. Kleinkindern zu Lebensmittelwerbung minimiert werden (Wabitsch et al., 2015). Die Kieler Adipositas-Präventionsstudie zeigte einen signifikanten Zusammenhang von Umweltfaktoren, v.a. Nahrungsangebot, und jungem *BMI* (Lange et al., 2011). Ein Review von Boyland und Whalen (2015) fasst die negativen Auswirkungen der steigenden Medienwerbung überwiegend energiedichterer Lebensmittel auf den Nahrungsmittelkonsum von Kindern zusammen. Ebenso berichten Mazarello Paes et al. (2015) den zusätzlich zum häuslichen Umfeld bestehenden Umwelteinfluss von Gesellschaft, Medien und sozialen Strukturen.

In den Umgebungsbedingungen der Familien hat auch die soziale Schicht, als einer der Hauptrisikofaktoren für *ÜG / Ad* im Kindesalter (vgl. Kapitel 1.2.1, S. 3), eine Bedeutung. Die Eltern berichteten Barrieren durch fehlende Zeit und finanzielle Ressourcen in sozial schwächeren Familien. Die Kieler Adipositas-Präventionsstudie zeigte, dass Kinder und Jugendliche aus niedrigen sozialen Schichten auch mit individuellem Interventionsansatz nicht erreicht werden konnten und ein häufigeres Auftreten von *ÜG* zeigten (Plachta-Danielzik et al., 2011). Hohes Lebensmittelangebot und hohe Verkehrsdichte wirkten weiter begünstigend für *ÜG* (Lange et al., 2010). Diese Familien seien häufiger in Wohngebieten mit einer geringeren Dichte an Parkanlagen und anderen Bewegungsräumen für Kinder wohnhaft (Lindsay et al., 2006). Somit stellt bei Betrachtung des Lebensumfeldes übergewichtiger Kinder ebenso der soziale Status eine bedeutsame Determinante dar.

Die beschriebenen möglichen Barrieren in Umwelt und Umfeld können bezüglich Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* Handlungsbarrieren befragter Eltern darstellen. Sowohl Wohnsituation, -gegend und soziale Schicht, als auch Gestaltung verwendeter Spielplätze können die körperliche Aktivität von Kindern beeinflussen. Die geographische Lage zu Lebensmitteldienstleistern und Aussetzen der Kinder gegenüber Lebensmittelwerbung haben weitere negative Einflüsse auf ihre Nahrungsmittelwahl und -aufnahme.

Von den befragten Eltern wurde eine gute Erreichbarkeit von Leistungserbringern und kurze Fahrstrecken als Ressource für deren Inanspruchnahme genannt. Als

beeinflussbare Barrieren könnten hiernach die geographische Verteilung von Informations- und Interventionsangeboten der Leistungserbringer und Anbindung an kommunale Verkehrsnetze zur besseren Erreichbarkeit überprüft und erweitert werden. Eine ausreichende Flächendeckung von möglichen Bewegungsräumen der Kinder und Familien innerhalb der Kommune, vor allem für jene in dicht besiedelten Wohngebieten wirkte weiter als bedeutungsvoll.

4.3.8 Struktur des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren

Das erstellte Modell dient der Darstellung möglicher kognitiver Handlungsbarrieren bezüglich Prävention und Intervention kindlichen ÜG / Ad der im Rahmen dieser Studie befragten Eltern (vgl. Abbildung 8, S. 63; Kapitel 3.4, S. 62). Die Anordnung der Handlungsbarrieren der Kategorienanalyse wurde anhand der motivationalen Stufen sowie der auftretenden Beziehung zwischen diesen Barrieren festgelegt. Das Element „Problembewusstsein“ spiegelt, mit seinen drei Barrieren, die Bewusstseinsbildung und Entscheidungsfindung der Eltern wieder. Aus diesem Grund wurde es auf Höhe der präkontemplativen, kontemplativen und prädeziptionalen Stufen angeordnet. Eine Abgrenzung zu den darunter abgebildeten Handlungsbarrieren im Modell erfolgte durch die Zuordnung der jeweiligen motivationalen Stufen. Diese Ebene der Bewusstseinsbildung für das Problem des kindlichen ÜG / Ad beinhaltet die Abwägung des elterlichen Handlungswunsches zur Verhaltensänderung und Eintritt in die aktionale Phase (vgl. Kapitel 2.8, S. 24; Tabelle 4, S. 25).

Den Elementen des Phasenmodells lassen sich die Elternaussagen zu möglichen Barrieren der eigenen Handlung und Inanspruchnahme von Interventionsleistungen sowie vermuteten Barrieren anderer Eltern übergewichtiger Kinder thematisch zuordnen. Im Modellentwurf ist es Eltern möglich, sich für verschiedene Maßnahmen bzw. Verhaltensänderungen in unterschiedlichen Phasen des Modells zu befinden. Eltern könnten sich beispielsweise durch ihr Ernährungsverhalten in einer aktionalen Phase befinden und in Bezug auf Sport und Bewegung aus verschiedenen Gründen noch in einer präaktionalen.

Dieses Modell (vgl. Abbildung 8, S. 63) stellt einen hypothesengenerierenden Entwurf dar, welche motivationalen Stufen von Eltern auf ihrem Weg zum

Ergreifen und Durchführen von präventiven bzw. interventionellen Maßnahmen im Hinblick auf kindliches *ÜG / Ad* durchlaufen werden und welche kognitiven Handlungsbarrieren sich dort jeweils zeigen könnten. Es zeigt eine Augenblickaufnahme zum Zeitpunkt der Studierhebung und ist nicht als aktives Modell zu sehen, das die Teilnehmer während der Datenerhebung tatsächlich durchlaufen haben.

4.4 Diskussion der Methodik und Limitationen

Im Folgenden werden die Einschränkungen und Besonderheiten in Bezug auf die Methodik dieser Studie dargestellt.

4.4.1 Stichprobe, Rekrutierung und Interview

Während der Rekrutierung und Durchführung der Einzelinterviews zeigten sich die folgenden Besonderheiten und möglichen Einschränkungen methodischen Vorgehens.

Diese Studie zeichnet sich durch die breite Aufstellung der Stichprobe und Variation der Studienteilnehmer aus. Durch die Rekrutierung während der Einschulungsuntersuchung wurden Eltern übergewichtiger Kinder aller drei Risikogruppen, mit und ohne elterlichem *ÜG / Ad*, aus verschiedenen sozialen Schichten und Wohngebieten einer Großstadt mit unterschiedlichem Haushaltseinkommen sowie mit und ohne Migrationshintergrund erreicht. In vergangenen Studien wurden diese Risikogruppen häufig einzeln oder in unselektierten Stichproben untersucht. In der vorliegenden Studie wurden sowohl Mütter als auch Väter eingeschlossen und befragt. Da die Rekrutierung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung stattfand und nicht wie häufig beschrieben an Kliniken oder innerhalb von Interventionsprogrammen, schließt diese Studie auch Familien ein, die noch keine Leistungen in Anspruch genommen haben und möglicherweise andere Motivationslagen aufzeigen als Familien, die in anderen (z. B. Behandlungs-) Settings rekrutiert werden.

Eine Rekrutierung von Teilnehmern mit geringem monatlichen Haushaltseinkommen bereitete Schwierigkeiten. Eltern niedriger Einkommensschichten waren insgesamt telefonisch schwer zu erreichen und lehnten häufiger als Teilnehmer anderer Risikogruppen bei telefonischer

Kontaktaufnahme ihre Teilnahme ab. Die meisten Eltern der untersuchten Stichprobe wiesen einen $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ auf. Diese hohe Zahl übergewichtiger und adipöser Elternteile in der zur Verfügung stehenden Kohorte erschwerte während der telefonischen Rekrutierung die Balancierung mit normalgewichtigen Elternteilen ($BMI < 25 \text{ kg/m}^2$). Hieraus folgte eine Verteilung der Risikofaktoren der Stichprobe, welche die Ergebnisse beeinflusst haben könnte. Es sind allerdings Vertreter aller Risikogruppen in die Analyse eingeschlossen, sodass eine hinreichende Heterogenität der Merkmale im Hinblick auf die gewünschte Teilnehmergruppe gegeben ist (vgl. Kapitel 2.2.2, S. 13).

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte weitestgehend zwischen neun und 18 Uhr. Damit ist ein Selektionsbias mit überwiegender Zahl von nicht oder nicht Vollzeit berufstätigen Teilnehmern möglich. Aus den Aussagen der befragten Eltern ging hervor, dass sowohl Vollzeit arbeitenden Eltern, als auch Eltern, welche temporär unbeschäftigt waren eingeschlossen wurden.

Die Interviewführung wurde dadurch erschwert, dass viele der Eltern kein Bewusstsein für das vorliegende Gewichtsproblem ihres Kindes zu haben schienen. Sie schilderten Großteils die Wahrnehmung eines „normalen“ Körpergewichts bei ihrem Kind, welches bei der Einschulungsuntersuchung ärztlich validiert als übergewichtig identifiziert wurde. Zudem bewerteten sie häufig ein erhöhtes Gewicht nicht als ein Problem im aktuellen Alter ihres Kindes. Diese Umstände erschwerten die Interviewführung, welche darauf ausgelegt war, Gespräche mit Eltern übergewichtiger Kinder zu führen, die sich dessen bewusst sind. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde nicht antizipiert, dass die befragten Eltern die Gewichtssituation nicht kennen bzw. das Gewicht nicht als erhöht beschreiben könnten, da sie zuvor im Rahmen der Einschulungsuntersuchung Informationen zur Gewichtssituation erhalten würden. Nach der Durchführung der ersten Interviews wurde daraufhin im Forschungsteam das weitere Vorgehen diskutiert und festgelegt. Sobald Eltern zu Beginn eines Interviews ein normales Körpergewicht des Kindes beschreiben, sollten weitere kritische Fragen in Bezug auf das Körpergewicht und mögliche Barrieren in der dritten Person gestellt werden. Folgende Beispielformulierungen veranschaulichen das Vorgehen: „Wenn Sie sich jetzt mal vorstellen, wenn das

Problem [übergewichtiges Kind] auftritt...“, „...wenn das Problem größer geworden wäre...“, „Was denken Sie denn bei Eltern, die das Problem haben...“. Hierdurch sollte es ermöglicht werden weitere Informationen zu erhalten ohne die Befragten wiederholt mit der Diagnose zu konfrontieren und um Abwehrreaktionen sowie frühzeitige Beendigung des Gesprächs zu vermeiden. Oft beschrieben diese Eltern bereitwillig und unter Einbringung vieler Ideen die mutmaßlichen Gedanken und Probleme anderer Eltern. Sie berichteten hierbei auch die eigenen unter Suggestion eines übergewichtigen Kindes oder bekannten sich im Laufe des Interviews zu einem Kind höheren Körpergewichts, wenn auch meist nicht zum Übergewicht. Einerseits ermöglichte diese Herangehensweise eine Annäherung an das sensible Thema des kindlichen *ÜG* und Erlangen von Aussagen der Eltern zum eigenen Kind. Andererseits könnten Aussagen über andere Eltern und Kinder die Ergebnisse im Sinne von berichteten allgemeinen Vorurteilen statt eigenen Erfahrungen beeinflussen.

Die Definitionen von *ÜG* und *Ad*, welche dieser Studie zu Grunde liegen und nach denen der Einschluss der teilnehmenden Familien in die Studie entschieden wurde, entsprechen den Leitlinien der *AGA* von 2014 (Wabitsch und Kunze, 2014) (vgl. Kapitel 1.1 „Definitionen“, S. 1). Hierfür wurden die *BMI*-Perzentilen von 2001 (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) verwendet. Trotz neuer *BMI*-Perzentilen der *KiGGS*-Studie aus 2007 (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007) ist laut Leitlinien der *AGA* die Anwendung der älteren *BMI*-Perzentilen weiterhin zur Definition von *ÜG* / *Ad* bei Kindern sinnvoll. Nach den neueren Perzentilen der *KiGGS*-Kohorte würden aufgrund eines höheren durchschnittlichen Gewichts der Kinder, im Sinne der eingetretenen „Übergewichtsepidemie“, weniger Kinder als übergewichtig identifiziert als nach den alten Daten. (Wabitsch et al., 2015).

4.4.2 Die Analyse

Für die Analyse der Interviewtranskripte wurde die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010c) gewählt. Sie dient der systematischen, theoriegeleiteten Bearbeitung, vor allem großer Textmengen, im Gegensatz z. B. zur Grounded Theory (vgl. z. B. Glaser und Strauss, 2010), welche die Analyse bereits in die Kategorien- und Theoriebildung einbezieht. In der vorliegenden Studie war das Ziel aus den Aussagen der Eltern subjektive

Sichtweisen und inhaltliche Themen zur Gewinnung eines thematischen Überblicks zu extrahieren. Hierfür schien die verwendete Methodik die geeignetste.

Als Kritikpunkte qualitativer Forschung werden häufig die subjektiven Faktoren der Kodierenden auf die Analyse der Daten angeführt. In Kapitel 2.6 „Erstellung des Kategoriensystems“ (S. 20) ist der Vorgang der durchgeführten zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010c) im Detail dargestellt. Wie in den Gütekriterien der *COREQ*-Checkliste (Tong et al., 2007) empfohlen, wurde die Inhaltsanalyse des gesamten Materials durch zwei unabhängige Kodierende durchgeführt mit wiederkehrenden diskursiven Validierungen im Team zu zweit und im gesamten Forschungsteam. In der Phase der Bildung des Kategoriensystems wurden sogar bis zu vier Kodierende parallel eingesetzt. Dieses Vorgehen und das große Forschungsteam dienten der Erhöhung der Objektivität und Qualität von Analyse und Ergebnissen. Nach Kuckartz dient dieses „prozedurale Vorgehen“ dazu, „Nicht-Übereinstimmung durch Diskussion und Entscheidung im Forschungsteam zu minimieren“ (Kuckartz, 2012b, S. 49). Eine Berechnung der Übereinstimmung durch Koeffizienten der Inter-Rater-Übereinstimmung wie in der klassischen Inhaltsanalyse sei in der qualitativen Inhaltsanalyse oft nicht möglich (Kuckartz, 2012b). Stattdessen fanden die in Kapitel 2.4 (S. 18) beschriebenen Gütekriterien Anwendung. Der angewendete Prozess des konsensualen Kodierens dient der Verbesserung der Qualität des Kodierens und der Zuverlässigkeit der Kodierungen (Kuckartz, 2012a). Die Ergebnisse der Analyseschritte des Zweierteams wurden regelmäßig im gesamten Team diskutiert und im abteilungsinternen Forschungskolloquium der Klinik sowie in der Forschungswerkstatt des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin vorgestellt. Das beschriebene Vorgehen ergab eine weitere Objektivierung der Ergebnisse.

Im Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren wurde für die Erstellung der motivationalen Stufen die Kombination zweier bestehender Modelle zur Verhaltensänderung verwendet. Die Kombination des Rubikon-Modells (Heckhausen und Gollwitzer, 1987) mit dem *TTM* (Prochaska und DiClemente, 1982) stellte eine für das vorliegende Datenmaterial passende Gliederung dar.

Die gewählten Stufen überschneiden sich teils, bieten aber hierdurch eine, dem Interviewmaterial entsprechende, differenziertere Aufteilung. Die Verwendung nur eines der beiden Modelle schien bei Strukturierung der Inhalte der ersten Kategorie nicht passend. Im Rubikon-Modell werden die Phasen prädezisionale (Abwägen) und präaktion (planen) beschrieben bevor ein Handeln stattfindet. Präaktion beschreibt ähnlich wie die Phase „preparation“ des *TTM* eine beabsichtigte Verhaltensänderung in naher Zukunft. Die Handlungsphasen hiervor, vor dem Entschluss zur Handlung, wurden aus den Stadien des *TTM* („precontemplation“ und „contemplation“) und der prädezisionalen Phase des Rubikon-Modells zusammengesetzt. Erstere teilen die Verhaltensänderung, wie von den befragten Eltern beschrieben, in unbeabsichtigt und in den nächsten sechs Monaten beabsichtigt, aber noch nicht handlungsbereit, auf. In der prädezisionalen Phase wurde die Realisierbarkeit des Zieles eingeschätzt, ein Ziel gefasst und mit dem Wunsch zur Realisierung die nächste Handlungsphase erreicht. Die prädezisionale Phase und das Stadium der „contemplation“ sind durchaus inhaltlich vergleichbar, aber, wie in Kapitel 2.8 (S. 24) beschrieben, nicht gleich definiert, sodass sie im Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren als getrennte Stufen existieren. Da dieses Vorgehen der Strukturierung des Interviewmaterials diente und nicht dem Festlegen der motivationalen Stufen einzelner Eltern sowie dem Vergleich mit weiteren Studien zu Stadien der Verhaltensänderung, war diese Kombination der Modelle für den Zweck dieser Analyse zielführend.

4.4.3 Diskussion der Gütekriterien

Dieser Studie wurden verschiedene Qualitätskriterien zur Beurteilung ihrer Güte zu Grunde gelegt (vgl. Kapitel 2.4, S. 18). Die Empfehlungen der *COREQ*-Checkliste wurden berücksichtigt. Lediglich die Punkte „Transcripts returned“ (die Transkripte den Teilnehmern zur Korrektur zuschicken) und „Participant checking“ (die Ergebnisse durch die Teilnehmer beurteilen lassen) wurden nicht bedient. In Anbetracht des fehlenden Problembewusstseins fast aller Teilnehmer und zur Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität durch nicht Versenden der Interviewtranskripte und Ergebnisse wurde auf diese Punkte verzichtet. Weiter ist dieses Vorgehen laut Tong et al. (2007) primär bei

Forschungsansätzen ohne Audioaufzeichnung und Transkription unter alleiniger Anfertigung von Notizen empfohlen. In der vorliegenden Studie kann von einer vollständigen Erfassung der Interviews ausgegangen werden. Die Teilnehmer können Rückmeldung über die Forschungsergebnisse über das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart erhalten und über die bei der Studienleitung hinterlegten Kontaktdaten. Die weiteren im Kapitel 2.4 (S. 18) erwähnten Gütekriterien überschneiden sich Großteils mit denen der *COREQ*-Checkliste.

4.4.4 Weitere mögliche Limitationen und Stärken

Eine weitere mögliche Limitation dieser Studie könnte das querschnittliche Studiendesign darstellen. Die Aussagen der Eltern wurden erfasst und das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren daraus entwickelt in welches diese eingeordnet wurden. In weiteren längsschnittlichen Forschungsarbeiten sollte daher eine Validierung des Modells erfolgen. So könnte eine Dynamik in diesem Modell eingeschätzt und mehr Informationen über mögliche Kombinationen von Handlungsbarrieren gewonnen werden sowie deren positiver prädiktiver Wert für die tatsächliche Veränderung überprüft werden.

4.5 Zusammenfassung, Schlussfolgerung und Ausblick

Übergewicht (*ÜG*) und Adipositas (*Ad*) stellen weiterhin relevante Probleme auch im frühen Kindesalter dar. Sie führen nicht nur bereits dort zu ersten Erscheinungen von Folgeerkrankungen und Einschränkungen im täglichen Leben, sondern erhöhen maßgeblich das Risiko von *Ad* und Komorbiditäten im Schul- sowie einer erhöhten Mortalität im Erwachsenenalter. Eine frühe Identifizierung und Intervention bzw. eine frühe Prävention verlangt eine hohe Priorität im Vorschulalter.

In Anbetracht der defizitären Studienlage effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen sind deren Erforschung sowie die Identifizierung von Risikofaktoren bzw. bestehendem *ÜG / Ad* im Kindesalter bedeutsame Ziele.

In der vorliegenden Studie veranschaulichen die Handlungsbarrieren des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren die Zentralität des Problembewusstseins und der drei beeinflussenden Dimensionen. Zu ihnen zählen die elterliche Wahrnehmung des kindlichen Gewichts und dessen Bewertung mit Hilfe von Vergleichsnorm und Problemgewichtung. Sie ist ein bedeutsamer Bestandteil der Bewusstseinsentwicklung für das Problem kindlichen *ÜG / Ad*. In Studien mit Gruppen ähnlich der untersuchten Stichprobe wurde ebenso eine fehlerhafte elterliche Gewichts- und Risikowahrnehmung bezüglich des eigenen Kindes beschrieben. Für dieses Kind scheint besonders im Vorschulalter ein adäquates Risikobewusstsein für *ÜG / Ad* zu fehlen.

Aus dem „Hintergrund“ bzw. den allgemeinen Lebensumständen der Eltern, ging der Informationsstand zu kindlichem Gewicht / *ÜG*, als bedeutsames Element, vor allem in der Gewichtsbeurteilung, hervor. Eltern schienen die Grundzüge einer gesunden Lebensweise und Prävention von *ÜG / Ad* zu kennen. Fehlernährung und Bewegungsmangel wurden wiederholt als die Hauptursachen für *ÜG / Ad* im Kindesalter und allgemein als mögliche Handlungsansätze von ihnen identifiziert. Eine Übertragung dieser auf die Situation der eigenen Familie war ihnen in der vorliegenden Studie überwiegend weder im Hinblick auf mögliche Ursachen noch auf initiierte Prävention und Intervention möglich. Als Ursachen für *ÜG / Ad* des eigenen Kindes wurden durch die Eltern häufig Körpergröße, Genetik und weitere durch sie wenig beeinflussbare Faktoren

identifiziert. Diese Hypothesen zu möglichen Ursachen von *ÜG / Ad* stellten sich durchaus als dysfunktionale Barrieren mit Potenzial zur Veränderung des Problembewusstseins dar. Verglichen mit der Literatur sind fehlerhafte Ernährung / Essverhalten und überschätzte körperliche Aktivität des Kindes Hauptursachen für *ÜG / Ad*. Diese könnten in den befragten Familien dieser Studie durchaus bisher unerkannte Ursachen darstellen. Zum Informationsstand, der Wahrnehmung und Vergleichsnorm der Eltern wurde weiterhin fehlendes Wissen um die Definition von *ÜG / Ad* sowie die Verwendung und Beurteilung der Perzentilkurven und aus medizinischer Sicht geeigneter Messmethoden dargestellt. Die befragten Eltern verwendeten statt Perzentilen und gemessenen Körpergewichts subjektive, visuelle Verfahren als Maßstab ihrer Gewichtsbeurteilung. Diese führen nach aktueller Studienlage meist nicht zur korrekten Einschätzung kindlichen Gewichts. Die Aufklärung der Eltern in diesem Bereich und Entwicklung geeigneter, vergleichbarer Schulungs- und Messmethoden stellen Determinanten der Prävention und Intervention von *ÜG / Ad* dar. Eine Verbesserung der Versorgung durch Aufklärung in dieser Hinsicht könnte eine größere Akzeptanz notwendiger Veränderungen durch die Eltern ermöglichen.

Auch nach Erkennung des Problems kindlichen *ÜG* durch die Eltern zeigte sich bei geplanter und teils durchgeführter Handlung eine Reihe weiterer möglicher Handlungsbarrieren. Zu ihnen zählte die Einschätzung der Relevanz und Priorisierung des Risikos kindlichen *ÜG / Ad* durch die Eltern und der darauffolgenden Notwendigkeit einer Intervention. Zudem stellten sie ein erhöhtes kindliches Körpergewicht im Alter von vier bis fünf Jahren als nicht risikobehaftetes Problem dar. Das Vertrauen in die Effektivität eigener Maßnahmen der Eltern bezüglich der Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad*, vor allem hinsichtlich Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder, kann als eine Hauptbarriere der Eltern fungieren. Durch bereits geplante bzw. initiierte Maßnahmen könnte die Reevaluation und Veränderung bestehender Handlungen sowie die Annahme weiterer Leistungen und Informationen erschwert sein. Dysfunktionales Vorgehen oder zu starke Fokussierung auf einzelne Ursachen und Interventionen könnte Eltern in der Wahl der

Interventionsmaßnahmen und Leistungserbringer weiter einschränken. Einzelne initiierte Handlungen können durch nicht vollständige oder korrekte Umsetzung das Erreichen des angestrebten Zieles der Gewichtsreduktion bzw. -normalisierung des Kindes verhindern. Durch initiierte Interventionen zur gesunden Ernährung und ausreichenden körperlichen Aktivität des Kindes, berichteten die Eltern einen fehlenden weiteren Interventionsbedarf. Sie beschrieben zudem häufig eine frustrierende, oft oberflächliche Informationssuche. Ein von ihnen als gut eingeschätzter, teilweise defizitärer, Wissensstand wurde durch wiederholte, ihnen bereits bekannte Informationen als ausreichend bestätigt. Angebote spezifischer Informationsquellen mit weiterführenden Inhalten sowie Hilfe bei der Bewertung dieser Informationen könnte eine zielführende Unterstützung der Eltern darstellen. Die Beurteilung tatsächlicher Dysfunktionalität durchgeführter elterlicher Handlungen bedarf aufgrund mangelnder Beurteilbarkeit im qualitativen, querschnittlichen Forschungsdesign der vorliegenden Studie und allgemein mangelnder Datenlage zur Interventionssituation der Familien im Vorschulalter weiterer Forschung.

Die familiären Umgebungsbedingungen können eine korrekte, umfangreiche Intervention bezüglich kindlichen *ÜG / Ad* störend beeinflussen. Wohnsituation und Lebensumstände können negative Einflüsse auf das kindliche Gewicht ausüben. Die Exposition der Kinder kann aber durch die Eltern maßgeblich beeinflusst werden.

Ein Wunsch nach Unterstützung durch Dritte könnte Eltern in ihrem Verhalten bezüglich Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* in allen Phasen der Verhaltensänderung einschränken. Dieser wurde von den befragten Eltern, vor allem bezogen auf Ärzte und Erzieher, häufig geäußert. Trotzdem wurde von vielen der Eltern ebenfalls die elterliche Schlüsselrolle bezüglich Prävention und Intervention von *ÜG / Ad* im Kindesalter hervorgehoben. Die Literatur beschreibt eine hohe Effektivität durch Modelllernen der Kinder am Vorbild der Eltern, denen diese Vorbildrolle bewusstgemacht werden sollte. Aus den Interviews ging zusätzlich ein positiver Einfluss von vor allem Ärzten und Erziehern auf das Denken und Handeln der Eltern hervor. Dieser könnte als Ressource dienen. Zur Gewährleistung einer fachlich qualifizierten Unterstützung könnte es bedeutsam

sein, ebenfalls den Leistungserbringern im ärztlichen und erzieherischen Bereich verwendbare Informationen zur Verfügung zu stellen und ihre Rolle im System der Prävention und Intervention von *ÜG / Ad* im Kindesalter zu bekräftigen.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie gingen Barrieren auf Ebene der Arzt-Eltern-Kommunikation hervor. Die Eltern berichteten oft ein nicht als übergewichtig wahrgenommenes erhöhtes kindliches Gewicht und fast ausschließlich eine fehlende Thematisierung dessen durch den behandelnden Arzt. Dies könnte eine bedeutsame Handlungsbarriere durch die primären medizinischen Anlaufstellen darstellen. Aufgrund der eingeschränkten elterlichen Wahrnehmung des kindlichen Gewichts ist eine Identifikation kindlicher Gewichtserhöhung durch Eltern und Ärzte gleichermaßen anzustreben. Der Haus- bzw. Kinderarzt befindet sich in einer Schlüsselrolle der Identifizierung von *ÜG / Ad* und der Begleitung und Betreuung der Familien. Die Prävention und frühe Diagnose von Folgeerkrankungen sind von besonderer Bedeutung. Der Arzt ist durch empfohlene, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in der Lage, den Gesundheitszustand des Kindes zu beobachten und Interventionen zu initiieren. Es sollte eine Thematisierung des vorliegenden kindlichen Gewichtsproblems und Beratung der Eltern angestrebt werden sowie eine leitliniengerechte weiterführende Diagnostik, Prävention und Therapie. Ärztliche Gespräche über die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und mögliche Verhaltensstrategien könnten zu einer höheren Bereitschaft zur Verhaltensänderung der Eltern führen.

Die beschriebenen kognitiven Handlungsbarrieren könnten das Denken, die Entscheidung und die Handlung, welche zur Gewichtsnormalisierung eines übergewichtigen Kindes erforderlich sind, negativ beeinflussen. Die Komplexität des Modells und die Vielzahl unterschiedlicher Barrieren lassen erkennen, dass eine Einordnung von Eltern in dieses Modell und ein direkt daraus resultierender Interventionsansatz schwierig ist. Dies zeigt auch, dass jede Familie einen spezifischen, individuellen Interventionsansatz benötigt. Das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren kann ein Werkzeug zur Einordnung der Eltern in ihren motivationalen Stufen und Identifizierung ihrer Handlungsbarrieren darstellen. Auf dieser Grundlage können weitere einzubindende

Leistungserbringer und Interventionen gewählt werden. Hierzu entwickelt die Arbeitsgruppe, in der diese Studie erstellt wurde, aktuell ein Fragebogeninstrument zur Erfassung der motivationalen Stufen von Eltern von *ÜG / Ad* betroffenen Kindern (Junne et al., 2016b).

Unter Berücksichtigung der Aussagen der Eltern dieser Studie, dargestellt durch das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren, erscheint sowohl ein verhältnispräventiver als auch ein verhaltenspräventiver Ansatz zur Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* sinnvoll. In Ersterem könnte ein gesundes Umfeld für die Familien geschaffen und diese in ihrem Denken und Handeln unterstützt werden, statt als Barriere zu fungieren. In Zweitem könnten Maßnahmen auf die individuelle Familie abgestimmt werden. Hierzu könnten von Seiten der behandelnden Ärzte zunächst allgemeine Interventionen und Informationen zählen. In einem weiteren Schritt könnten die motivationalen Stufen dieser Familie mit ihren Barrieren eingeschätzt und unter Supervision des Arztes gezielt nach einem individuellen Interventionskonzept gesucht werden. Nach Diagnose der motivationalen Stufe (Phase der Verhaltensänderung) (vgl. Junne et al., 2016b) könnten zur Bewirkung einer Verhaltensänderung z. B. gezielt Informationen und Maßnahmen vom Arzt gegeben und initiiert werden.

Das Ziel dieser Studie war es, einen Beitrag zur Identifizierung elterlicher Handlungsbarrieren der Prävention und Intervention von *ÜG / Ad*, vor allem bei Vorschulkindern in Deutschland, zu leisten und einige Hypothesen aufzustellen, die einer weiteren (quantitativen) Forschung bedürfen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht ebenso in der Anwendung, Reevaluation und ggf. Ergänzung des Phasenmodells kognitiver Handlungsbarrieren zur Einschätzung der motivationalen Stufen der Eltern und Identifikation von Barrieren in der Praxis und im längsschnittlichen Studiendesign. Anhand dieser Einschätzung könnten spezifische Interventionen abgestimmt auf die jeweilige motivationale Stufe und vorhandener / möglicher Barrieren erfolgen.

„so wie ich jetzt auch sage, ich mache alles richtig. Aber vielleicht haben wir grobe Fehler drin. Ja, also ... Und das ist das, was ich meine mit der Supervision, vielleicht dass man einfach mal ... Vielleicht sieht man es gar nicht, weil man einfach betriebsblind wird“ (IMut14)

5 Zusammenfassung

Übergewicht (*ÜG*) und Adipositas (*Ad*) stellen bis heute ein globales Gesundheitsproblem dar. Die Folgen sind sowohl gesundheitlich als auch sozio-ökonomisch weitreichend. Bereits im Vorschulalter übergewichtige oder adipöse Kinder haben ein hohes Risiko für den Fortbestand bis ins Erwachsenenalter. Ebenso sind die Entwicklung von Folgeerkrankungen und die Mortalität erhöht. Aufgrund der hohen Prävalenz übergewichtiger und adipöser Kinder in Deutschland ist die frühe Prävention und Intervention, mit Fokus auf dem Vorschulalter, von hoher Priorität. Eltern spielen eine einflussreiche Rolle sowohl in der Prävention als auch in der Therapie. Aufgrund dessen ist die Identifizierung elterlicher Barrieren zu Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* (Handlungsbarrieren) von großer Bedeutung.

In der vorliegenden Studie wurden Interviewaussagen von Eltern übergewichtiger und adipöser Vorschulkinder zu potenziellen Barrieren der Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad* in Deutschland analysiert und diese Einschätzungen der Eltern in einem Modellvorschlag strukturiert basierend auf theoretischem Bezugsrahmen zusammengefasst.

Die Teilnehmer dieser qualitativen Studie wurden während der Einschulungsuntersuchung des Stuttgarter Gesundheitsamtes rekrutiert. Es wurden 16 semi-strukturierte, telefonische Einzelinterviews mit Eltern übergewichtiger und adipöser Vorschulkinder (> 90. *BMI*-Perzentile) geführt und ausgewertet. Der Interviewleitfaden wurde nach dem SPSS-System nach Helfferich entwickelt. Aus den Interviewtranskripten wurde nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ein Kategoriensystem erstellt und ein Modellvorschlag aus der inhaltlichen Analyse der Kategorien konzipiert.

Das Ergebnis ist das Phasenmodell kognitiver Handlungsbarrieren. Die identifizierten Handlungsbarrieren der Eltern wurden in drei Ebenen im Modell untereinander angeordnet: „Hintergrund“, „Problembewusstsein“ und weitere „Handlungsbarrieren“. Ein fehlendes Problembewusstsein stellt die Kernbarriere und zentrale Ebene des Modells dar. Hierzu zählen eine oft fehlerhafte Wahrnehmung des kindlichen Gewichts und / oder eine fehlende

Risikowahrnehmung. Trotz Diagnose von *ÜG / Ad* anhand der *BMI*-Perzentilen im Gesundheitsamt und deren Kommunikation an die Eltern, verneinten fast alle Befragten ein *ÜG* ihres Kindes. Diese Kernbarriere könnte eine nötige Verhaltensänderung der Eltern und damit auch der Kinder verhindern.

Neben dieser konnten weitere Handlungsbarrieren identifiziert werden. Die Eltern berichteten einen subjektiv hohen Informationsstand bezüglich möglicher Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad*. Im Verlaufe der Interviews zeigten sich im Kontrast dazu Defizite in der Definition, Messung und Bewertung kindlichen *ÜG / Ad* sowie in der Informationssuche. Weiter beschrieben die Eltern teils dysfunktionale, von ihnen wenig beeinflussbare Ursachen des kindlichen Gewichts. Neben der fehlerhaften Gewichtswahrnehmung stellten Fehleinschätzungen der Ernährung und der körperlichen Aktivität weitere mögliche Barrieren dar. Die Eltern nannten diese als Hauptursachen kindlichen *ÜG / Ad* und erkannten *ÜG / Ad* als Problem und Risiko. Beides konnten sie allerdings nicht auf die eigene Familie und die aktuelle Situation des Vorschulalters übertragen.

Als weitere Handlungsbarrieren wurden bereits initiierte, teils dysfunktionale Handlungen dieser Eltern identifiziert, die ein Erreichen des Zieles der kindlichen Gewichtsnormalisierung erschwerten und zu verhindern schienen. Es zeigte sich, dass vorhandene Pläne und bereits durchgeführte Maßnahmen eine weitere Informations-, Ursachen- und Ansprechpartnersuche negativ beeinflussten.

Haus- und Kinderärzte nehmen als niederschwellige Anlaufstellen der Eltern eine Schlüsselrolle ein. Sie wurden von den Eltern als bedeutende Anlaufstelle beschrieben. Die Ärzte schienen die Eltern allerdings häufig bezüglich der kindlichen Gewichtssituation nicht zu erreichen bzw. das Übergewicht ihnen gegenüber nicht als solches zu thematisieren.

Die im Modell dargestellten identifizierten Barrieren könnten als Grundlage für die Entwicklung individueller Intervention verwendet werden. Auf Basis dieses Modells könnten die motivationalen Stufen und mögliche Handlungsbarrieren der Eltern übergewichtiger Kinder eingeschätzt werden. Vor allem im Vorschulalter besteht weiterhin Forschungsbedarf in den Bereichen der Prävention und Intervention kindlichen *ÜG / Ad*.

6 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A. and Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In Heckhausen, J. and Heckhausen, H. (Eds.), *Motivation und Handeln* (pp. 309-335): Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Andersen, R. and Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only-Online-only. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Andersen, R. M. (1968). *Families' use of health services: a behavioral model of predisposing, enabling, and need components*. (6902884 Ph.D.), Purdue University, Ann Arbor.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Babitsch, B., Gohl, D. and von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*, 9, Doc11. doi:10.3205/psm000089
- Bergmann, E., Ellert, U., Eis, D., Gaber, E., Hagen, C., Helm, D., Hintzpeter, B., Horch, K., Kahl, H., Knopf, H., Lampert, T. and Langen, U. (2009). *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?id=253>
- Binkin, N., Spinelli, A., Baglio, G. and Lamberti, A. (2013). What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 23(5), 410-416. doi:10.1016/j.numecd.2011.09.006
- Blüher, S., Meigen, C., Gausche, R., Keller, E., Pfäffle, R., Sabin, M., Werther, G., Odeh, R. and Kiess, W. (2011). Age-specific stabilization in obesity prevalence in German children: a cross-sectional study from 1999 to 2008. *Int J Pediatr Obes*, 6(2-2), e199-206. doi:10.3109/17477166.2010.526305
- Boyland, E. J. and Whalen, R. (2015). Food advertising to children and its effects on diet: review of recent prevalence and impact data. *Pediatr Diabetes*, 16(5), 331-337. doi:10.1111/pedi.12278
- Brettschneider, A. K., Schaffrath Rosario, A., Kuhnert, R., Schmidt, S., Wiegand, S., Ellert, U. and Kurth, B. M. (2015). Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports. *BMC Public Health*, 15(1), 1101. doi:10.1186/s12889-015-2467-x
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2010). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitsförderung konkret*, 13.
- Campbell, M., Benton, J. M. and Werk, L. N. (2011). Parent perceptions to promote a healthier lifestyle for their obese child. *Soc Work Health Care*, 50(10), 787-800. doi:10.1080/00981389.2011.597316
- Cason-Wilkerson, R., Goldberg, S., Albright, K., Allison, M. and Haemer, M. (2015). Factors influencing healthy lifestyle changes: a qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Child Obes*, 11(2), 170-176. doi:10.1089/chi.2014.0147
- Corder, K., Crespo, N. C., van Sluijs, E. M., Lopez, N. V. and Elder, J. P. (2012). Parent awareness of young children's physical activity. *Prev Med*, 55(3), 201-205. doi:10.1016/j.ypmed.2012.06.021
- Danford, C. A., Schultz, C. M., Rosenblum, K., Miller, A. L. and Lumeng, J. C. (2015). Perceptions of low-income mothers about the causes and ways to prevent overweight in children. *Child Care Health Dev*, 41(6), 865-872. doi:10.1111/cch.12256

- Dawson, A. M., Taylor, R. W., Williams, S. M., Taylor, B. J. and Brown, D. A. (2014). Do parents recall and understand children's weight status information after BMI screening? A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(7), e004481. doi:10.1136/bmjopen-2013-004481
- Decker, S., Eehalt, S., Schank, I., Stuber, F., Martin Benito, S., Giel, K., Teufel, M., Zipfel, S. and Junne, F. (2015). *Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine qualitative Studie mit Eltern von betroffenen Kindern*. Postervortrag zum 3. Tag der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung in Tübingen – Vorstellung aktueller Studien, Tübingen.
- Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A. and Nowicka, P. (2014). "A little on the heavy side": a qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights. *BMJ Open*, 4(12), e006609. doi:10.1136/bmjopen-2014-006609
- Flick, U. (2011a). Gütekriterien qualitativer Forschung *Qualitative Sozialforschung : eine Einführung* (Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 4. Aufl., Originalausg. ed., pp. 487-510). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2011b). Qualität in der qualitativen Forschung - jenseits von Kriterien *Qualitative Sozialforschung : eine Einführung* (Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 4. Aufl., Originalausg. ed., pp. 511-530). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2011c). Qualitative Sozialforschung - Aktualität, Geschichte, Kennzeichen *Qualitative Sozialforschung : eine Einführung* (Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 4. Aufl., Originalausg. ed., pp. 22-38). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E. and Steinke, I. (2007). *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R. and Ward, A. M. (2012). Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4759. doi:10.1136/bmj.e4759
- Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (Paul, A. T. and Kaufmann, S., Trans.): Verlag Hans Huber.
- Graf, C., Koch, B., Dordel, S., Coburger, S., Christ, H., Lehmacher, W., Platen, P., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W. and Predel, H.-G. (2003). Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe. *Dtsch Arztebl*, 100(47), 3110-3114.
- Guest, G., Bunce, A. and Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. doi:10.1177/1525822x05279903
- Heckhausen, H. and Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11(2), 101-120. doi:10.1007/bf00992338
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. and Weinert, F. E. (1987). *Jenseits des Rubikon : der Wille in den Humanwissenschaften*: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Helfferich, C. (2009). Interviewplanung und Intervieworganisation *Die Qualität qualitativer Daten : Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3., überarb. Aufl. ed., pp. 167-193). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hernandez, R. G., Cheng, T. L. and Serwint, J. R. (2010). Parents' healthy weight perceptions and preferences regarding obesity counseling in preschoolers: pediatricians matter. *Clin Pediatr (Phila)*, 49(8), 790-798. doi:10.1177/0009922810368288
- Hernandez, R. G., Marcell, A. V., Garcia, J., Amankwah, E. K. and Cheng, T. L. (2015). Predictors of favorable growth patterns during the obesity epidemic among US

- school children. *Clin Pediatr (Phila)*, 54(5), 458-468. doi:10.1177/0009922815570579
- Hernandez, R. G., Thompson, D. A., Cheng, T. L. and Serwint, J. R. (2012). Early-childhood obesity: how do low-income parents of preschoolers rank known risk factors? *Clin Pediatr (Phila)*, 51(7), 663-670. doi:10.1177/0009922812440841
- Herrington, S. and Brussoni, M. (2015). Beyond Physical Activity: The Importance of Play and Nature-Based Play Spaces for Children's Health and Development. *Curr Obes Rep*, 4(4), 477-483. doi:10.1007/s13679-015-0179-2
- Jain, A., Sherman, S. N., Chamberlin, L. A., Carter, Y., Powers, S. W. and Whitaker, R. C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 107(5), 1138-1146.
- Jones, K. M., Dixon, M. E. and Dixon, J. B. (2014). GPs, families and children's perceptions of childhood obesity. *Obes Res Clin Pract*, 8(2), e140-148. doi:10.1016/j.orcp.2013.02.001
- Junne, F., Kaplik, E., Erschens, R., Enzensberger, R., Fischer, C., Ziser, K., Giel, K. E., Teufel, M., Tropp, H.-O., Zipfel, S. and Eehalt, S. (2016a). Problembewusstsein bei Eltern von Vorschulkindern mit Übergewicht oder Adipositas - Inanspruchnahme von Informationsquellen, Beratungs- und Behandlungsleistungen. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 10, 136–142.
- Junne, F., Ziser, K., Mander, J., Martus, P., Denzer, C., Reinehr, T., Wabitsch, M., Wiegand, S., Renner, T., Giel, K. E., Teufel, M., Zipfel, S. and Eehalt, S. (2016b). Development and psychometric validation of the 'Parent Perspective University of Rhode Island Change Assessment-Short' (PURICA-S) Questionnaire for the application in parents of children with overweight and obesity. *BMJ Open*, 6(11), e012711. doi:10.1136/bmjopen-2016-012711
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung - Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(2), 35-38. doi:10.1026/0943-8149.12.2.35
- Kleiser, C., Schaffrath Rosario, A., Mensink, G. B., Prinz-Langenohl, R. and Kurth, B. M. (2009). Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study. *BMC Public Health*, 9, 46. doi:10.1186/1471-2458-9-46
- Konnopka, A., Dobroschke, A., Lehnert, T. and König, H.-H. (2017). Die Kosten von Übergewicht und Adipositas in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. [The Costs of Overweight and Obesity: a Systematic Review]. *Das Gesundheitswesen(EFirst)*. doi:10.1055/s-0043-104692
- Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Roma-Giannikou, E. and Manios, Y. (2009). Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: the GENESIS study. *Public Health*, 123(11), 738-742. doi:10.1016/j.puhe.2009.10.005
- Kromeyer-Hauschild, K., Moss, A. and Wabitsch, M. (2015). Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 9(3), 123-127.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H. U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. and Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807-818. doi:10.1007/s001120170107

- Kruse, J. (2014). Qualitative Leitfadeninterviews: die Entwicklung von Interviewleitfäden *Qualitative Interviewforschung : ein integrativer Ansatz* (pp. 213-240). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012a). Drei Basismethoden qualitativer Inhaltsanalyse *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (pp. 72-131). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012b). Grundlagen und Ablauf qualitativer Inhaltsanalysen *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (pp. 40-71). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012c). Gütekriterien, Forschungsbericht und Dokumentation *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (pp. 165-173). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012d). Qualitative Daten auswerten - aber wie? *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (pp. 13-25). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012e). *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012f). Von der klassischen zur qualitativen Inhaltsanalyse *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (pp. 26-39). Weinheim; Basel: Beltz Juventa.
- Kurth, B. M. and Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 736-743. doi:10.1007/s00103-007-0235-5
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., Zubrick, S. R. and Davis, E. A. (2008). Parents' concern about their children's weight. *Int J Pediatr Obes*, 3(2), 84-92. doi:10.1080/17477160701832552
- Lange, D., Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B. and Müller, M. J. (2010). Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(7), 707-715. doi:10.1007/s00103-010-1081-4
- Lange, D., Wahrendorf, M., Siegrist, J., Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B. and Müller, M. J. (2011). Associations between neighbourhood characteristics, body mass index and health-related behaviours of adolescents in the Kiel Obesity Prevention Study: a multilevel analysis. *Eur J Clin Nutr*, 65(6), 711-719.
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Kim, J. and Gortmaker, S. (2006). The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child*, 16(1), 169-186.
- Lobstein, T. and Jackson-Leach, R. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *Int J Pediatr Obes*, 1(1), 33-41.
- Lührmann, P., Schweter, A., Dohnke, B. and Bruxmeier, L.-M. (2012). Kindliches Körpergewicht in der elterlichen Wahrnehmung. *AID Ernährung im Fokus*(3), 78.
- Lundahl, A., Kidwell, K. M. and Nelson, T. D. (2014). Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(3), e689-703. doi:10.1542/peds.2013-2690
- Manios, Y., Kondaki, K., Kourlaba, G., Vasilopoulou, E. and Grammatikaki, E. (2009). Maternal perceptions of their child's weight status: the GENESIS study. *Public Health Nutr*, 12(08), 1099-1105. doi:10.1017/S1368980008004412
- Mayring, P. (2002). Gütekriterien qualitativer Forschung *Einführung in die qualitative Sozialforschung : eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. ed., pp. 140-148). Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

- Mayring, P. (2010a). Gütekriterien der Inhaltsanalyse *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual. und überarb. Aufl. ed., pp. 116-122). Weinheim; Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010b). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual. und überarb. Aufl. ed.). Weinheim; Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010c). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual. und überarb. Aufl. ed., pp. 48-109). Weinheim; Basel: Beltz Verlag.
- Mazarello Paes, V., Ong, K. K. and Lakshman, R. (2015). Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0-6 years): systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open*, 5(9), e007396. doi:10.1136/bmjopen-2014-007396
- McCordle, B. W. (2015). Cardiovascular consequences of childhood obesity. *Can J Cardiol*, 31(2), 124-130. doi:10.1016/j.cjca.2014.08.017
- Mensink, G. B., Schlack, R., Kurth, B. M. and Hölling, H. (2011). Welche Ansatzpunkte zur Adipositasprävention bietet die KiGGS-Kohorte? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(3), 290-294. doi:10.1007/s00103-010-1219-4
- Merkens, H. (2007). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In Flick, U., von Kardorff, E. and Steinke, I. (Eds.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5. Aufl. ed., pp. 286-299). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mikkelsen, M. V., Husby, S., Skov, L. R. and Perez-Cueto, F. J. A. (2014). A systematic review of types of healthy eating interventions in preschools. *Nutr J*, 13, 56. doi:10.1186/1475-2891-13-56
- Moore, L. C., Harris, C. V. and Bradlyn, A. S. (2012). Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. *Matern Child Health J*, 16(4), 902-908. doi:10.1007/s10995-011-0813-x
- Moss, A., Klenk, J., Simon, K., Thaiss, H., Reinehr, T. and Wabitsch, M. (2012). Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. *Eur J Pediatr*, 171(2), 289-299. doi:10.1007/s00431-011-1531-5
- Mühlig, Y., Wabitsch, M., Moss, A. and Hebebrand, J. (2014). Weight loss in children and adolescents - a systematic review and evaluation of conservative, non-pharmacological obesity treatment programs. *Dtsch Arztebl Int*, 111(48), 818-824. doi:10.3238/arztebl.2014.0818
- Park, M. H., Falconer, C. L., Croker, H., Saxena, S., Kessel, A. S., Viner, R. M. and Kinra, S. (2014). Predictors of health-related behaviour change in parents of overweight children in England. *Prev Med*, 62, 20-24. doi:10.1016/j.ypmed.2014.02.002
- Park, M. H., Falconer, C. L., Saxena, S., Kessel, A. S., Croker, H., Skow, A., Viner, R. M. and Kinra, S. (2013). Perceptions of health risk among parents of overweight children: a cross-sectional study within a cohort. *Prev Med*, 57(1), 55-59. doi:10.1016/j.ypmed.2013.04.002
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Morrison, K., Ciliska, D., Kenny, M., Usman Ali, M. and Raina, P. (2015). Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*, 3(1), E23-E33. doi:10.9778/cmajo.20140053
- Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Langnäse, K. and Müller, M. J. (2011). 15 Jahre Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Ergebnisse sowie deren Einordnung und Bedeutung für die Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54(3), 304-312. doi:10.1007/s00103-010-1229-2
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276.

- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O. and Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am J Health Promot*, 12(1), 38-48. doi:doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- Rhee, K. E., De Lago, C. W., Arscott-Mills, T., Mehta, S. D. and Davis, R. K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*, 116(1), e94-101. doi:10.1542/peds.2004-2479
- Rhee, K. E., McEachern, R. and Jelalian, E. (2014). Parent readiness to change differs for overweight child dietary and physical activity behaviors. *J Acad Nutr Diet*, 114(10), 1601-1610. doi:10.1016/j.jand.2014.04.029
- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J. and van der Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr*, 9(1), 3-22. doi:10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x
- Schenk, L., Neuhauser, H., Ellert, U., Poethko-Müller, C., Kleiser, C. and Mensink, G. (2008). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003-2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. <http://edoc.rki.de/docviews/abstract.php?id=250> urn:nbn:de:0257-1002514
- Schüle, S. A., Fromme, H. and Bolte, G. (2016). Built and socioeconomic neighbourhood environments and overweight in preschool aged children. A multilevel study to disentangle individual and contextual relationships. *Environ Res*, 150, 328-336. doi:10.1016/j.envres.2016.06.024
- Sealy, Y. M. and Farmer, G. L. (2011). Parents' stage of change for diet and physical activity: influence on childhood obesity. *Soc Work Health Care*, 50(4), 274-291. doi:10.1080/00981389.2010.529384
- Shankaran, S., Bann, C., Das, A., Lester, B., Bada, H., Bauer, C. R., La Gasse, L., Higgins, R. D., Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child, H. and Human Development Neonatal Research, N. (2011). Risk for obesity in adolescence starts in early childhood. *J Perinatol*, 31(11), 711-716. doi:10.1038/jp.2011.14
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., van Mechelen, W. and Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev*, 9(5), 474-488. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x
- Steinke, I. (2007). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardorff, E. and Steinke, I. (Eds.), *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (Orig.-Ausg., 5. Aufl. ed., pp. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Summerbell, C. D., Moore, H. J., Vögele, C., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Manios, Y., Douthwaite, W., Nixon, C. A., Gibson, E. L. and group, T.-s. (2012). Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children. *Obes Rev*, 13 Suppl 1, 129-132. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00940.x
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. and Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd001871. doi:10.1002/14651858.CD001871.pub2
- Sylvetsky-Meni, A. C., Gillepsie, S. E., Hardy, T. and Welsh, J. A. (2015). The impact of parents' categorization of their own weight and their child's weight on healthy lifestyle promoting beliefs and practices. *J Obes*, 2015, 307381. doi:10.1155/2015/307381
- Syrad, H., Falconer, C., Cooke, L., Saxena, S., Kessel, A. S., Viner, R., Kinra, S. and Wardle, J. (2015). Health and happiness is more important than weight': a qualitative investigation of the views of parents receiving written feedback on their

- child's weight as part of the National Child Measurement Programme. *J Hum Nutr Diet*, 28(1), 47-55.
- Taveras, E. M., Mitchell, K. and Gortmaker, S. L. (2009). Parental confidence in making overweight-related behavior changes. *Pediatrics*, 124(1), 151-158. doi:10.1542/peds.2008-2892
- Thundiyil, J. G., Christiano-Smith, D., Greenberger, S., Cramm, K., Latimer-Pierson, J. and Modica, R. F. (2010). Trimming the Fat: Identification of Risk Factors Associated With Obesity in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*, 26(10), 709-715. doi:10.1097/PEC.0b013e3181f39879
- Toftemo, I., Glavin, K. and Lagerlov, P. (2013). Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. *Fam Pract*, 30(6), 719-723. doi:10.1093/fampra/cmt056
- Tong, A., Sainsbury, P. and Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., Edwards, L., Rossi, J. S. and Prochaska, J. O. (2003). Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes: Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474. doi:10.2337/diacare.26.5.1468
- Wabitsch, M. and Kunze, D. (2012). S2-Leitlinie für Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). *Version 04.10.2012*, www.a-g-a.de.
- Wabitsch, M. and Kunze, D. (2014). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Version 21.11.2014*, www.a-g-a.de.
- Wabitsch, M., Kunze, D. and (federführend für die AGA). (2015). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter *Version 15.10.2015*, www.a-g-a.de.
- Warschburger, P. (2010). Prävention kindlicher Adipositas: Was beeinflusst die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten? *Public Health Forum*, 18(4), 14.e11-14.e13. doi:10.1016/j.phf.2010.09.006
- Warschburger, P. and Kröller, K. (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, 124(1), e60-68. doi:10.1542/peds.2008-1845
- Warschburger, P. and Kröller, K. (2012). "Childhood overweight and obesity: maternal perceptions of the time for engaging in child weight management". *BMC Public Health*, 12, 295. doi:10.1186/1471-2458-12-295
- Warschburger, P., Kröller, K. and Jahnke, D. (2015). Prävention kindlicher Adipositas: Was verhindert und erleichtert Eltern den Zugang zu Präventionsangeboten? *Gesundheitswesen*, 77 (Suppl. 1), 23-24. doi:10.1055/s-0033-1333713
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., Armstrong, R., Prosser, L. and Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*(12), Cd001871. doi:10.1002/14651858.CD001871.pub3
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. 298.
- World Health Organization. Joint child malnutrition estimates (UNICEF-WHO-WB) - Global and regional trends by WHO Regions, 1990-2015. url: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NUTWHOREGIONS?lang=en> [Zugriff 09.10.2016]

7 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen unter Betreuung von Dr. med. Florian Junne und Prof. Dr. med. Stephan Zipfel durchgeführt.

Konzeption der Studie und die Studienleitung erfolgte durch Dr. med. Florian Junne und Prof. Dr. med. Stefan Eehalt.

Die telefonische Rekrutierung und Interviewführung wurden zum größten Teil durch mich mit Unterstützung von Felicitas Stuber, Sebastian Martin Benito und Dr. med. Florian Junne durchgeführt.

Die Erstellung des Kategoriensystems und Kategorisierung des Gesamtmaterials erfolgte durch mich in Zusammenarbeit mit Irena Schank und unter Diskussion mit den Arbeitsgruppenmitgliedern Felicitas Stuber, Sebastian Martin Benito und Dr. med. Florian Junne.

Die Analyse der einzelnen Kategorien auf ihren Inhalt erfolgte durch mich und wurde Irena Schank und Dr. med. Florian Junne zur Diskussion vorgestellt.

Die Abbildungen 2 bis 8 wurden von mir selbst angefertigt.

Ich versichere, das Manuskript eigenhändig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den

8 Veröffentlichungen

Teile der Dissertation wurden bereits in folgenden Postervorträgen veröffentlicht:

Decker S., Ehehalt S., Schank I., Stuber F., Martin Benito S., Giel K., Teufel M., Zipfel S., Junne F.: Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine qualitative Studie mit Eltern von betroffenen Kindern. Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin. 25.-28.03.2015

Decker S., Ehehalt S., Schank I., Stuber F., Martin Benito S., Giel K., Teufel M., Zipfel S., Junne F.: Barrieren der Prävention und Intervention von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter: Eine qualitative Studie mit Eltern von betroffenen Kindern. 3. Tag der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung in Tübingen – Vorstellung aktueller Studien. 28.09.2015

9 Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei Prof. Dr. med. Stephan Zipfel und seiner Abteilung für die Ermöglichung dieser Arbeit, die herzliche Aufnahme und die vielen wertvollen Einblicke, die ich darüber hinaus in das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gewinnen konnte bedanken.

Insbesondere gilt mein Dank Dr. med. Florian Junne für die Betreuung von der Studienvorbereitung bis zur Fertigstellung des geschriebenen Werkes. Ein herzlicher Dank gilt der Arbeitsgruppe Dr. Florian Junne der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die intensive Evaluation, Diskussion und Kritik der einzelnen Forschungsabschnitte. Vor allem Irena Schank, Felicitas Stuber und Sebastian Martin Benito danke ich für die Unterstützung in Interviewerhebung und -analyse.

Ich danke den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Stuttgart für die Unterstützung während der Teilnehmerrekrutierung. Besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Stefan Eehalt und seinen Kollegen für die herzliche Betreuung und Unterstützung vor Ort sowie die wertvollen Einblicke in die Kindergesundheit bezüglich Übergewicht und Adipositas.

Für diese Studie wurde das methodische Fortbildungsangebot des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen in Anspruch genommen. Für die Fortbildung unseres Forschungsteams und ihre ausführliche methodische Beratung möchte ich mich besonders bei Christine Preiser bedanken.

Ein herzlicher Dank gilt meiner Familie, meinen Freunden und all denen, die mich über die gesamte Zeit hinweg unterstützt haben und jeder auf seine Weise zum Voranschreiten, bis zur Vollendung dieser Arbeit beigetragen hat.

10 Anhang

10.1 Studieninformation und Einwilligungserklärung

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Versorgungsforschung
Baden-Württemberg



Gesundheitsamt Stuttgart

Studie zur Kindergesundheit im Vorschulalter - Einladung zur Teilnahme -

Liebe Eltern,

die Gesundheit Ihres Kindes liegt der Landeshauptstadt Stuttgart sehr am Herzen! Um unsere Angebote auf Ihre Bedürfnisse und die Ihres Kindes hin anpassen zu können, brauchen wir Ihre Hilfe.

Daher bitten wir Sie darum, einen **Fragebogen** auszufüllen, den wir Ihnen bei der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt aushändigen werden. Die Fragen betreffen sowohl Ihre Lebenssituation (z.B. Beruf, Herkunft) als auch die Ihres Kindes (z.B. Bewegungsgewohnheiten, Ernährungsgewohnheiten, Umgang mit Medien). Der **Zeitaufwand** für das Ausfüllen des Fragebogens beträgt **ca. 20 Minuten**.

Alle Antworten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich getrennt von Ihren persönlichen Angaben durch wissenschaftliche Mitarbeiter der Universität Tübingen ausgewertet. Weitere Informationen zum Datenschutz sind auf der Rückseite aufgeführt.

Als **kleines Dankeschön für Ihre Teilnahme** nehmen Sie mit Abgabe des Fragebogens an einer Verlosung teil, bei der z.B. ein Kinderfahrrad, Rollerskates oder eine Saisonkarte für ein Freibad Ihrer Wahl verlost werden.

Im Gegensatz zur gesetzlich vorgeschriebenen Einschulungsuntersuchung ist die Teilnahme an dieser zusätzlichen Befragung freiwillig. Wenn Sie nicht an dieser Befragung teilnehmen oder ihre Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen, entstehen dadurch für Sie keine Nachteile. Bei nachträglichem Widerruf werden Ihre Daten vollständig aus der Studie entfernt und vernichtet.

Bitte beachten Sie, dass die Einschulungsuntersuchung in jedem Fall stattfindet, auch wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten!

Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen! Bitte bringen Sie hierfür die auf der Rückseite stehende Einverständniserklärung unterschrieben zur Einschulungsuntersuchung mit.

Noch Fragen? Diese werden gerne von der Studienleitung beantwortet.

Vielen Dank!

Dr. med. Florian Junne
Studienleitung

Universitätsklinik Tübingen
Oslanderstr. 5
72076 Tübingen

E-Mail: kindergesundheitsstuttgart@med.uni-tuebingen.de
Hotline-Tel: 07071/29-83610 (Mo und Mi 13h - 14h)

PD Dr. med. Stefan Ehehalt
Studienleitung

Leiter der Abteilung Kinder-, Jugend- und
Zahngesundheit, Gesundheitsförderung,
Soziale Dienste
Gesundheitsamt Stuttgart
Bismarckstr. 3
70176 Stuttgart

FRAGEBOGEN CODE:

--	--	--	--	--	--

Informationen zum Datenschutz

Die im Rahmen der Studie zur Kindergesundheit im Vorschulalter erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt. So werden sämtliche Auswertungen ausschließlich pseudonymisiert durchgeführt. D.h. die Studienmitarbeiter können Ihre Angaben im Fragebogen nicht Ihrem Namen oder Ihrer Adresse zuordnen. Dazu wird dieses Blatt, auf dem Sie Ihren Namen und Ihre Adresse angegeben haben, vor der Datenerfassung vom Fragebogen getrennt und im Gesundheitsamt Stuttgart an einem separaten gesicherten Ort für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt. Hier hat nur die Studienleitung Zugang.

Die ausgefüllten Fragebögen werden räumlich getrennt von Ihren Adressdaten im Universitätsklinikum Tübingen, ebenfalls gesichert, für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt. Zugang haben hier nur speziell dafür autorisierte Studienmitarbeiter. Mittels eines Nummerncodes kann Ihr Name später dem Fragebogen wieder zugeordnet werden, etwa um den Fragebogen zu vernichten, falls Sie im Verlauf Ihre Einwilligung zur Studienteilnahme widerrufen wollen, oder um mit Ihnen Kontakt aufzunehmen, falls dies aus Studiengründen wichtig ist und eine Einverständniserklärung Ihrerseits hierfür vorliegt.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die Teilnahme an der Studie zur Kindergesundheit im Vorschulalter ein. Über die Ziele der Studie, den Ablauf und die Datenschutzmaßnahmen wurde ich, wie oben beschrieben, aufgeklärt. Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.

Stuttgart, den _____ Unterschrift (Sorgeberechtigte) _____

Bitte geben Sie nachstehend an, ob die Studienleitung Sie zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktieren darf, falls dies aus Studiengründen wichtig ist. Gründe könnten z.B. sein: Rückfragen zu Ihren Angaben im Fragebogen, die Bitte einen weiteren Fragebogen auszufüllen, oder die Einladung zu einem persönlichen Interview (mit Aufwandsentschädigung). Sie können Ihr Einverständnis zur Kontaktaufnahme jederzeit ohne die Angabe von Gründen und ohne Nachteile rückgängig machen.

Ja, ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden

Falls ja, geben Sie bitte Ihre vollständige Adresse an:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Bitte geben Sie auch dann Ihre Kontaktdaten an, wenn Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden wollen (erfolgt per E-Mail) oder wenn Sie an der Verlosung teilnehmen wollen.

Ja, ich will über die Ergebnisse der Studie informiert werden (bitte E-Mail Adresse oben angeben)

Ja, ich will an der Verlosung teilnehmen (bitte oben vollständige Adresse angeben)

Ihre Kontaktdaten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich für die oben genannten Zwecke verwendet. In keinem Fall werden die Kontaktdaten an Dritte weiter gegeben.

Stuttgart, den _____ Unterschrift (Sorgeberechtigte) _____

10.2 Das Behaviorale Modell nach Andersen

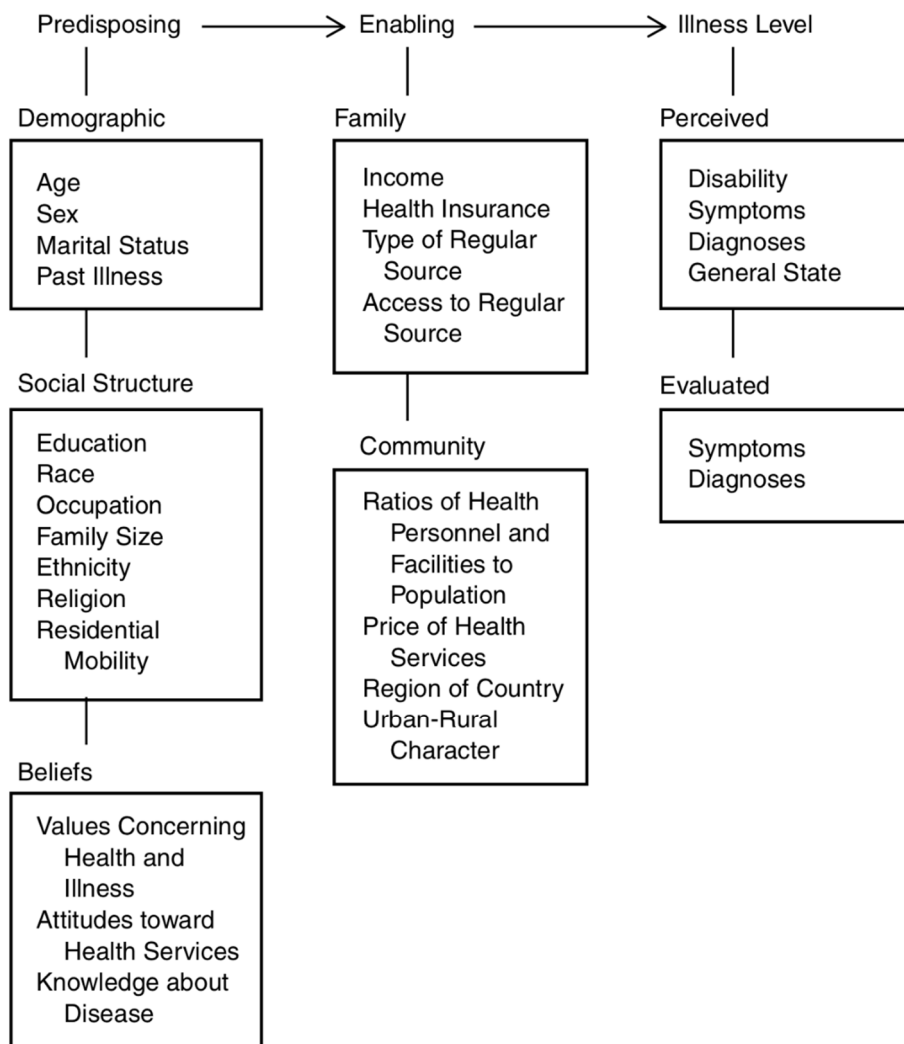


Abbildung 9. „Individual Determinants of Health Service Utilization“. Behaviorales Modell nach Andersen in einer Variante von Andersen und Newman (2005, S. 14).

10.3 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden Eltern von Kindern mit Übergewicht oder Adipositas

Einleitung

- Danke für Ihre Teilnahme an der Studie zur Kindergesundheit im Vorschulalter!
- Sie haben dazu ja schon einen Fragebogen ausgefüllt.
- Nun geht es uns darum, in Form von telefonischen Interviews Sichtweisen, Haltungen, Meinungen, Gedanken zum Thema Gewichtsentwicklung im Vorschulalter herauszufinden.
- Sie wurden zufällig ausgewählt zu diesem Interview. Das Interview dauert etwas mehr als 30-45 Minuten.
- Die Entschädigung dafür beträgt 30 Euro.
- Hätten Sie grundsätzlich Interesse, an diesem Interview teilzunehmen?
- Passt es Ihnen im Moment / Können Sie im Moment in Ruhe sprechen oder möchten Sie einen anderen Termin vereinbaren?

Bei Teilnahme

- Dieses Interview wird auf Tonband aufgezeichnet und verschriftlicht.
- Dabei werden alle persönlichen Informationen, die einen Rückschluss auf Ihre Person erlauben, gelöscht, d.h. Ihre Daten werden vollständig anonym behandelt.
- Es geht wie gesagt um Ihre Meinungen, Sichtweisen und Erfahrungen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Wenn Sie Fragen haben oder etwas nicht ganz verstanden haben, fragen Sie jederzeit nach.

1. Problembewusstsein

Wie schätzen Sie aktuell die Gewichtssituation Ihres Kindes ein?

- Wie schätzen Sie es im Vergleich zu Gleichaltrigen ein?
- Woran messen Sie das?

Was ist Ihre Meinung zu Übergewicht im Kindesalter?

- Glauben Sie Übergewicht verändert das **Selbstwertgefühl** eines Kindes positiv oder negativ?

Wie würden Sie die Sichtweise Ihrer Familie oder Ihrer Kultur auf kindliches Übergewicht beschreiben?

- Denken Sie Ihre Familie / Kultur hat ein anders Bild von Übergewicht im Kindesalter als die allgemeine Bevölkerung? Welches?
- Wie würden Sie Ihren eigenen Informationsstand zu Ernährung und Gewicht beschreiben?
- Haben Sie Informationsbedarf?

2. Rollenpotenzial

Was könnten Sie Ihrer Ansicht nach tun, um Ihrem Kind eine Gewichtsnormalisierung zu ermöglichen?

Sehen Sie sich als Vorbild für Ihr Kind?

- Denken Sie, Sie sind ein Vorbild für Ihr Kind was Bewegung und Ernährungsstil angeht?
- Wären Sie bereit Ihr Verhalten und Ihre Gewohnheiten bezüglich Ernährung (Kochen) und Bewegung zu ändern um Ihrem Kind eine Gewichtsnormalisierung zu ermöglichen?

3. Inanspruchnahmeverhalten von Präventions- und Interventionsmaßnahmen

Haben Sie schon mal Informationen zu kindlichem Übergewicht gesucht?

- Wann ja: Wo wurden Sie fündig?
- Wenn nein: Wenn Sie Information zum Thema Übergewicht bei Kindern benötigen – wo suchen Sie nach Information?
- An wen könnten Sie sich persönlich wenden, um auch praktische Unterstützung/Hilfe zu bekommen?
- Denken Sie, dass das hilfreich für Sie wäre, praktische Hilfe zu haben?
- Mit wem würden Sie sich zu dieser Fragestellung austauschen?

Wenn Sie bisher nicht nach Informationen gesucht haben, was hat Sie davon abgehalten?

Wenn Sie bisher nach Informationen gesucht haben, welche Hürden / Hindernisse gab es?

Wer ist aus Ihrer Sicht der beste Ansprechpartner für Probleme mit Übergewicht bei Kindern in der Gesellschaft bzw. im Gesundheitssystem?

Wo denken Sie bekommen Sie Hilfe im Umgang mit dem Übergewicht Ihres Kindes?

- Welche Art von Hilfe erwarten Sie, wenn Sie danach suchen?

Haben Sie jemals Hilfe im Umgang mit dem Übergewicht Ihres Kindes in Anspruch genommen?

- Wenn nein, warum nicht?
- Wenn ja, bei welcher Stelle haben Sie versucht Hilfe zu bekommen?
- Was wurde Ihnen ggf. an dieser Stelle geraten/empfohlen?
- Welche Lebensbereiche wurden konkret für eine Veränderung in Betracht gezogen?

Haben Sie die ggf. empfohlenen Maßnahmen versucht umzusetzen?

- Wenn ja, welche?
- Wenn ja, mit welchem Erfolg?
- Was hat sich danach alles verändert?
- Gab es konkrete Veränderungen im Verhalten Ihres Kindes? Wenn ja, welche?
- Haben Sie Ihr Verhalten konkret verändert? Wenn ja, wie?
- Gab es sichtbare Erfolge bzgl. Gewicht oder medizinische Werte?
- Wenn Sie keinen Erfolg mit der Maßnahme hatten – woran lag das aus Ihrer Sicht?

Wenn Sie Maßnahmen ergreifen würden, welche wären das?

- Was würde es schwer für Sie machen?

4. Barrieren

Was hat Sie bisher davon abgehalten Information oder Hilfe zu suchen im Bezug auf das Übergewicht Ihres Kindes?

Wenn Sie Hilfe in Anspruch genommen haben, gab es dabei Hindernisse?

- Wie belastend finden Sie und Ihr Kind das Übergewicht?

Wie schwer ist es aus Ihrer Sicht Kontakt mit Hilfestellen aufzunehmen?

Was könnten Gründe sein, warum man nicht mit einer Hilfestelle in Kontakt geht?

- Was würde Sie davon abhalten mit einer Hilfestelle Kontakt aufzunehmen?

Welche anderen Akteure können tun um Übergewicht zu verhindern?

Kennen Sie Schamgefühle bzgl. des Übergewichtes Ihres Kindes?

- Wenn ja, in welchen Situationen?

Welche Angebote wären wichtig?

5. Stigma und soziale Kontakte

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind häufiger traurig/ belastet ist aufgrund des Übergewichtes?

- Zieht Ihr Kind sich aufgrund des Übergewichts zurück? Spielt es zum Bsp. nicht gerne mit anderen Kindern?

Denken Sie, dass Ihr Kind – wenn es übergewichtig bleibt in der Schule und im Beruf schlechtere Chancen hat als andere?

Fakultativer Anhang

6. Prävention

Wie könnte man aus Ihrer Sicht am besten verhindern, dass ein Kind übergewichtig wird?

- Was könnten die Eltern oder der Kindergarten dafür tun Übergewicht zu verhindern?

Was würden Sie allgemein Eltern raten deren Kind an Übergewicht leidet?

Wenn Sie sich etwas wünschen könnten an Angeboten, was es nicht gibt, aber was es unbedingt geben sollt, was fällt Ihnen ein?

Was sollte sich verändern?

10.4 Transkriptionsregeln

amanu Standard

für die Transkription von Interviews
und Gesprächsmitschnitten



Stand 01.07.2014

1. Standardseite

Die im Folgenden aufgeführten Standard-Formatierungen wenden wir für alle Schriftstücke an, soweit Sie keine abweichenden Angaben vorgeben oder Ihre persönlichen Vorlagen zu verwenden sind.

- **Seitenränder:** oben 2,5 cm, rechts 2,5 cm, links 2,5 cm, unten 2 cm.
- **Schriftart:** Arial, Schriftgröße 12 pt, Blocksatz
- **Zeilenabstand:** 1,5-zeilig
- **Sprecherbezeichnung:**
 - **Interviews:** Interviewerin/Interviewer, Befragte/Befragter
Sprecherin/Sprecher (bei nicht direkt Beteiligten)
 - **Konferenzen usw.:** Moderatorin/Moderator, Sprecherin/Sprecher
- **Struktur:** neue Zeile bei Sprecherwechsel
- **Sonstiges:** keine Einzüge
ohne Seitenzahlen
ohne Kopf-/ Fußzeilen o. ä.
Silbentrennung
- **Datei-Format:** als .doc/.docx

amanu GmbH
Lenzhalde 65
70192 Stuttgart

Telefon +49 (0) 711 . 222 19 27
Telefax +49 (0) 711 . 229 33 15
E-Mail service@amanu.de
Internet www.amanu.de

Geschäftsführer
Carsten Mathey, Heiko Griefßer
Amtsgericht Stuttgart HRB 720954
USt-ID-Nr. DE24949348 2

Bankverbindung Sparkasse Pforzheim
BLZ 666 500 85 . Konto 748 95 95
IBAN DE47 6665 0085 0007 4895 95
BIC PZHSDE66XXX



2. Transkriptionsregeln

Allgemeines

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachig oder zusammenfassend.
- Dialekte werden nicht transkribiert, sondern an die Schriftsprache angepasst.
- Die gesprochene Sprache wird leicht geglättet und an die Schriftsprache angepasst.
- Die Interpunktion wird an die Schriftsprache angepasst.

Unverständliche Textteile

- Einzelne unverständliche Wörter werden mit 5 Punkten in Klammern (.....) in roter Schriftfarbe und
- unverständliche Teilsätze, Sätze oder Passagen mit 10 Punkten in Klammern (.....) in roter Schriftfarbe gekennzeichnet.
- Bei allen unverständlichen Textteilen wird zusätzlich die entsprechende Audiomminute in roter Schriftfarbe angegeben: (.....) (hh:mm:ss).

Nicht eindeutig verständlicher, vermuteter Wortlaut

Nicht eindeutig verständliche Wörter und Textteile werden in Klammern mit Fragezeichen geschrieben. Auch hier mit der zusätzlichen Angabe der entsprechenden Audiomminute in roter Schriftfarbe: (den Kram?) (hh:mm:ss).

Nicht eindeutige Schreibweise von Namen

Namen, deren Schreibweise nicht eindeutig ist, werden bei ihrer ersten Erwähnung im Text gelb hinterlegt, z. B. Mathias Maier.

Anonymisierung

Auf Wunsch anonymisierte Namen, Ortschaften, Institutionen werden wie folgt dargestellt: <Name>, <Ort>, <Bank>.

Sprechpausen

Deutliche Sprechpausen werden mit 3 Punkten ... dargestellt.

amanu GmbH
Lenzhalde 65
70192 Stuttgart

Telefon +49 (0) 711 . 222 19 27
Telefax +49 (0) 711 . 229 33 15
E-Mail service@amanu.de
Internet www.amanu.de

Geschäftsführer
Carsten Mathey, Heiko Grießer
Amtsgericht Stuttgart HRB 720954
USt.-ID-Nr. DE24949348 2

Bankverbindung Sparkasse Pforzheim
BLZ 666 500 85 . Konto 748 95 95
IBAN DE47 6665 0085 0007 4895 95
BIC PZHSDE66XXX



Wort- und Satzabbrüche und Wortdopplungen

- Nicht vollendete Sätze und auch von anderen Teilnehmern unterbrochene Sätze werden mit 3 Punkten ... dargestellt.
- Von anderen Teilnehmern unterbrochene, aber nach der Unterbrechung beendete Sätze werden mit > gekennzeichnet.
- Wortdoppelungen, Wort- und Satzabbrüche ohne inhaltliche Relevanz sowie Stottern werden nicht transkribiert.
- Wortdoppelungen werden erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden.

Betonungen und Dehnungen

Deutliche Betonungen und Dehnungen werden durch Unterstreichen des jeweiligen Wortes gekennzeichnet, insbesondere, wenn dies maßgeblich für das korrekte Testverständnis erscheint.

Begleiterscheinungen und Diskurspartikel

- Laute und Begleiterscheinungen wie (lacht laut auf), (räuspert sich) oder (erregt), (verärgert) werden transkribiert, wenn diese den Inhalt maßgeblich beeinflussen.
- Diskurspartikel wie „äh“, „ähm“, „ehem“ werden nicht transkribiert.
- Rezeptionssignale des Interviewers wie „mhm“, „mmh“ werden nicht transkribiert.
- Rezeptionssignale des Befragten wie „mhm“, „mmh“ werden erfasst, wenn diese den Inhalt maßgeblich beeinflussen, und an die Schriftsprache angepasst.

amanu GmbH
Lenzhalde 65
70192 Stuttgart

Telefon +49 (0) 711 . 222 19 27
Telefax +49 (0) 711 . 229 33 15
E-Mail service@amanu.de
Internet www.amanu.de

Geschäftsführer
Carsten Mathey, Heiko Grießer
Amtsgericht Stuttgart HRB 720954
USt-ID-Nr. DE24949348 2

Bankverbindung Sparkasse Pforzheim
BLZ 666 500 85 . Konto 748 95 95
IBAN DE47 6665 0085 0007 4895 95
BIC PZHSDE66XXX



3. Beispieltext Interview

Interviewer: Ich lese das mal vor: Lüftet nicht! Wäscht nicht ab! Macht nicht sauber!

Befragter: (lacht laut auf) Was? Das ist ... also, ich weiß nicht, wer es sagt, aber es stimmt einfach nicht, also >

Interviewerin: Gut zu wissen!

Befragter: > ganz im Gegenteil. Ich bin da also der Typ ... Weil ich gerade in der Küche dann irgendwie, wenn ich Zeit habe, etwas koche, dass ich das auch sauber hinterlasse.

Interviewerin: Schön!

Befragter: Also, ganz im Gegenteil ... (zögerlich) Ich meine ... also, ich räume ... also, wenn es da dreckig ist, mag ich da auch nicht kochen. Ich räume (den Kram?) (00:02:14) sogar weg! Also ... verstehe ich nicht!

Interviewer: Hier steht auch: Mathias nimmt sich Zeitfenster heraus, die sich sonst keiner herausnimmt!

Befragter: Ja, stimmt. Auf jeden Fall ... (energisch) Alles! Also geht gar nicht anders.

Interviewer: Aber ist doch abgesprochen, oder?

Befragter: Ich weiß ja nicht, um was es genau ... konkret geht.

Interviewer: Das ist doch abgesprochen?

Befragter: Das ist auch bestätigt, insofern, dass es auch Erfolge dazu gibt. Also, abgesprochen hin oder her. Nein, weiß ich nicht, ob es abgesprochen ist. Habe – glaube ich – noch nie darüber abgesprochen. Also, in Wahrheit habe ich da den Job angefangen. Es gab noch nie eine (.....) (00:03:20) und ich habe die da so aus dem Boden gestampft. Es gab nie ein Gespräch, wie man das hätte machen sollen.

Interviewerin: Auch (.....) (00:03:23)?

amanu GmbH
Lenzhalde 65
70192 Stuttgart

Telefon +49 (0) 711 . 222 19 27
Telefax +49 (0) 711 . 229 33 15
E-Mail service@amanu.de
Internet www.amanu.de

Geschäftsführer
Carsten Mathey, Heiko Grießer
Amtsgericht Stuttgart HRB 720954
USt.-ID-Nr. DE24949348 2

Bankverbindung Sparkasse Pforzheim
BLZ 666 500 85 . Konto 748 95 95
IBAN DE47 6665 0085 0007 4895 95
BIC PZHSDE66XXX



4. Übersicht

Zeichen	Bedeutung
(.....)	unverständliches Wort
(.....)	unverständliche Passage
(den Kram?)	vermuteter Wortlaut
(<Name>)	Hier: unverständlicher Name
(hh:mm:ss)	Zeitmarke
(Sprecherüberschneidung)	Unverständliches gleichzeitiges Sprechen
(Audiostörung)	z. B. starkes Rauschen, unterbrochene Aufnahme
Matthias Maier	zu überprüfender Name
<Name>	Anonymisierung
...	deutliche Pause, abgebrochener Satz
>	unterbrochener Satz, der fortgesetzt wird
(lacht laut auf)	Begleiterscheinung
<u>keiner</u>	Betonung/Dehnungen

amanu GmbH
Lenzhalde 65
70192 Stuttgart

Telefon +49 (0) 711 . 222 19 27
Telefax +49 (0) 711 . 229 33 15
E-Mail service@amanu.de
Internet www.amanu.de

Geschäftsführer
Carsten Mathey, Heiko Grieser
Amtsgericht Stuttgart HRB 720954
USt.-ID-Nr. DE24949348 2

Bankverbindung Sparkasse Pforzheim
BLZ 666 500 85 . Konto 748 95 95
IBAN DE47 6665 0085 0007 4895 95
BIC PZHSDE66XXX

10.5 Analyseeinheiten

Tabelle 20 *Begriffsdefinitionen der Analyseeinheiten*

Einheit	Definition
Auswertungseinheit	Dieser Begriff beschreibt welche Textteile „jeweils nacheinander ausgewertet werden“ (Mayring, 2010c, S. 59). Das einzelne Interview stellt eine Auswertungseinheit dar. Zu ihnen zählen alle Interviews, die die Kriterien eines Interviews mit Eltern einer Familie erfüllen, die am ersten, quantitativen Teil der Studie teilgenommen hat, mit einem Kind > 90. BMI-Perzentile.
Analyseeinheit	Es können mehrere Analyseeinheiten in einer Auswertungseinheit bestehen. Es sind die in die Inhaltsanalyse einbezogenen Texte (Kuckartz, 2012b). In diesem Projekt ist die Analyseeinheit gleich der Auswertungseinheit, ein Elterninterview.
Kodiereinheit	Dies beschreibt, welcher „der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2010c, S. 59). Hier wurde als kleinste Einheit ein Wort festgelegt, wobei zum Verständnis oft eine Kodierung des gesamten Satzes oder Nebensatzes sinnvoll erschien. Es sollte nach der klassischen Inhaltsanalyse eine Kodiereinheit „nur eine einzige Kategorie ansprechen“ (Kuckartz, 2012e, S. 47). In der qualitativen Inhaltsanalyse bezeichnet die Kodiereinheit eine Textstelle bzw. Fundstelle, die mit einer bestimmten Kategorie in Verbindung steht. Eine Beziehung zwischen Kategorie und Ausgangstext bleibt bestehen. Im Gegensatz zur klassischen Inhaltsanalyse können in einer Textstelle durchaus mehrere Themen, d.h. Haupt- und Subkategorien vorkommen. Voraussetzung ist, dass sich die Subkategorien nicht wechselseitig ausschließen (Kuckartz, 2012e).
Kontexteinheit	Dies beschreibt den größten Materialbestandteil bzw. Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann bzw. der zum Verständnis einer Analyseeinheit verwendet werden darf, um ein korrektes Kategorisieren zu ermöglichen (Kuckartz, 2012e; Mayring, 2010c). Hier ist die Kontexteinheit gleich der Analyseeinheit, d.h. das gesamte Interview eines Elternteils.

Anmerkung. Nach Kuckartz (2012e); Mayring (2010c)

10.6 Kategoriensystem komplett

Umgangsstrategien / Sichtweise zu Gewicht

- Eltern
- Arzt
- Kind
- Dritte

Wahrnehmung von kindl. Gewicht

- Eltern
 - Gewicht als "normal" eingeschätzt
 - Übergewicht / "zu viel" Gewicht
 - unentschieden
- Arzt
 - Gewicht als "normal" eingeschätzt
 - Übergewicht / "zu viel" Gewicht
 - unentschieden
- Dritte
 - Gewicht als "normal" eingeschätzt
 - Übergewicht / "zu viel" Gewicht
 - unentschieden

Informationsstand

- eigene Einschätzung des Informationsstandes der Eltern
- Einschätzung Dritter durch Eltern (Proband)
- Anlaufstelle / Ansprechpartner / Infoquelle unbekannt

Migration / Kultur

Umgebungsbedingungen Gesellschaft / Politik / Infrastruktur

Erziehung

Rollenmodell / Vorbildverhalten der Eltern

Gewohnheit / Bequemlichkeit

Ursachen/ Erklärungen der Eltern für ÜG / Ad

- andere Erkrankungen
- Körperbau, -größe
- Essverhalten
- mangelnde Kontrolle
- Sport / Bewegung
- Genetik
- Gleichbehandlung unterschiedlicher Geschwister
- Sonstiges

Scham & Schuld

Zeit

- KiTa / KiGa
- Eltern
- Arzt
- Regelmäßigkeit
- Dringlichkeit
- Prioritäten
- Sonstiges

finanzielle Ressourcen
psychische Gesundheit

- Stigma
 - Diskriminierung
 - Hänseleien
 - Ausgrenzung
- Sozialverhalten
- Rückhalt
- Selbstwert
- Traurigkeit, "Depressivität"
- langfristige Folgen
- Sonstiges

körperliche Gesundheit

- Beweglichkeit
 - Eingeschränkt
 - nicht eingeschränkt
- andere aktuelle mit ÜG / Ad assoziierte Phänomene
- langfristige Folgen
- Sonstiges

sonstige Barrieren**sonstige Ressourcen /Chancen****bisher geplante Maßnahmen****bisher ignorierte Empfehlungen Dritter****bisher durchgeführte Maßnahmen**

- Ursachensuche
- Informationssuche
- Ansprechpartner suchen
- Thema selbst beim Arzt angesprochen
- Beobachtung / Kontrolle
- Ernährung
- Beratung
- Bewegung
- Regeln
- Hilfe annehmen
- Sonstiges

Erfahrungen mit Kinderarzt / Hausarzt

- Untersuchung zu ÜG / Ad
- ÜG / Ad als Thema
- Handlungsempfehlungen
- Begleitung / Kontrolle
- Kind mit einbezogen
- Beziehung / Verhältnis / Kommunikation

Erfahrungen mit Kita / Kiga / Schule**Erfahrungen mit anderen Stellen****Erfahrungen bei Umsetzung bisheriger Maßnahmen****elterliche Vorschläge für Maßnahmen / Vorgehen**

- Lehre / Erziehung
- Kursangebote
- Information / Übersicht
- frühzeitiges Eingreifen
- Externalisierung von Verantwortung
- Sport / Bewegung
- Lebensweise
- Beratungsstelle als Anlaufstelle (mit Anbindung)
- individuelle Beratung
- Kontrollen / Beratung
- Kinderarzt als Hauptansprechpartner
- Fehler aufzeigen
- Ernährung
- Austausch mit anderen
- Sonstiges

mögliche Ansprechpartner / Leistungserbringer

- Krankenkasse
- Internet
- KiTa / KiGa / Schule
- staatlich / kommunal
- Ärzte
- Psychologen
- Selbsthilfegruppen
- Sonstige