

Antragsteller:

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e. V.
Fraunhoferstr. 5, 82152 Martinsried
<http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>

Projektleitung:

PD Dr. Susanna Wiegand
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin



ABSCHLUSSBERICHT

Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention in der kinderärztlichen Praxis – Entwicklung von individualisierbaren Instrumenten/ Materialien zur niederschweligen Beratung von (Risiko)Familien zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise (Themen: Bewegung, Ernährung, Wohlbefinden)

Förderkennzeichen: ZMVI1 – 2517KIG001

Beantragter Förderzeitraum: 1.03.2017 bis 28.02.2019

Fördersumme: 281.906,- €

Datum der Erstellung des Abschlussberichts: 06.2019

I. Inhalt

| | |
|---|----|
| I. Inhalt | 2 |
| II. Kontaktinformationen..... | 7 |
| II. Korrespondenzadresse | 7 |
| III. Zusammenfassung | 8 |
| 1. Einleitung | 9 |
| 1.1. Ziel des Projekts..... | 9 |
| 1.2. Problemhintergrund und Wissensstand..... | 9 |
| 1.3. Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten) | 12 |
| 2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 14 |
| 2.1. Bedarfsanalyse: Qualitative Experteninterviews in den Kinder- und Jugendarztpraxen | 14 |
| 2.2. Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten | 15 |
| 2.2.1. Datenerhebung | 15 |
| 2.2.2. Rekrutierung | 16 |
| 2.2.3. Datenanalyse..... | 16 |
| 2.3. Leitfadeninterviews mit Eltern | 17 |
| 2.3.1. Datenerhebung | 17 |
| 2.3.2. Rekrutierung | 17 |
| 2.3.3. Datenauswertung..... | 17 |
| 2.3.4. Qualitative Datentriangulation | 18 |
| 2.4. Recherche und vergleichende Analyse vorhandener Beratungsmaterialien..... | 18 |
| 2.4.1. Online-Umfrage zur Nutzung von Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen..... | 18 |
| 2.4.2. Kriterien - gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien im Internet | 19 |
| 2.4.2.2. Bewertungsinstrument | 19 |
| 2.5. Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien..... | 21 |
| 2.6. Materialtestung | 22 |
| 2.6.1. Rekrutierung der Praxen und Familien | 22 |
| 2.6.2. Fokusgruppen-Interviews mit Eltern..... | 24 |
| 2.6.2.1. Datenerhebung | 24 |

I. INHALT

| | |
|---|----|
| 2.6.2.2. Datenanalyse..... | 24 |
| 2.6.3. Fragebögen an die KJA | 24 |
| 3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan..... | 26 |
| 3.1. Bedarfsanalyse: Qualitative Experteninterviews in den KJA-Praxen..... | 26 |
| 3.2. Quantitative Online-Befragung niedergelassener KJA | 26 |
| 3.3. Leitfadeninterviews mit Eltern | 26 |
| 3.4. Recherche und vergleichende Analyse vorhandener Beratungsmaterialien..... | 28 |
| 3.4.1. Online-Umfrage zur Nutzung von Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen..... | 28 |
| 3.4.2. Kriterien - gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien im Internet | 28 |
| 3.5. Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien..... | 28 |
| 3.6. Materialientestung | 29 |
| 4. Ergebnisse | 30 |
| 4.1. Qualitative Experteninterviews in den KJA-Praxen | 30 |
| 4.1.1. Globalanalyse | 30 |
| 4.1.2. Inhaltsanalytische Auswertung..... | 31 |
| 4.1.3. Methodentriangulation auf Basis der qualitativen Bedarfsanalyse von Expert*innen..... | 35 |
| 4.1.4. Qualitative Tiefenanalyse (Dokumentarische Methode)..... | 36 |
| 4.2. Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen | 39 |
| 4.3. Leitfadeninterviews mit Eltern | 44 |
| 4.3.1. Thematische Übersicht Formulierende Interpretation | 45 |
| 4.3.2. Zusammenfassung Reflektierende Interpretation | 46 |
| 4.4. Kriterien- gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien..... | 51 |
| 4.4.1. Printmedien..... | 51 |
| 4.4.2. Websites..... | 53 |
| 4.4.3. Apps..... | 55 |
| 4.5. Online-Umfrage zu Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen..... | 55 |
| 4.5. Neuentwicklung und Erstellung von Instrumenten/Material | 58 |
| 4.5.1. Entwicklung des Protagonisten für die Toolbox..... | 58 |
| 4.5.2. Informationszettel zu den Themen Ernährung und Bewegung | 59 |

| | |
|---|----|
| 4.5.3 Poster für das Wartezimmer „Ein perfekter Tag mit Kaya“ | 60 |
| 4.5.4 Memory-Spiel mit Bewegungsideen für das Wartezimmer | 60 |
| 4.5.5 Zusatzmaterial Kinderbüchlein: „Der perfekte Tag mit Kaya!“ | 61 |
| 4.5. Digitale Anwendung | 62 |
| 4.6. Materialtestung | 63 |
| 4.6.1. Stichprobe der Familien | 63 |
| 4.6.2. Fokusgruppen-Interviews mit Eltern..... | 64 |
| 4.6.3. Fragebögen an die KJA | 69 |
| 4.6.4. Telefonat mit Modellpraxis bezüglich der Materialien (28.03.19)..... | 70 |
| 5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung | 71 |
| 5.1. Triangulation der beiden qualitativen Studien (Elterninterviews und Experteninterviews) | 71 |
| 5.1.1. Fokus auf die Adipositasprävention | 71 |
| 5.1.2. Spannungsverhältnisse in der Arzt-Patient-Beziehung | 72 |
| 5.1.3. Patienten- und Erzählerorientierung in der Adhärenz-basierten API | 75 |
| 5.1.4. Handlungsempfehlungen zur Überwindung zentraler Hindernisse in der API..... | 77 |
| 5.1.5. Der Einsatz eines beratungsunterstützenden Tools zur Überwindung von Barrieren in der API..... | 79 |
| 5.2 Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen | 80 |
| 5.3. Recherche Materialien | 83 |
| 5.4. Neuentwickeltes Material | 84 |
| 5.5. Materialtestung | 87 |
| 5.5.1. Fokusgruppen..... | 87 |
| 6. Gender Mainstreaming Aspekte | 88 |
| 6.1. Qualitative Experteninterviews, qualitative Elterninterviews und Fokusgruppen mit Eltern | 88 |
| 6.2. Quantitative Online-Befragung der KJA..... | 89 |
| 6.3. Neuentwicklung und Erstellung von Instrumenten/Material | 89 |
| 7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse..... | 90 |
| 7.1. Vorstellung der Ergebnisse auf Kongressen | 90 |
| 7.2. Publikationen..... | 90 |
| 8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential) | 91 |
| 8.1. Implikationen der Projektergebnisse für die Gesundheitsversorgung..... | 91 |

I. INHALT

| | |
|--|----|
| 8.2. Implikationen der Projektergebnisse bezüglich der Entwicklung beratungsunterstützender Materialien und Tools..... | 91 |
| 8.3. Implikationen der Projektergebnisse hinsichtlich der Aus- und/oder Weiterbildung von KJA | 92 |
| 8.4. Implikationen der eingesetzten Methoden und erzielten Ergebnisse | 92 |
| 9. Publikationsverzeichnis..... | 94 |
| 11. Literaturverzeichnis | 96 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| ABBILDUNG 1: PROJEKTABLAUF UND VERANTWORTUNGSBEREICHE. ROTER KREIS: INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE UND REHABILITATIONSWISSENSCHAFT DER CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN, GELBER KREIS: SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM DER CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN..... | 12 |
| ABBILDUNG 2: FRAGEBOGEN AN DIE/DEN KJA ZUR MATERIALIENTESTUNG IN DEN KJA-PRAXEN..... | 25 |
| ABBILDUNG 3: AUSZUG AUS DEM ONLINE FRAGEBOGEN FÜR NIEDERGELASSENE KJA. | 36 |
| ABBILDUNG 4: HERKUNFTSLÄNDER DER FAMILIEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND | 41 |
| ABBILDUNG 5: BERATUNG ZU ALLGEMEINER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ÜBERGEWICHTSPRÄVENTION – SETTING UND BERUFSGRUPPE | 42 |
| ABBILDUNG 6: MATERIALIEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ÜBERGEWICHTSPRÄVENTION – VERWENDUNG UND WÜNSCHE..... | 43 |
| ABBILDUNG 7: MATERIALIEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ÜBERGEWICHTSPRÄVENTION – AKTUELLE SITUATION..... | 43 |
| ABBILDUNG 8: ERGEBNISSE DER SYSTEMATISCHEN BEWERTUNG DER PRINTMEDIEN (N=89)..... | 52 |
| ABBILDUNG 9: ERGEBNISSE DER SYSTEMATISCHEN BEWERTUNG VON WEBSITES ZUR ÜBERGEWICHTSPRÄVENTION MIT DEN THEMENSCHWERPUNKTEN ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG (N=32). | 54 |
| ABBILDUNG 10: THEMENSCHWERPUNKTE VON GESUNDHEITSMATERIALIEN. | 56 |
| ABBILDUNG 11: VERFÜGBARKEIT VERWENDETER GESUNDHEITSMATERIALIEN IN UNTERSCHIEDLICHEN FORMATEN. | 56 |
| ABBILDUNG 12: ALTER DER ZIELGRUPPE VON GESUNDHEITSMATERIALIEN FÜR KINDER..... | 57 |
| ABBILDUNG 13: VERFÜGBARKEIT VON GESUNDHEITSMATERIAL IN VERSCHIEDENEN SPRACHEN..... | 57 |
| ABBILDUNG 14: DECKBLATT KINDERBÜCHLEIN: „DER PERFEKTE TAG MIT KAYA!“..... | 61 |
| ABBILDUNG 15: MATERIALIEN DER TOOLBOX ZUR TESTUNG IN DEN FAMILIEN (VON LINKS: GESCHICHTE „EIN PERFEKTER TAG MIT KAYA“; POSTER MIT KAYA UND BEWEGUNGS- UND ERNÄHRUNGSFELDERN IN DEN SPRACHEN DEUTSCH, TÜRKISCH UND ARABISCH; ABREIßBLÖCKE MIT INFOMATERIAL ZUM THEMA BEWEGUNG UND ERNÄHRUNG IN DEN SPRACHEN DEUTSCH, TÜRKISCH UND ARABISCH; MEMORY MIT BEWEGUNGSBEISPIELEN BEI GUTEN/SCHLECHTEM WETTER, DRINNEN/DRAUßEN; INFOZETTEL FÜR KINDERÄRZTE ZUR DURCHFÜHRUNG DER TESTUNG IN DER PRAXIS UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE ELTERN DER FOKUSGRUPPE MIT ANLEITUNG)..... | 64 |

I. INHALT

| | |
|---|----|
| ABBILDUNG 16: POSTERBEITRAG BAER ET AL. (2018). | 95 |
|---|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| TABELLE 1: CHECKLISTE ZUR BEWERTUNG DER PRINTMEDIEN (BROSCHÜREN UND FLYER) SOWIE WEBSITES. | 20 |
| TABELLE 2: ÜBERSICHT CHARAKTERISTIKA DER BEFRAGTEN EXPERT*INNEN UND DEREN PRAXEN..... | 30 |
| TABELLE 3: ERGEBNISSE DER INHALTSANALYTISCHEN AUSWERTUNG: ÜBERSICHT DER AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS GENERIERTEN HAUPTTHEMEN, UNTERTHEMEN UND AUSPRÄGUNGEN..... | 31 |
| TABELLE 4: ÜBERSICHT CHARAKTERISTIKA ELTERNSTICHPROBE - MIGRATIONSHINTERGRUND. | 44 |
| TABELLE 5: CHARAKTERISTIKA ELTERNSTICHPROBE – MIGRATIONSHINTERGRUND, ÜBERGEWICHT. | 44 |
| TABELLE 6: ZUSAMMENFASSUNG IDENTIFIZIERTER OBER - UND UNTERTHEMEN. | 45 |
| TABELLE 7: STICHPROBENCHARAKTERISTIKA DER MATERIALIENTESTUNG. | 63 |
| TABELLE 8: ÜBERSICHT STICHPROBENCHARAKTERISTIKA FOKUSGRUPPEN..... | 64 |
| TABELLE 9: EVALUATION DER TOOLBOX MATERIALIEN..... | 67 |
| TABELLE 10: ERGEBNISSE AUS DEM FRAGEBOGEN AN DIE KJA BEZÜGLICH DER INFORMATIONSZETTEL „KINDERFREIZEIT – AKTIV GESTALTET“ UND „KINDERERNÄHRUNG – LEICHT GEMACHT“ | 69 |

Abkürzungsverzeichnis

BVKJ: BERUFSVERBAND DER KINDER- UND JUGENDÄRZTE

KJA: KINDER- UND JUGENDÄRZT*IN

MFA: MEDIZINISCHE* R FACHANGESTELLTE* R

MH: MIGRATIONSHINTERGRUND

II. KONTAKTINFORMATIONEN

II. Kontaktinformationen

Projektleitung: Sozialpädiatrisches Zentrum Charité (SPZ)

| | | |
|---|---|---|
| PD Dr. med. Susanna Wiegand LEITUNG | Dr. med. Birgit Jödicke PROJEKTKOORDINATION | Jana Brauchmann WISS. MITARBEITERIN |
| Tel.: 030-450666489 susanna.wiegand@charite.de | Tel.: 030-450666234 birgit.joedicke@charite.de | Tel.: 030-450666799 jana.brauchmann@charite.de |

Kooperationspartner: Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

| | |
|---|---|
| PD Dr. phil. Liane Schenk LEITUNG | Nadja-Raphaela Baer WISS. MITARBEITERIN |
| Tel. 030-450529174 liane.schenk@charite.de | Tel.: 030-450529118 nadja-raphaela.baer@charite.de |

II. Korrespondenzadresse

PD Dr. Susanna Wiegand
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

III. Zusammenfassung

Hintergrund: Die aktuellen internationalen Empfehlungen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter kommen zu dem Schluss, dass die Risikogruppen für die Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter bisher kaum oder gar nicht erreicht werden. Ziel des Projektes ist die Entwicklung einer Toolbox für die kinder- und jugendärztliche Praxis, welche einfache Materialien zur Vermittlung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise beinhaltet.

Methodik: Auf Grundlage der Ergebnisse einer Bedarfsanalyse, bestehend aus 1) qualitativen Experteninterviews in den Kinder- und Jugendarztpraxen, 2) einer quantitativen Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen, 3) Leitfadeninterviews mit Eltern unterschiedlicher kultureller Hintergründe sowie 4) einer Kriterien gesteuerten Recherche sowie Bewertung von aktuell verfügbaren Beratungsmaterialien wurden in enger Zusammenarbeit mit einem Grafiker unterschiedliche Beratungsmaterialien für die Kinder- und Jugendarztpraxen entwickelt. Die ersten Entwürfe wurden sowohl Familien als auch einer Fokusgruppe bestehend aus Medizinischen Fachangestellten mehrerer Kinder- und Jugendarztpraxen präsentiert und im Anschluss unter Berücksichtigung des Feedbacks/ der Hinweise final überarbeitet.

Ergebnisse: Sowohl die systematische Recherche als auch die Online-Befragung gaben Hinweise auf einen Mangel an Beratungsmaterial für Familien mit geringer Gesundheitskompetenz und/oder Migrationshintergrund. Nur wenige vorhandene Materialien sind in unterschiedliche Sprachen übersetzt, in einfacher Sprache verfasst und berücksichtigen unterschiedliche kulturelle Hintergründe.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse wurden Informationszettel zu den Themen Bewegung (Kinderfreizeit – aktiv gestaltet) und Ernährung (Kinderernährung – leichtgemacht) sowie ein Poster (Ein optimaler Tag), ein Kinderbuch und ein Memory-Spiel mit Bewegungsideen für das Wartezimmer entwickelt. Der Wunsch nach digitalem Beratungsmaterial wurde einerseits durch Veröffentlichung der Ergebnisse aus der Materialrecherche erfüllt, sowie andererseits durch die Programmierung eines Prototyps einer Website mit verständlichen Informationen und einfachen Handlungsempfehlungen.

1. Einleitung

1.1. Ziel des Projekts

Primäres Ziel des Projekts war die Entwicklung einer Materialien- und Instrumentensammlung zur Vermittlung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise. Diese sogenannte „Toolbox“ soll in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zum Einsatz kommen. Die Materialien sollen in leichter Sprache verfasst und in unterschiedlichen Sprachen verfügbar sein, um Risikogruppen für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas zu erreichen.

1.2. Problemhintergrund und Wissensstand

Die aktuellen internationalen Empfehlungen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Blüher et al. 2016) kommen zu dem Schluss, dass die Risikogruppen für die Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter bisher kaum oder gar nicht erreicht werden. Präventionsprogramme scheinen umso wirksamer, je früher sie ansetzen – möglichst vor dem 12. Lebensjahr. Ein weiterer Erfolgsindikator für Präventionsprogramme ist die enge Einbindung der Eltern (und im schulischen Kontext der Lehrer) (Blüher et al. 2016).

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS Welle 2; Schienkiewitz et al. 2018) zeigen, dass bei 15,4 % der Kinder und Jugendlichen von 3–17 Jahren ein Übergewicht besteht und davon bei 5,9 % bereits eine Adipositas. Die Zunahme an Übergewichtigen verteilt sich je nach Altersgruppe unterschiedlich: Nach Schuleintritt steigt der Anteil übergewichtiger Kinder schnell an, bei den Jugendlichen hat sich der Anteil mehr als verdoppelt (von 3,2 % 3-6-jähriger Mädchen auf 7,7 % 14–17-jähriger Mädchen mit Adipositas, bzw. 1 % auf 9,2 % Jungen mit Adipositas). Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und bei Kindern mit Migrationshintergrund (MH). Weiterhin sind vor allem Kinder betroffen, deren Mütter ebenfalls unter Übergewicht oder Adipositas leiden (Schenk et al. 2008). Die neuen KiGGS-Daten vom März 2018 belegen, dass die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen seit dem Erhebungszeitraum 2003 – 2006 insgesamt und über alle Altersgruppen unverändert und damit auf hohem Niveau stabil geblieben sind (Schienkiewitz et al. 2018).

Kinder- und Jugendärzt*innen (KJA) genießen bei den von ihnen betreuten Familien einen Vertrauensvorsprung, der sich im Zuge der individuellen Kontakte in der kinder- und jugendärztlichen Vorsorge auch jenseits der Behandlung von Krankheiten von Anfang an kontinuierlich auf- und ausbauen kann. 81 % der Kinder nehmen an allen Früherkennungsuntersuchungen beim KJA teil, die bis zum sechsten Lebensjahr angeboten werden (U3-U9) (Kamtsiuris et al. 2007). Die jährliche Inanspruchnahme sinkt jedoch mit

1. EINLEITUNG

zunehmenden Alter von 95,1 % bei den 0 bis 2-jährigen auf 86 % bei den 5-jährigen. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, die über die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis J1 im gelben Heft hinausgehen, die die Vorsorgen U10, U11 und J2 mit einbeziehen und den neuen Erkenntnissen zur Gesundheit und zum Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter heute angepasst sind, hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) zur besseren Übersicht neu benannt und im Vorsorgeheft „Paed.Plus®“ zusammengefasst (<http://www.bvkj-service-gmbh.de/paedplus/>). Vor diesem Hintergrund bietet die persönliche KJA-Beratung ein großes Potential für die allgemeine Gesundheitsförderung hinsichtlich eines gesunden Lebensstils des Kindes und seiner Familie. Bislang fokussieren die meisten Ansätze jedoch auf das Setting Schule. Mit dem neuen Präventionsgesetz eröffnet sich eine Möglichkeit, KJA als „Mediator“ einer gesundheitsförderlichen Lebensweise von Kindern zu stärken.

Ziel ist es, die KJA-Praxen darin zu unterstützen, die Informations-, Beratungs- und Interventionsbedarfe der Familien noch besser einschätzen und bedienen zu können. Zu beachten ist hierbei, dass gesundheitsriskante Verhaltensmuster nicht nur z.B. eine stressregulierende Funktion haben können, sondern auch mit einer sozialen, geschlechtsspezifischen und/oder ethnischen Identität verknüpft sind. So ist die soziale Akzeptanz für körperliche Aktivität und Sport kulturell sehr unterschiedlich.

Nahrungsmitteln und anderen Kulturgütern werden in diesem Kontext symbolische Bedeutungen zugeschrieben und in Form von geschmacklichen Vorlieben verinnerlicht. Da diese Prozesse größtenteils auf einer vorbewussten Ebene des Handelns verlaufen, genügen Aufklärungen auf einer rein kognitiven Ebene oftmals nicht.

Zu berücksichtigen sind folglich kultur- und migrationspezifische Beratungsbedarfe. Was Menschen essen, mit wem sie es essen und wie sie es zubereiten, ist kulturell vermittelt. Auch unterscheiden sich von Kultur zu Kultur der Stellenwert von Ernährung, Mahlzeitenstrukturen und Essensritualen. Gleiches gilt für Körperbilder, die Eltern bezüglich ihrer Kinder haben. So tendieren türkisch-stämmige Eltern im Vergleich zu Eltern ohne Migrationshintergrund weitaus häufiger dazu, ihre Kinder als zu dünn zu beurteilen (Schenk et al. 2008). Bedeutende Veränderungen in der Lebenssituation, wie zum Beispiel ein Migrationsereignis, können die Ernährungsweise nachhaltig beeinflussen. Dabei scheinen die Ernährungsgewohnheiten umso ungesünder, je länger ein Kind bzw. die Eltern nach Zuwanderung in Deutschland leben. Diesen (negativen) Wandel im Migrationsverlauf belegen nationale und internationale Ergebnisse der jüngeren Vergangenheit (Bau, Matteucci Gothe, and Borde 2003; Kleiser et al. 2010; Steinhilber and Dohnke 2016; Wang and Chen 2011; Gilbert and Khokhar 2008; Holmboe-Ottesen and Wandel 2012). Hinlänglich erklärt werden können diese ungünstigen Veränderungen des Ernährungsverhaltens bislang allerdings nicht. Der soziale Status verantwortet nur einen Teil der Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne

1. EINLEITUNG

MH (Schenk et al. 2016; Wang and Chen 2011; Rommel et al. 2015). Das heißt, kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren beeinflussen die Ernährungsgewohnheiten. Ebenso wie in der Mehrheitsbevölkerung scheinen sich dabei in der Migrantenpopulation Jungen eher über eine risikoreichere Ernährungspraxis zu definieren, als dies bei Mädchen der Fall ist (Rehaag, Uslucan, and Aydin-Canpolat 2012). Die wenigen Studien zum Mobilitätsverhalten konnten u. a. zeigen, dass Personen mit MH signifikant seltener Fahrrad fahren und schwimmen können, insbesondere Frauen und Mädchen (Welsch 2015). KiGGS-Ergebnisse dokumentieren, dass die Anteile der Kinder und Jugendlichen, die in einem Verein oder außerhalb eines Vereins mindestens einmal in der Woche Sport treiben, unter jenen mit beidseitigem elterlichen MH erheblich niedriger sind als unter Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem elterlichen MH (Schenk et al. 2008). Die geringeren Raten an Sport treibenden Mädchen aus Migrantenfamilien verweisen auf geschlechtsstereotype Verhaltenserwartungen, die kulturell überformt sind und Sport in stärkerem Maße mit Männlichkeit verknüpfen bzw. durch Kleidungs Vorschriften bestimmt sind. Eine aktuelle Re-Analyse von Daten der PISA- und der SPRINT-Studie kann zeigen, dass Sport (vor allem außerhalb von Vereinen) eine große Bedeutung für Jungen und Mädchen mit MH besitzt. Allerdings bestätigen sich auch hier kulturspezifische Geschlechterdifferenzen (Mutz and Burrmann 2011). Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die täglich mindestens drei Stunden vor dem Fernseher oder am Computer sitzen, unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem elterlichen MH am höchsten. Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland identifiziert Kinder und Jugendliche aus der Türkei sowie aus den arabischen Ländern als jene mit dem höchsten Fernsehkonsum (Schenk et al. 2008). Bisher finden sich kaum Studien, die die kulturspezifischen Unterschiede in den verschiedenen Lebensstilaspekten in Abhängigkeit von der ethnischen Zugehörigkeit hinlänglich erklären können.

Wie Weihrauch-Blüher et al. (Weihrauch-Blüher et al. 2016) in einer Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit neuer Medien andererseits zeigten, hat sich das Spektrum der verfügbaren und genutzten audiovisuellen Medien stark verändert. Die Nutzung des Smartphones, Tablets und Computers spielt heute eine ebenso wichtige Rolle wie der TV-Konsum (Burke et al. 2006). So befassen sich mittlerweile immer mehr wissenschaftliche Studien mit dem Thema „electronic health technology“ (eHealth) - der Anwendung digitaler Technologien im Gesundheitswesen. Diese Entwicklung soll bei der Konzeption des Informationsmaterials für die Eltern unbedingt berücksichtigt werden. Alle Materialien, ob digital oder in Papierform, sollen selbsterklärend und intuitiv zu handhaben sein. Die Texte sollen auf ein Minimum reduziert und die soziokulturelle Diversität berücksichtigt werden. So sollen die Materialien z.B. in mehreren Sprachen verfügbar sein.

1.3. Projektstruktur (Projektaufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Der Projektaufbau ist in Abbildung 1 dargestellt.

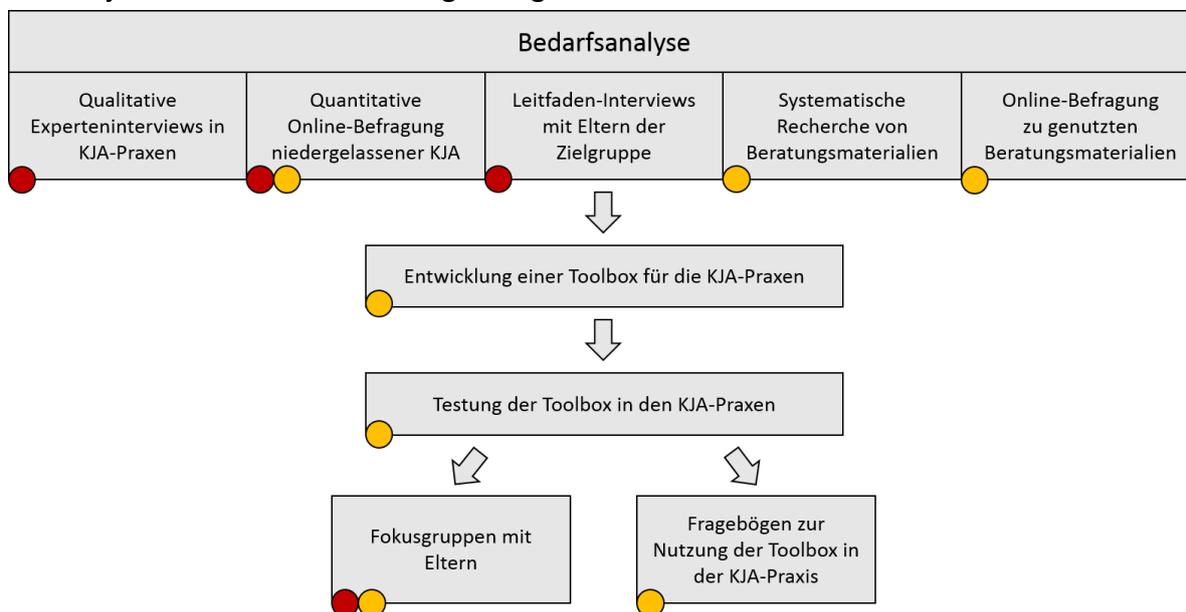


Abbildung 1: Projektablauf und Verantwortungsbereiche. Roter Kreis: Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin, Gelber Kreis: Sozialpädiatrisches Zentrum der Charité Universitätsmedizin Berlin.

In der ersten Projektphase fand eine umfangreiche, multimethodische Bedarfsanalyse statt, welche aus vier Teilstudien gespeist wurde: Es wurden qualitative Experteninterviews mit KJA und MFA geführt, um 1) deren Erfahrungswissen im Umgang mit Risikogruppen zu rekonstruieren, 2) hemmende sowie fördernde Bedingungen des Einsatzes von Beratungstools und Informationsmaterialien zu ermitteln, 3) das Fragebogeninstrument für die qualitative Onlinebefragung zu basieren, sowie 4) die Entwicklung einer Beratungstoolbox inhaltlich zu füttern und kooperierende Arztpraxen für die Testung der Toolbox zu gewinnen. Mittels einer quantitativen Online-Befragung von KJA-Praxen wurde die statistische Relevanz der qualitativ analysierten Bedarfe hinsichtlich beratungsunterstützender Tools sowie notwendige Rahmenbedingungen und Hindernisse für deren Einsatz in der pädiatrischen Praxis untersucht. Darüber hinaus wurden mit Eltern der Zielgruppe qualitative Leitfaden-Interviews geführt, um 1) kulturell geprägte, handlungsleitende Orientierungen, gesundheitsrelevante Wertvorstellungen und Erziehungsziele zu rekonstruieren, welche Gesundheitshandeln der Eltern beeinflussen und somit die Gesundheitssozialisation von Kindern bewirken. Parallel wurde eine Online-Befragung zu häufig genutzten Beratungsmaterialien in langjährigen Adipositas-Schulungsprogrammen durchgeführt sowie das Internet systematisch nach Beratungsmaterialien (Printmedien, Websites, Apps) zur Gesundheitsförderung durchsucht. Die aus diesen vier Teilstudien zur Bedarfsanalyse generierten Erkenntnisse wurden synthetisiert und speisten die inhaltliche Basierung sowie Entwicklung und spätere Testung der Materialien-Toolbox. Diese Toolbox wurde schließlich von Eltern aus Risikogruppen sowie

1. EINLEITUNG

kooperierender KJA-Praxen getestet. Im Rahmen dieser Pilottestung wurden Fokusgruppen-Interviews mit den Eltern geführt sowie die Akzeptanz der Beratungsmaterialien seitens der KJA quantitativ abgefragt. 2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

2.1. Bedarfsanalyse: Qualitative Experteninterviews in den Kinder- und Jugendarztpraxen

Ziel der qualitativen Bedarfsanalyse war es: 1) das Erfahrungswissen von Kinder- und Jugendärzt*innen (KJA) und Medizinischen Fachangestellten (MFA) zur Arbeit mit Risikogruppen zu rekonstruieren, 2) Hemmnisse und fördernde Bedingungen des Einsatzes von Beratungstools und Informationsmaterialien zu ermitteln, 3) das Fragebogeninstrument für die Online-Befragung sowie der Beratungstools inhaltlich zu füttern und zu basieren und 4) kooperierende Kinder- und Jugendarztpraxen für eine erste Erprobung eines Beratungstools zu gewinnen.

2.1.1. Datenerhebung

Um die Perspektive der KJA und MFA zu verstehen und die definierten Ziele zu erreichen, wurde ein explorativer, qualitativer Forschungsansatz genutzt. Es wurden Experteninterviews durchgeführt, um Beschreibungen und Erzählungen basierend auf dem Praxiswissen der KJA und MFA zu generieren. Zu diesem Zweck wurde ein Leitfaden entwickelt, welcher drei zentrale Themenbereiche fokussierte: 1) Erfahrungen mit Risikogruppen in der alltäglichen Praxis, 2) Vorstellungen, Nutzen und Einschätzungen von Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention von Kindern und Jugendlichen aus Risikogruppen und 3) Bewertungen, Wünsche und Anregungen bezüglich der Schwerpunkte eines gesundheitsfördernden Beratungstools.

2.1.2. Rekrutierung

Die Rekrutierung von Expert*innen erfolgte in einem zweistufigen Auswahlverfahren parallel über zwei Kanäle. Zum einen wurden bereits kooperierende KJA in den Städten Berlin, Ludwigsburg und Dortmund für die Studienteilnahme gewonnen. Zum anderen erfolgte die Rekrutierung von KJA im Sinne des Schneeballverfahrens via Kontakte von bereits in die Stichprobe eingeschlossener KJA sowie über soziale Netzwerke. Medizinische Fachangestellte (MFA) wurden über die teilnehmenden KJA rekrutiert. Alle Interviews fanden außerhalb der Sprechstunden in den KJA-Praxen statt.

2.1.3. Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte in einem mehrstufigen Verfahren. Zunächst wurde eine Globalanalyse des Datenmaterials angefertigt, um einen ersten Überblick über die drei thematischen Schwerpunkte (siehe 2.1.1.) zu erhalten.

In einem nächsten Schritt wurde eine inhaltsanalytische Auswertung und Kondensierung des Materials vorgenommen. Somit konnten die zentralen Aussagen und Perspektiven der

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

Expert*innen extrahiert werden und zum einen die Konstruktion des Fragebogens der Online Befragung (siehe 4.2.) inhaltlich anreichern und zum anderen in die Entwicklung der Toolbox (siehe 4.5) einfließen. In kontinuierlichen Arbeitstreffen zwischen den Projektpartner*innen wurden die Analyseergebnisse rückgekoppelt, diskutiert und schließlich in die Entwicklung des Beratungstools eingespeist sowie entsprechende Fragebogenitems für die Online- Befragung konstruiert.

Darüber hinaus wurden mittels der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack (Bohnsack 2014; Nohl 2017) Tiefenanalysen durchgeführt, um somit das Erfahrungswissen der Expert*innen im Umgang mit Risikogruppen zu rekonstruieren und deren impliziten, handlungsleitenden Wissensbestände und zugrundeliegenden Orientierungen, beispielsweise hinsichtlich ihrer Praxis der Präventivberatung, zu verstehen. Zudem wurden erste fallübergreifende, komparative Analysen mit Blick auf verschiedene Vergleichshorizonte (z.B. hinsichtlich des Rollenverständnisses) unternommen. Das Datenmaterial wurde im Rahmen eines am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin etablierten Interpretationszirkels von Wissenschaftler*innen intersubjektiv interpretiert.

2.2. Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten

Ziel der quantitativen Bedarfsanalyse war es: 1) Den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Adipositasprävention im Praxisalltag zu erfragen, 2) Struktur und Durchführung der bisherigen Beratung zu Gesundheitsförderung in der KJA zu analysieren, 3) Bedarfe an Beratungstools für Risikogruppen zu erfragen. Um möglichst repräsentative Ergebnisse zu erhalten wurde die Online-Befragung an alle Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) gerichtet. Die Angaben zur Praxis, zum Einzugsgebiet und zur Vernetzung mit weiteren Institutionen sollten zu einer besseren Einordnung der Ergebnisse beitragen. Der Fragebogen wurde noch dem „Sanduhrprinzip“ konstruiert und programmiert, d.h. nur KJA, welche Gesundheitsförderung zu ihren Aufgaben zählen wurden zur aktuellen Situation und zu Wünschen für risikogruppenspezifische Beratungstools befragt. Die Angaben zur Lage der Praxis (z.B. „sozialer Brennpunkt“) und zum Anteil von Familien mit Migrationshintergrund tragen dazu bei, sowohl die aktuelle Situation zur Rolle der Gesundheitsförderung in der KJA, als auch die formulierten Wünsche und Bedarfe in Bezug auf die konkrete kinderärztliche Versorgungssituation zu analysieren.

2.2.1. Datenerhebung

Die Programmierung und Administration der Online-Befragung erfolgte mittels der EFS Software von Unipark (QuestBack-Köln). Die Angaben wurden in anonymer Form erhoben, sodass keine Rückschlüsse auf konkrete Personen möglich waren. Zur Incentivierung wurden

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

drei Gutscheine unter den Teilnehmenden verlost (gesonderte Anmeldung per E-Mail). Die Fragen wurden zu den Bereichen „Angaben zur Praxis“, „Beratungssituation“, „bereits verwendete Materialien“ und „Anforderungen und Wünsche für Beratungstools“ auf der Grundlage von Experteninterviews in sechs KJA-Praxen in Berlin und Ludwigsburg konzipiert (s. 2.1; Durchführung: Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin). In einer Pre-Test-Phase (Oktober- Dezember 2017) wurden 50 zufällig vom BVKJ ausgewählte niedergelassene KJA gebeten, die Anzahl der Fragen und die Auswahl der gefragten Themen zu evaluieren. Das Fragebogeninstrument wurde entsprechend der Ergebnisse der Auswertung angepasst. Der finale Fragebogen umfasste 22 Fragen in den Themenfeldern (Anlage 2_2_1_Fragebogen):

- Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der KJA (1 Frage)
- Allgemeine Fragen zur KJA (14 Fragen)
- Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention im Praxisalltag (2 Fragen)
- Verwendung von Beratungsmaterial (1 Frage)
- Wünsche bezüglich des Beratungsmaterials (2 Fragen)
- Kooperation mit externen Beratungsstellen (2 Fragen)

Wenn die Eingangsfrage „Gehört die Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention zu ihren Aufgaben?“ mit JA beantwortet wurde, folgten die vertiefenden Fragen zu Beratungsmaterial, Wünschen und Kooperationen. Wenn die Eingangsfrage verneint wurde schlossen sich nur die allgemeinen Fragen zur KJA an.

2.2.2. Rekrutierung

Im Januar 2018 wurden im Rahmen einer Vollerhebung alle Mitglieder des BVKJ (N=11.608) per E-Mail über das Forschungsprojekt informiert und um Teilnahme an der Online-Umfrage gebeten. Die Laufzeit der Online-Befragung betrug 8 Wochen, es gab insgesamt 3 Erinnerungsnachrichten, die über den Verteiler des BVKJ versandt wurden.

2.2.3. Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde durch das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft vorgenommen. Die Darstellung erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Für weiterführende Analysen wurde multiple Regressionsmodelle verwendet (SPSS Version 22).

Insgesamt nahmen 2.024 (= bereinigte Nettostichprobe) Personen an der Umfrage teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 17,4 % der gesamten Mitglieder des BVKJ (11.608) bzw. 33,3 % der insgesamt 6081 ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzt*innen.

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

2.3. Leitfadeninterviews mit Eltern

Im Fokus dieser qualitativen Studie standen Familien aus Risikogruppen resp. Familien mit Migrationshintergrund, niedrigem Sozialstatus, und/oder geringer Gesundheitskompetenz. Ziel war es, kulturell geprägte und handlungsleitende Orientierungen (z.B. geschlechterspezifische), gesundheitsrelevante Wertvorstellungen sowie Erziehungsziele zu rekonstruieren und zu verstehen - denn diese Orientierungsmuster beeinflussen das familiäre Alltagshandeln sowie Gesundheitsverhalten der Eltern maßgeblich und prägen somit die Gesundheitssozialisation ihrer Kinder.

2.3.1. Datenerhebung

Da handlungsleitende Orientierungen oftmals nicht bewusst sind, wurde ein Ansatz zur Datenerhebung gewählt, der auf Narrationen abzielt. So wird es möglich, implizite, atheoretische Deutungs- und Orientierungsrahmungen der Eltern bezüglich einer kindgerechten Lebensweise herauszuarbeiten. Dementsprechend wurden teilnarrative Leitfadeninterviews durchgeführt. Es wurde ein Leitfaden entwickelt, mittels welchem Alltagsnarrationen getriggert und Erzählungen auf der Ebene der Handlungspraxis generiert werden konnten. Im Konkreten fokussierte der Leitfaden Narrationen hinsichtlich 1) des (familialen) Essalltags (z.B. Mahlzeitstruktur), 2) der (familialen) Freizeitgestaltung (z.B. Medienkonsum, Bewegung) sowie 3) des Gesundheitswissens und Gesundheitshandelns (z.B. Inanspruchnahme von Präventionsangeboten).

2.3.2. Rekrutierung

Zwei der kooperierenden KJA-Praxen sowie Ambulanzen des MVZ der Pädiatrischen Klinik der Charité Universitätsmedizin Berlin (CVK) fungierten als Gatekeeper für die Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen. Während des Praxisalltags wurden in den KJA-Praxen Eltern im Wartebereich rekrutiert. Im MVZ wurden potentielle Studienteilnehmer*innen vom Personal entsprechend der Inklusionskriterien vorselektiert und gegebenenfalls Kontakt zur Interviewerin hergestellt. Die Interviews fanden entweder direkt vor Ort oder an einem vereinbarten Termin statt. Ein Interview fand bei der Studienteilnehmerin zu Hause statt. Familien verschiedener sozialer und ethnischer Herkunft sowie Eltern mit geringerer Gesundheitskompetenz wurden für die Studienteilnahme berücksichtigt. Zudem wurden einige Familien deutscher Herkunft und/oder mit einem höheren Sozialstatus als Kontrastfälle in die Stichprobe einbezogen. Die Interviews wurden mit einem Tonband aufgenommen und Wort für Wort transkribiert.

2.3.3. Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte entsprechend der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack (Bohnsack 2014; Nohl 2017). Zunächst wurden im Rahmen der sogenannten

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

„Formulierenden Interpretation“, die Interviews inhaltlich zusammengefasst und thematisch gegliedert. In einem nächsten Schritt wurde die „Reflektierende Interpretation“ vorgenommen, mittels welcher beispielsweise tiefgreifende Analysen von Orientierungsrahmen möglich sind. Dafür wurden zuerst jene Interviews mit einer großen Materialdichte sowie einer besonderen inhaltlichen Relevanz hinsichtlich der Fragestellungen untersucht. Im weiteren Analyseprozess wurden und werden Kontrastfälle herausgearbeitet. Erste kontrastierende Analysen wurden vorgenommen. So wurden beispielsweise Fälle in Bezug auf die Zugehörigkeit zu Risikogruppen vergleichend analysiert. Die Analyse der Elterninterviews erfolgte u. A. im Rahmen des oben genannten Interpretationszirkels.

2.3.4. Qualitative Datentriangulation

Die aus den beiden qualitativen Studien gewonnenen Erkenntnisse wurden gemäß den Prinzipien der Datentriangulation in einem iterativen Analyseprozess miteinander verknüpft (Flick 2013b). In regelmäßigen Treffen wurden die Ergebnisse zwischen Wissenschaftler*innen ausgetauscht und diskutiert. Mit einem Fokus auf die zentralen Projektziele wurden einerseits die Relevanzsetzungen der Eltern und andererseits die thematischen Schwerpunkte, die aus den Experteninterviews generiert wurden, synthetisiert. Vorläufige Ergebnisse dieser Datentriangulation wurden auf einem internationalen Kongress in Calgary, Canada vorgestellt.

2.4. Recherche und vergleichende Analyse vorhandener Beratungsmaterialien

2.4.1. Online-Umfrage zur Nutzung von Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen

Ziele der Online-Umfrage zu Beratungsmaterialien in zertifizierten Schulungseinrichtungen waren: 1) Die Erfassung der aktuell in der Adipositas-Therapie verwendeten Schulungsmaterialien, 2) Überprüfung der Nutzbarkeit für die allgemeine Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention in der pädiatrischen Praxis.

Mit dem Online-Tool „q-set“ wurde ein Online-Fragebogen zur Nutzung von Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen erstellt.

Die Umfrage wurde im Juni 2017 gestartet und nach zwei Monaten Laufzeit beendet. Per Mail angeschrieben wurden alle zertifizierten Adipositas-Schulungseinrichtungen, sowie die beteiligten Fachgesellschaften (siehe 3.4.1.). Es wurden insgesamt drei Erinnerungs-E-Mails zur Teilnahme an der Umfrage versandt.

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

2.4.2. Kriterien - gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien im Internet

2.4.2.1. Systematische Materialienrecherche

Aktuell verfügbare Materialien zur Gesundheitsförderung wurden im Internet mittels einer systematischen Google-Keyword-Recherche (08.09.17 – 09.09.17) zusammengestellt. Dabei wurden die Begriffe „Kinder“ und „Jugendliche“ in Kombination mit den Suchbegriffen „Prävention Adipositas“, „Prävention Übergewicht“, „Informationsmaterial Übergewicht“, „Portionsgröße“ verwendet. Es wurden ausschließlich Suchergebnisse von staatlichen Einrichtungen und Projekten respektive Kampagnen, Initiativen, Fachgesellschaften, Krankenkassen, Verbraucherzentralen, Institutionen und Verbänden sowie Netzwerken in die Übersicht eingeschlossen.

Neben der Internetrecherche fand eine Recherche im Google Playstore zu aktuell verfügbaren Gesundheits-Apps statt. Der Playstore wurde im oben benannten Zeitraum systematisch durchsucht, wobei die Begriffe „Kinder“ und „Jugendliche“ in Kombination mit folgenden Stichworten verwendet wurden: „Ernährung“, „Bewegung“, „Gesundheit“ sowie „Übergewicht“. Die Suchergebnisse wurden nach „Beliebtheit“ sortiert, um die Nachfrage der Verbraucher*innen widerzuspiegeln. Von den ersten 200 gelisteten Apps wurden nur solche ohne Nutzer-Login und in kostenfreier Version berücksichtigt. Aufgrund des großen Marktes an ähnlichen Apps und da es bereits eine Marktanalyse von Lampert und Voß (Lampert 2018) zu dem Thema gesundheitsbezogene Apps für Kinder gibt, wurden nur einschlägige Apps zu verschiedenen Themengebieten, wie beispielsweise „Schwangerschaft und Stillzeit“, „Kleinkindernährung“ und „Bewegung“ heruntergeladen und getestet.

2.4.2.2. Bewertungsinstrument

Um die recherchierten Gesundheitsinformationen systematisch zu bewerten, wurden spezifische Kriterienkataloge erstellt. Der Kriterienkatalog zur Bewertung der Printmedien basiert auf den Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen von Steckelberg et al. (Bunge, Mühlhauser, and Steckelberg 2010; Meyer, Steckelberg, and Mühlhauser 2007; Steckelberg et al. 2005). In einem Expertengespräch mit einer Mitarbeiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wurde der Kriterienkatalog mit dem internen Instrument der BzgA abgeglichen.

Der Kriterienkatalog zur Bewertung der Websites basiert auf Hauptkriterien der Checkliste für Medizinische Websites des Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) (Dehmlow and Hägele 2010).

Um die Gesundheitsmaterialien auch hinsichtlich ihrer Eignung für Risikogruppen zu bewerten, wurden die formalen und inhaltlichen Kriterien zur Bewertung der Printmedien und Websites durch Kriterien zur Berücksichtigung von Risikogruppen für Übergewicht und

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

Adipositas ergänzt. Letztere Kategorie beinhaltet unter anderem die Verfügbarkeit in mehreren Sprachen, die Verwendung einer leichten Sprache (Hazibar 2013b) sowie eine kultursensible Gestaltung bzw. ein kultursensibler Inhalt, wie beispielsweise Bilder oder Grafiken von Menschen anderer Herkunft oder Rezepte traditioneller Gerichte (k Resimliri 2009).

Tabelle 1: Checkliste zur Bewertung der Printmedien (Broschüren und Flyer) sowie Websites.

| Kriterienkatalog zur Bewertung der Printmedien (max. Gesamtpunktzahl: 21) |
|--|
| Formale Kriterien (8/21 Punkten) |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist der/die Verfasser*in genannt? 2. Gibt es Quellenangaben, woher die Information stammt? 3. Ist das Beratungsmaterial aktuell? (d.h. aus den vergangenen 5 Jahren)? 4. Gibt es Hinweise über die Finanzierung? 5. Werden die Aussagen durch grafische Darstellungen unterstützt? 6. Tragen die vorhandenen grafischen Elemente zum Verständnis bei? 7. Sind die vorhandenen grafischen Elemente ansprechend (Bildqualität, Motiv, Platzierung)? 8. Ist das Layout insgesamt ansprechend (übersichtliche Gestaltung, Titel, Titelbild)? |
| Inhaltliche Kriterien (7/21 Punkten) |
| <ol style="list-style-type: none"> 9. Sind evidenzbasierte Informationen enthalten? 10. Gibt es Angaben über weitere Informationsquellen? 11. Ist die Information gut verständlich? 12. Gibt es eine Zusammenfassung der wichtigsten Informationen? 13. Wird der Nutzen der Gesundheitsinformationen deutlich? 14. Sind alltagstaugliche Tipps enthalten? 15. Sofern Fachbegriffe/Fremdwörter vorkommen, werden diese erklärt? |
| Kriterien zur Berücksichtigung von Risikogruppen (6/21 Punkten) |
| <ol style="list-style-type: none"> 16. Ist das Material in unterschiedlichen Sprachen verfügbar? 17. Ist das Material nach den Regeln der leichten Sprache verfasst? 18. Ist das Verhältnis von Abbildungen und Text ausgewogen? 19. Ist das Material kostenlos? (+keine Versandkosten)? 20. Ist das Material auf eine spezifische Zielgruppe zugeschnitten? 21. Sind der Inhalt oder die Gestaltung kultursensibel (Abbildungen von Menschen anderer Nationalitäten, internationale Rezepte etc.)? |
| Kriterienkatalog zur Bewertung der Websites (max. Gesamtpunktzahl: 20) |
| Formale Kriterien (12/20) |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist ein „Impressum“ angegeben? 2. Wird die Postanschrift genannt? |

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">3. Gibt es eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme (Telefon, E-Mail, interaktiver Chat, Kontaktformular)?4. Werden Service-Leistungen (Bereitstellung von Materialien, Beratung, Newsletter, Kostenlose Telefonhotline, weiterführende Links oder Adressen) angeboten?5. Wird auf den Einsatz von kommerzieller Werbung verzichtet?6. Gibt es eine Angabe zur Aktualität der Informationen (Datum)?7. Gibt es interaktive Webanwendungen (Onlinequiz, Spiel, BMI-Rechner etc.)?8. Werden die Aussagen durch grafische Darstellungen unterstützt?9. Tragen die vorhandenen grafischen Elemente zum Verständnis bei?10. Sind die vorhandenen grafischen Elemente ansprechend (Bildqualität, Motiv, Platzierung)?11. Ist das Layout insgesamt ansprechend (übersichtliche Gestaltung, Titel, Titelbild)?12. Ist die Navigation übersichtlich? |
| Inhaltliche Kriterien (3/20) |
| <ol style="list-style-type: none">13. Sind evidenzbasierte Informationen enthalten?14. Sind die Informationen gut verständlich?15. Sind alltagstaugliche Tipps enthalten? |
| Kriterien zur Berücksichtigung von Risikogruppen (5/20) |
| <ol style="list-style-type: none">16. Sind die Websites oder die Downloads in unterschiedlichen Sprachen verfügbar?17. Ist das Material nach den Regeln der leichten Sprache verfasst?18. Ist das Verhältnis von Abbildungen und Text ausgewogen?19. Ist die Website auf eine spezifische Zielgruppe zugeschnitten?20. Sind der Inhalt oder die Gestaltung kultursensibel (Abbildungen von Menschen anderer Nationalitäten, internationale Rezepte etc.)? |

Alle Gesundheitsmaterialien wurden hinsichtlich formaler und inhaltlicher Kriterien sowie der Kriterien zur Berücksichtigung von Risikogruppen bewertet. Aus den einzelnen Bewertungen wurde für jedes Material ein Summenscore berechnet.

2.5. Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien

Die aus den beiden qualitativen Studien sowie der quantitativen Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen und der Internet-Recherche gewonnenen Erkenntnisse wurden in regelmäßigen Treffen zwischen Wissenschaftler*innen diskutiert und als Grundlage für die Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien herangezogen.

Aus den qualitativen Interviews in den KJA-Praxen war hervorgegangen (siehe 4.1), dass digitale Beratungsmaterialien mit Fokus auf folgende Schwerpunkte gewünscht sind: 1) Bewegung/Inaktivität/Medienkonsum, 2) Süße Getränke, 3) Portionsgrößen.

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

Die quantitative Online-Befragung des BVKJ ergab, dass Materialien fehlen (aber benötigt werden) die 1) die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe berücksichtigen, 2) Sprachbarriere-frei sind oder in mehreren Sprachen vorliegen, 3) für unterschiedliche Altersgruppen geeignet sind.

Initial wurde ein inhaltliches Gesamtkonzept erstellt, welches neben den Ergebnissen der qualitativen und quantitativen Befragungen auch die Empfehlungen der aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften zu den Bereichen Bewegung (Rütten and Pfeifer 2017) und Ernährung (Kluthe et al. 2004; Valentini et al. 2013; Kersting, Kalhoff, and Lücke 2017) berücksichtigt. Diese Empfehlungen wurden im interdisziplinären Dialog in einfache, handlungsrelevante Botschaften „übersetzt“ und dann schrittweise in das Gestaltungskonzept der neu entwickelten Schulungsmaterialien (Protagonist, Story, Lebenswelt) integriert. Um trotz Vereinfachung der Botschaften zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Adipositasprävention eine leitlinienkonforme Beratung zu gewährleisten, erfolgte prozessbegleitend eine fachliche Supervision durch externe Expert*innen (Prof. M. Kersting; Prof. Chr. Graf). Die Gestaltung des Protagonisten und seiner Erlebnis-Welt erfolgte schrittweise und Berücksichtigung der Ergebnisse von Feedbackrunden in Wartezimmern des SPZ und Stadtteilzentren (anonyme Befragung von Kindern, Eltern und professionellen Helfern, z.B. Familienhelfer*innen, sowie Multiplikator*innen, z.B. Stadtteilmütter). Da insbesondere die quantitative Online-Befragung den ausdrücklichen Wunsch nach einer Kombination aus digitalen und analogen Schulungsmaterialien ergeben hatte, wurden Beratungstools für beide Anwendungsbereiche gestaltet. Die Umsetzung der Ideen fand in enger Zusammenarbeit mit einem Grafiker statt. Die Texte wurden von Dolmetscher*innen in verschiedene Sprachen übersetzt.

2.6. Materialtestung

Ziele der Materialientestung waren: 1) die pilothafte Erfassung der Akzeptanz der Toolbox im Praxisalltag, 2) die Beurteilung von Attraktivität und Handlungsrelevanz der Materialien für Kinder und Eltern, 3) die Gewinnung von Informationen zur Weiterentwicklung der Toolbox. Dazu wurden die kinder- und jugendärztliche Praxen, die bereits an der qualitativen Expertenbefragung teilgenommen und Interesse an der Testung der neu entwickelten Schulungsmaterialien geäußert hatten erneut angefragt. In 4 Praxen sollten dann die neu entwickelten Materialien zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Adipositasprävention eingeführt werden.

2.6.1. Rekrutierung der Praxen und Familien

Aus den positiven Rückmeldungen wurden 3 Praxen in Berlin zufällig ausgewählt. Zur Einführung der neuen Materialien wurde die gesamte Toolbox (s.u.) kostenlos zur Verfügung gestellt und die Handhabung durch eine Projektmitarbeiterin vor Ort erläutert. Jede Praxis

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

sollte darüber hinaus Risikofamilien (Migrationshintergrund und/oder niedriger Sozialstatus) identifizieren, die die Toolbox nach einer entsprechenden Schulung anwenden und bereit waren nach 4 Wochen mit einem Elternteil an einem Fokusgruppen-Interview teilzunehmen. Die Familien sollten türkischer, arabischer oder deutscher Herkunft sein und bei vorhandenem Schulungsbedarf Kinder im Alter von 1-10 Jahren haben.

Eine ärztliche Projektmitarbeiterin hat dazu jeweils an einem praxisoffenen Vormittag die Sprechstunde begleitet. Die Praxisinhaber*innen haben geeignete Familien ausgewählt und angesprochen. Bei Einverständnis zur Teilnahme erfolgte ein kurzes Aufklärungsgespräch und die Übergabe der zu testenden Materialien an die Familie. Wurde neben der deutschen Sprache noch eine weitere Sprache im Haushalt gesprochen, so erhielten diese Familien die Information in beiden Sprachen. Ein Termin für eine Fokusgruppe wurde 4 Wochen nach der Rekrutierung vereinbart und die Familien einige Tage vor dem geplanten Termin telefonisch erinnert. Eine Familie sagte dabei ihre Teilnahme ab, 2 Familien waren unter der angegebenen Nummer nicht zu erreichen.

Die Familien erhielten folgende Materialien (siehe Abbildung 15):

- 1 Informationszettel „Kinderernährung – leicht gemacht“ und
- 1 Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“
- 1 Poster im A3-Format
- Website: www.babeluga-berlin.de/fit/
- 1 Memory-Spiel mit Bewegungsideen

Die Kinderarztpraxen erhielten folgende Materialien:

- 40 Informationszettel „Kinderernährung – leicht gemacht“ in deutscher Sprache
- 20 Informationszettel „Kinderernährung – leicht gemacht“ in türkischer Sprache
- 20 Informationszettel „Kinderernährung – leicht gemacht“ in arabischer Sprache
- 40 Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ in deutscher Sprache
- 20 Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ in türkischer Sprache
- 20 Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ in arabischer Sprache
- 1 Poster im A 1-Format
- Website: www.babeluga-berlin.de/fit/
- 4 Memory-Spiele mit Bewegungsideen

In einer weiteren pädiatrischen Praxis in einer Brennpunktregion außerhalb von Berlin (Dr. Kauth; Ludwigsburg) wurde die Toolbox ebenfalls erprobt, aus Kapazitätsgründen konnten jedoch keine einzelnen Familien rekrutiert und keine Fokusgruppe durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Erprobung wurden im Rahmen einer Telefonkonferenz mit dem Praxisteam erhoben und ausgewertet.

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

2.6.2. Fokusgruppen-Interviews mit Eltern

Ziel der Fokusgruppen-Interviews war es, Hinweise bezüglich der Durchführbarkeit und Akzeptanz der Toolbox resp. deren einzelner Materialienbausteine zu gewinnen und zu systematisieren, um die Weiterentwicklung der Tools auf die Wünsche und Bedarfe der Nutzer*innen abstimmen zu können.

2.6.2.1. Datenerhebung

Es wurden teil-strukturierte Fokusgruppeninterviews in Anlehnung an Flick (2013a) durchgeführt. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde sollte mittels eines Einstiegsstimulus, welcher auf ernährungs-erzieherische Haltungen und Handlungsweisen abzielte, erste Diskussionen getriggert werden.

Die Interviews waren themenzentriert und fokussierten einerseits allgemein den persönlichen Nutzen resp. den Nutzen des Kindes, sowie Verständlichkeit, praktische Handhabung und Layout der Toolbox und klopften andererseits konkret die Akzeptanz und Nutzung der Abreißblöcke sowie der Website ab.

Im Spezifischen wurde beispielsweise gefragt, welche Aspekte der Materialien den einzelnen Familienmitgliedern besonders gut oder weniger gut gefallen haben, welche Wünsche und Bedarfe offengeblieben sind und an welchen Stellen besonderes Veränderungspotenzial festgestellt wurde. Zudem wurde auf die (künftige) Nutzung und Integration der Materialien in den (familialen) Alltag abgezielt.

Zur Anregung und visuellen Unterstützung wurden die Materialien in verschiedenen Sprachen vorgelegt.

2.6.2.2. Datenanalyse

Die Interviews wurden mit einem Tonband aufgenommen und von einem externen Transkriptionsbüro (Transkriptionen Dorf Müller) verschriftlicht. Die Daten der Fokusgruppen wurden inhaltsanalytisch in einem zweistufigen Verfahren von zwei Wissenschaftler*innen ausgewertet. Hierzu wurden zunächst aus dem Datenmaterial generierte Themen festgehalten und in einem zweiten Schritt kondensiert.

2.6.3. Fragebögen an die KJA

Um die Verwendung der Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ und „Kinderernährung – leicht gemacht“ seitens der KJA zu bewerten, wurden im Anschluss an die Testphase Fragebögen an die KJA geschickt und um Beantwortung bis zum 31.01.2019 gebeten (Abbildung 2).

1. Wer hat die Info-Zettel in Ihrer Praxis an die Familien ausgegeben?

- die Ärztin/ der Arzt
- die/der Medizinische Fachangestellte

2. ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> das gesamte Praxisteam |
| <input type="checkbox"/> niemand |
| 2. Wie häufig wurde der Info-Zettel „Kinderfreizeit“ an Familien ausgegeben? |
| <input type="checkbox"/> mehrmals täglich |
| <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche |
| <input type="checkbox"/> zwei- bis dreimal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> einmal im Monat oder nie |
| 3. Wie häufig wurde der Info-Zettel „Kinderernährung“ an Familien ausgegeben? |
| <input type="checkbox"/> mehrmals täglich |
| <input type="checkbox"/> täglich |
| <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche |
| <input type="checkbox"/> zwei- bis dreimal pro Monat |
| <input type="checkbox"/> einmal im Monat oder nie |
| 4. Wie war die Resonanz der Familien auf die Informationszettel? |
| sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie gut verständlich sind die Informationen für Familien ohne Migrationshintergrund? |
| sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie gut verständlich sind die Informationen für Familien mit Migrationshintergrund? |
| sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> |
| 7. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie die Info-Zettel nach der Testphase weiterhin austeilten? |
| <input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> wahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> ebenso wahrscheinlich wie unwahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich |
| <input type="checkbox"/> sehr unwahrscheinlich |
| 8. Wie hoch schätzen Sie den Mehrwert der Info-Zettel für Ihre KJA-Praxis ein? |
| <input type="checkbox"/> sehr hoch |
| <input type="checkbox"/> hoch |
| <input type="checkbox"/> moderat |
| <input type="checkbox"/> eher gering |
| <input type="checkbox"/> gering |

Abbildung 2: Fragebogen an die/den KJA zur Materialientestung in den KJA-Praxen.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

3.1. Bedarfsanalyse: Qualitative Experteninterviews in den KJA-Praxen

Die unter 2. aufgeführten Ziele der qualitativen Bedarfsanalyse sowie das Rekrutierungsziel von N=12-18 wurden erreicht. Die Rekrutierung der KJA gelang problemlos. Es stellte sich jedoch als schwierig heraus, MFA als Interviewteilnehmer*innen zu gewinnen, da einige der KJA die zeitlichen Ressourcen ihrer Angestellten nicht weiter strapazieren wollten und deren Teilnahme daher ablehnten. Aufgrund dessen ist der Anteil der rekrutierten KJA deutlich größer als jener der MFA. Im Zuge des Analyseprozesses stellte sich eine hohe inhaltliche Dichte des Materials heraus, welche auf einen besonders umfangreichen Erkenntnisgewinn hindeutete. Beispielsweise zeichneten sich die aus dem Datenmaterial induktiv gewonnenen Themen durch große Varianz aus und reichten von subjektiven Empfindungen (z.B. Frust bezüglich des erzieherischen Handelns seitens der Eltern) bis hin zur Gesundheitssystemkritik (z.B. Fehlen von Geldern zur Vernetzung verschiedener Akteure). Dementsprechend ergab sich ein größerer Analyseaufwand. Aus diesen Gründen wurde eine zweimonatige Verlängerung beantragt, welche bewilligt wurde.

3.2. Quantitative Online-Befragung niedergelassener KJA

Für die Entwicklung und Programmierung des Online-Fragebogens musste zunächst ein akzeptables Tool unter Berücksichtigung des aktuellen Datenschutzgesetzes identifiziert werden. Nach Auswahl der Software Unipark (QuestBack-Köln) dauerte es 3 Wochen, um eine Lizenz zu erwerben. Auch während der Programmierung des Fragebogens kam es IT-seitig zu Verzögerungen, weil der Programmierungsaufwand höher als eingeschätzt war. Weitere Verzögerungen im Zeitplan ergaben sich durch einen ausstehenden Vorstandsbeschluss des BVKJ und zuvor intern im Berufsverband noch zu klärende Fragen. Es wurde eine Rücklaufquote von 33,3 % der ambulant tätigen KJA erzielt.

3.3. Leitfadeninterviews mit Eltern

Der sich auf die Leitfadeninterviews mit Eltern beziehende Arbeitsplan und die entsprechenden Ziele wurden erfüllt. Das Rekrutierungsziel von N=16 wurde erreicht und drei weitere Interviews durchgeführt, um eine theoretische Sättigung zu erzielen. Diese zusätzlichen Interviews waren von Nöten, da in einigen Interviews aufgrund von Sprachbarrieren kein Erzählfluss stimuliert werden konnte. Beispielsweise wurde ein Interview ad hoc auf Englisch geführt. Da die Interviewpartnerin gebrochenes Englisch sprach, war die Analyse dieses Datenmaterials nur bedingt möglich.

3. DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN

Es gab Verzögerungen im Zeitplan aufgrund eines erhöhten Rekrutierungsaufwandes: Im Laufe des Forschungsprozesses ergaben sich Schwierigkeiten hinsichtlich der Rekrutierung von Studienteilnehmer*innen mit spezifischem Migrationshintergrund unter Berücksichtigung der weiteren Inklusionskriterien (z.B. Alter des Kindes, Sozialstatus). Es stellte sich heraus, dass sich der Patientenstamm der kooperierenden KJA-Praxen hinsichtlich des Migrationshintergrundes durch große Varianz auszeichnete. Mit der Inklusion weiterer Nationalitäten bildet sich diese Varianz ebenfalls in der Stichprobe ab. Wie Schenk et al. (2016) auf Basis der KiGGS-Daten konstatieren, zeigen sich signifikant häufiger ungünstige Ernährungsmuster bei türkeistämmigen Kindern und Jugendlichen, Kindern und Jugendlichen aus der früheren UdSSR aber auch aus anderen Ländern im Vergleich zu jenen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (Schenk et al., 2016). Wenngleich die Studienlage zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Herkunftsland und ungünstigen Ernährungsmustern im besonderen Maße auf Kinder und Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund zutrifft, so gilt dies auch für andere ethnische Zugehörigkeiten. Vor diesem Hintergrund war die hohe Varianz der Stichprobe hinsichtlich des Migrationshintergrundes günstig, um kulturell geprägte, gesundheitsrelevante Orientierungen sowie Erziehungseinstellungen und entsprechende Lebensstile im allgemeinen Kontext Migration zu rekonstruieren, statt auf spezifische ethnische Hintergründe zu beschränken.

Zudem stellte sich die Gewinnung von Eltern in den Kinder- und Jugendarztpraxen für die qualitativen Leitfadeninterviews als sehr ressourcenintensiv dar. Gründe waren Teilnahmehürden seitens der Eltern wie beispielweise Zeitmangel oder die Sorge um die Erkrankung des Kindes resp. der Kinder, aufgrund welcher sie sich in den Praxen oder Ambulanzen befanden. Sprachbarrieren stellten sich außerdem im höheren Maße als angenommen als Hindernisse für eine Studienteilnahme heraus.

Während des Forschungsprozesses ergab sich ein erhöhter Analyseaufwand. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug etwa zehn Minuten länger als erwartet, wodurch es etwa 120 Minuten transkribiertes Interviewmaterial zusätzlich zu analysieren galt. Außerdem wurde entgegen der antizipierten Interviewbedingungen die Mehrheit der Interviews in Anwesenheit eines oder mehrerer Kinder geführt, wodurch die Gesprächsdynamik wesentlich beeinflusst wurde. In diesem Zusammenhang wurde eine Anpassung der methodischen Vorgehensweise im Laufe des Datenauswertungsprozesses notwendig.

3. DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN

3.4. Recherche und vergleichende Analyse vorhandener Beratungsmaterialien

3.4.1. Online-Umfrage zur Nutzung von Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen

Die Programmierung der Online-Umfrage erfolgte gemäß des Arbeits- und Zeitplans direkt nach Projektbeginn. Ein erster Entwurf wurde im April 2017 an Frau M. Kersting als Testversion verschickt. Durch Verzögerungen im Feedback zur ersten Testversion wurde die Umfrage erst zwei Monate später über folgende E-Mail-Verteiler verschickt:

- Deutsche Adipositas Gesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Verband der Oecotrophologen e.V.
- Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH
- Dr. Gola – Institut für Ernährung und Prävention GmbH
- „Pfundige Kids in Bewegung“ Netzwerk Spandau
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie
- Konsensusgruppe Adipositasschulung (KgAS)

Trotz drei Erinnerungsmails zur Teilnahme an der Umfrage nahmen insgesamt nur 25 Teilnehmer*innen an der Online-Befragung teil.

3.4.2. Kriterien - gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien im Internet

Die Internet-Recherche und Analyse von Beratungsmaterialien erforderte einen deutlich höheren Arbeits- und Zeitaufwand und wurde erst im Juni 2018 fertiggestellt. Die Internet-Recherche erfolgte zwischen August und September 2017. Aufgrund der Fülle der recherchierten Printmedien, Websites und Apps wurde die systematische Analyse und Bewertung der Materialien erst im Januar 2019 fertiggestellt.

3.5. Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien

Das Umfeld zur Neuentwicklung beratungsunterstützender Materialien zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in der pädiatrischen Praxis hat sich seit der Antragstellung signifikant verändert: Geplant war für diesen Studienteil ein Workshop mit der Firma Welldoo, die sich 2017 aufgelöst hat, mittlerweile ein Teil von Vilva (Arvato CRM Helthcare) geworden und in einem anderen Geschäftsfeld tätig ist. Deshalb konnte der geplante Workshop nicht stattfinden. Die freiwerdenden Mittel wurden für die Durchführung der Fokusgruppen verwendet. Weiterhin war im Rahmen dieses Studienteils eine Kooperation mit Frau Dr. Curtis geplant, die selbst eine App zu Portionsgrößen

3. DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN

entwickelt hatte. Frau Dr. Curtis hat die Universität von Birmingham verlassen, sowie den Tätigkeitsschwerpunkt gewechselt. Sie stand deshalb ebenfalls nicht mehr als Kooperationspartnerin zur Verfügung.

Die Neuentwicklung von Materialien zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise begann abweichend vom Projektantrag erst im September 2017. Diese Verzögerung ergab sich aus dem Mehraufwand aus der Bewertung der durch die Kriterien-gesteuerten Internetrecherche bereits vorhandener Materialien zur Gesundheitsförderung. Die einzelnen Materialien der Toolbox wurden im November 2018 fertiggestellt, sodass sie zur Materialtestung in den Risikogruppen verwendet werden konnten.

In mehreren multiprofessionellen Arbeitstreffen wurde die Entwicklung einer Gesundheits-App mit spielerischen Elementen geplant. Da der Zeitaufwand für die App-Entwicklung allerdings sehr hoch gewesen wäre und der Grafiker den Prototypen nicht rechtzeitig fertigstellen konnte, wurde als alternative digitale Anwendung eine interaktive Website programmiert, die zum Projektabschluss als Prototyp vorliegt. Retrospektiv ist dieses digitale Tool für die Anwendung in der KJA wesentlich besser geeignet, sowohl für eine schrittweise Weiterentwicklung (Einfügen weiteren interaktiver Elemente, Hinterlegen von Schulungs- und Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen), als auch für die Möglichkeiten zur Vermittlung lokaler und/oder Praxis-spezifischer Inhalte (z.B. Karte mit Spielplätzen und Sportstätten in der Umgebung).

3.6. Materialientestung

Aufgrund der Ausgestaltung der Toolbox wurde ein geringer Zeitraum für die Materialtestung anberaumt, als die zuvor geplanten drei bis vier Monate, welche sich auf die Testung einer App bezogen. Die Materialien der Toolbox wurden vier Wochen getestet. Damit wurden auch versucht, mögliche Gewöhnungseffekte oder sonstige Verzerrungen zu minimieren.

Die Fokusgruppen-Interviews wurden entsprechend des Arbeitsplans in drei KJA-Praxen in sozialen Brennpunkten Berlins durchgeführt. Zwei der Fokusgruppen wurden aufgrund kurzfristiger Absagen und Nicht-Erscheinens statt mit den geplanten vier Teilnehmer*innen mit zwei Teilnehmer*innen realisiert.

Die inhaltliche Ausrichtung der Fokusgruppen wich insofern vom ursprünglichen Arbeitsplan ab, dass keine App entwickelt und im Vergleich zu herkömmlichen Materialien getestet wurde. Stattdessen wurden Nutzen und Akzeptanz der entwickelten Toolbox Materialien im Rahmen der Fokusgruppen besprochen und evaluiert.

4. ERGEBNISSE

4. Ergebnisse

4.1. Qualitative Experteninterviews in den KJA-Praxen

Im Rahmen der qualitativen Studie zur Bedarfsanalyse von beratungsunterstützenden Tools wurden Studienteilnehmer*innen aus 12 Kinder- und Jugendarztpraxen in Berlin, Dortmund und Ludwigsburg rekrutiert. Insgesamt wurden N=18 qualitative Experteninterviews mit n=12 Pädiater*innen und n=6 Medizinischen Fachangestellten durchgeführt. Alle befragten KJA waren in eigener oder einer Gemeinschafts-Praxis tätig (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht Charakteristika der befragten Expert*innen und deren Praxen

| Profession * Brennpunkt * Stadt Crosstabulation * Geschlecht | | | | | | | |
|--|--------------|-----|------------|----------|-----------|------------|-----------|
| Stadt | | | Brennpunkt | | Total | Geschlecht | |
| | | | Ja | Nein | | M | W |
| Berlin | Profession | KJA | 2 | 4 | 6 | 1 | 5 |
| | | MFA | 1 | 2 | 3 | 0 | 3 |
| | Total | | 3 | 6 | 9 | 1 | 8 |
| Ludwigsburg | Profession | KJA | 2 | 1 | 3 | 3 | 0 |
| | | MFA | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| | Total | | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 |
| Dortmund | Profession | KJA | 3 | 0 | 3 | 2 | 1 |
| | | MFA | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Total | | 4 | 0 | 4 | 2 | 2 |
| Total | Profession | KJA | 7 | 5 | 12 | 6 | 6 |
| | | MFA | 3 | 3 | 6 | 0 | 6 |
| | Total | | 10 | 8 | 18 | 6 | 12 |

Die Zustimmungen aller teilnehmenden Pädiater*innen für die weitere Kooperation und die Erprobung der Toolbox sowie die Durchführung von Fokusgruppen mit Eltern in ihrer Praxis wurden eingeholt. Darüber hinaus konnte eine Ärztin für die Rekrutierung von Eltern aus Risikogruppen zu deren qualitativen Befragung gewonnen werden.

4.1.1. Globalanalyse

Eine Globalanalyse der Interviews wurde durchgeführt und relevante Erkenntnisse für die inhaltliche Basierung des Online-Fragebogens mit den Projektpartner*innen geteilt (siehe 4.1.4.). Fokus der inhaltlichen Übersichtsanalyse war zum einen die Perspektive der Expert*innen hinsichtlich bestehender Hemmnisse sowie fördernder Bedingungen des Einsatzes von Beratungstools und Informationsmaterialien im Kontext des pädiatrischen Praxisalltags. Zum anderen konnten Meinungen und Wünsche hinsichtlich des Charakters

4. ERGEBNISSE

eines adäquaten Beratungstools identifiziert werden. Beispielsweise wurde in einer Vielzahl von Interviews auf den Mangel an und Wunsch nach Beratungsangeboten zur Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention hingewiesen, die sich an spezifische Altersgruppen (z.B. Schulkinder, Jugendliche) richten sowie migrationspezifische Bedarfe berücksichtigen. Die Ergebnisse der Globalanalyse wurden im Rahmen eines Projekttreffens geteilt und waren richtungsweisend für die Konzeptualisierung des Beratungstools.

4.1.2. Inhaltsanalytische Auswertung

Aus der inhaltsanalytischen Auswertung ergaben sich sechs Oberthemen sowie entsprechende Unterthemen, welche in Tabelle 3 zusammengefasst sind.

Tabelle 3: Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung: Übersicht der aus den Experteninterviews generierten Hauptthemen, Unterthemen und Ausprägungen

| | Oberthemen (OT) und Unterthemen (UT) | Ausprägungen (Perspektive Profession) |
|---------------|---|--|
| OT 1 | Praxis der Präventivberatung | |
| UT 1.1 | Rolle als Gesundheitsförderer*in und Präventivberater*in (KJA) | <ul style="list-style-type: none"> • Differente Rollenverständnisse hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Adipositasprävention -> Untenstehende Hindernisse (OT 2) sowie weitere Faktoren scheinen das individuelle Rollenverständnis der Pädiater*innen zu beeinflussen. -> Die Motivation der Befragten, als Gesundheitsförderer und präventiv Beratender tätig zu sein, war entsprechend unterschiedlich ausgeprägt. -> Handeln als Gesundheitsförderer*in und Präventivberater*in Abhängigkeit von Rollenverständnis |
| OT 2 | Hindernisse für eine wirksame Präventivberatung und Gesundheitsförderung | |
| UT 2.1 | Strukturelle Hindernisse | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitmangel, Konflikt mit Praxisalltag, -Abläufen (MFA, KJA) • Großer organisatorischer, bürokratischer Aufwand für Überweisungen und Antragstellungen (z.B. für Rehabilitationsmaßnahmen) -> zusätzlicher Zeitmangel (KJA) • Keine Vergütung für zusätzlichen Beratungsaufwand (KJA) • Zu geringe Vernetzung zwischen den Professionen (KJA) (z.B. Beratungsstellen, Sporteinrichtungen) • Übergewicht oder Adipositas wird nicht als medizinisches Krankheitsbild definiert (KJA) -> mangelnde Vergütung, mangelnde Netzwerke -> mangelnde Ausbildung von Mediziner*innen, denen es aufgrund dessen an Fachwissen fehlt (siehe UT2.2) • Mangel an guten, lebensweltnahen Informationsmaterialien (KJA) |
| UT 2.2 | Hindernisse seitens der KJA und MFA | <ul style="list-style-type: none"> • Professionsbedingter Mangel an Fachwissen (MFA, KJA) • Individuelle Demotivation (KJA) |

4. ERGEBNISSE

| | | |
|---------------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Frust über sich wiederholende Erfahrung des Misserfolgs (z.B. non-adhärentes Verhalten der Eltern oder Kinder, „Jo-Jo-Effekt“) (KJA, MFA) <ul style="list-style-type: none"> -> führt oftmals zur Delegation der Verantwortung (z.B. Eltern, Beratungsstellen) bzw. Rückweisung von Verantwortung (zurück an die Eltern) bis hin zur Resignation oder Ohnmacht (KJA) -> Motivationsbarrieren • Rollenverständnis bzgl. Präventionsarbeit als Pädiate*r*in <ul style="list-style-type: none"> -> Motivationsbarrieren (siehe OT1) • Lebensweltferne zwischen KJA und Patient*innen resp. Eltern <ul style="list-style-type: none"> -> Unverständnis, gering ausgeprägte Empathie |
| UT 2.3 | Hindernisse seitens der Patient*innen resp. der Eltern | <ul style="list-style-type: none"> • Non-Adhärenz (KJA, MFA) <ul style="list-style-type: none"> -> z.B. werden Ernährungsprotokolle nicht/ teilweise ausgefüllt, entsprechen nicht der Realität • Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln (KJA, MFA) <ul style="list-style-type: none"> -> auch wenn ein gewisses Maß an Ernährungswissen und/oder Gesundheitskompetenz vorhanden ist, wird dies kaum in die Tat umgesetzt (Zusammenhang mit mangelnden Ressourcen) • Mangelnde Ressourcen (teilweise Schicht- und Kulturspezifisch) (KJA, MFA) <ul style="list-style-type: none"> -> Mangelndes Problembewusstsein -> Mangelnde Gesundheitskompetenz, mangelndes Wissen sowie „gut gemeintes Unwissen“ (z.B. Der Glaube, dass alle Bioprodukte gesund seien) -> Fehlende soziale Unterstützung -> Mangel an Fähigkeiten zur Umsetzung von Verhaltensveränderungen • Geringe Veränderungsbereitschaft der Eltern (KJA) <ul style="list-style-type: none"> -> assoziiert mit geringer Einsicht, scheinbarem Desinteresse • Hinderliche Handlungsmuster der Eltern (KJA) <ul style="list-style-type: none"> -> Handeln erst bei großem Leidensdruck (<- -> Präventionsansatz) • Erziehungsassoziierte Hindernisse (teilweise schicht- und kulturspezifisch) (KJA, MFA) <ul style="list-style-type: none"> -> mangelnde Kontrolle, Überforderung; „die Kinder tanzen den Eltern auf der Nase herum“ -> Füttern zur Beruhigung -> Essen als Belohnung -> ständiges zur Verfügung stellen, ständiges Anbieten, Überfütterung • Berufstätigkeit beider Eltern / lange Arbeitszeiten (schichtübergreifend) (KJA) <ul style="list-style-type: none"> -> Kinder und Jugendliche sind oft auf sich gestellt, bekommen Taschengeld und (über-) versorgen sich selbst bzw. ernähren sich ungesund |

4. ERGEBNISSE

| | | |
|---------------|--|---|
| | | <p>-> keine regelmäßigen, gemeinsamen Mahlzeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulturell geprägte Ernährungspraktiken und Körperbilder (KJA, MFA) |
| OT 3 | Notwendige bzw. wünschenswerte Bedingungen für eine wirksame Präventivberatung und Gesundheitsförderung | |
| UT 3.1 | Strukturelle Wünsche / Bedingungen | <ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitliches Versorgungskonzept oder – Netzwerk, das alle zentralen Akteure integriert (z.B. Endokrinolog*innen, Ernährungsberater*innen, Schulen, Sportvereine, Psycholog*innen, Fachärzt*innen, Eltern) • Sportangebote und Ernährungsberatungen, die spezifisch an die Bedarfe von (Vor-) Schulkindern angepasst sind (KJA) • Netzwerk, das auf die spezifischen Bedarfe adipöser Kinder und Jugendlicher ausgerichtet ist (KJA) • Bessere Vernetzung und Abstimmung mit Schulen (KJA, MFA) |
| UT 3.2 | Bedingungen seitens der KJA und MFA | <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund einiger der unter OT 2 zusammengefassten Hindernisse bedarf es eines zusätzlichen Engagements und Einsatzes von Ressourcen (z.B. hinsichtlich des Zeitmangels) • Vertrauensverhältnis schaffen (MFA) • Sich mit den Angeboten (z.B. bzgl. Sportgruppen für übergewichtige Kinder) befassen, Recherchen anstellen (KJA) • „Netzwerkarbeit“ betreiben (KJA) • Anti-autoritäre, motivierende Kommunikation (KJA) • Lebensweltnahe, niederschwellige Kommunikation (KJA, MFA) |
| UT 3.3 | Bedingungen seitens der Patient*innen resp. der Eltern | <ul style="list-style-type: none"> • Gesteigertes Interesse für die Gesundheit ihrer Kinder aufbringen • Adhärenz seitens der Eltern und Kinder resp. Jugendlichen (KJA, MFA) -> z.B.: zu Terminen erscheinen; offene und ehrliche Kommunikation; Umsetzung der besprochenen Inhalte; vollständiges und wahrheitsgetreues Ausfüllen von Ernährungsprotokollen • Einbezug des gesamten Familienverbundes (KJA, MFA), („alle müssen an einem Strang ziehen“ (MFA)) • Eltern sollten ihrer Vorbildfunktion nachkommen (KJA, MFA) • Eltern sollten auch ihren eigenen Lebensstil ändern (Einkauf, Ernährungswahl, Portionsgröße, Mahlzeitstruktur) (KJA, MFA) |
| OT 4 | Ansätze zur Überwindung von Hindernissen für eine wirksame Präventivberatung und Gesundheitsförderung | |
| UT 4.1 | Eigene Ansätze und Strategien | <ul style="list-style-type: none"> • Perzentilkurven zur Veranschaulichung (alle KJA-Praxen) -> positive Erfahrungen (KJA, MFA) • Regelmäßige Gewichtskontrollen -> Patient*innen werden zum Wiegen „einbestellt“ (KJA, MFA) • Regelmäßige Blutabnahmen (alle KJA-Praxen) • Ernährungsprotokolle (alle KJA-Praxen) • Es braucht „AHA-Momente“, können z.B. auf emotionaler Ebene getriggert werden (KJA, MFA) |

4. ERGEBNISSE

| | | |
|---------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Risikokommunikation (KJA, MFA), z.B. Aufzeigen möglicher gesundheitlicher Folgen • Schaffen von Anreizen zur Gewichtsabnahme, z.B. „wieder in Jeans passen können“ (MFA) • Aktives Ansprechen von beobachteten ungünstigen Ernährungspraktiken (MFA, KJA) • Tipps zur gesünderen Ernährung (z.B. Rezept für selbstgemachte Limonaden) (MFA) |
| UT 4.2 | Gewünschte künftige Ansätze und Strategien zur Überwindung von Hindernissen | <ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitlicher Ansatz (KJA) -> Sport, Ernährung und psychologische Betreuung -> an individuelle Voraussetzungen und Bedürfnisse angepasst • Angebote, die speziell auf die Bedarfe adipöser Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sind (KJA) |
| OT 5 | Vorhandene Beratungstools und –Materialien | |
| UT 5.1 | Eigene Benutzung vorhandener Beratungstools und –Materialien | <ul style="list-style-type: none"> • Diverse Broschüren, Flyer und Poster (z.B. Portionspyramide) (siehe 4. Kriterien-gesteuerte Recherche) |
| UT 5.2 | Stärken und Schwächen vorhandener Beratungstools und –Materialien | <ul style="list-style-type: none"> • Enthalten zuteilen falsche Informationen • Sind oftmals unverständlich, zu textlastig • Nicht in genügend Sprachen verfügbar • Einige Broschüren enthalten nützliche Informationen, werden gerne von Eltern mitgenommen • Die meisten Broschüren „landen sowieso wieder im Mülleimer“ (KJA) • Größtenteils nicht an spezifische Subgruppen und/oder Risikogruppen ausgerichtet (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Gesundheitskompetenz der Eltern) |
| UT 5.3 | Wünsche bzgl. künftiger Materialien | <ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung verschiedener Altersgruppen und deren spezifischer Bedarfe („es gibt kaum gutes Material spezifisch für ältere Kinder oder Jugendliche“ (KJA)) • Spezifisch auf bevorstehenden Schulalltag ausgerichtetes Material, das standardisiert bei U9 mitgegeben wird -> Konkret auf „Fallen im Schulalltag“ (KJA) hinweisen • Ganzheitlicher Ansatz (auch auf Tagesstrukturen, Medienkonsum, psychisches Befinden eingehen) • Individualisierbares Tool, das die Erstellung eines gut strukturierten Behandlungsplans zusammen mit den Eltern und Kindern ermöglicht (KJA) • Anschauliches Material mit prägnanten Botschaften und wenig Text (KJA, MFA) • Verfügbarkeit in verschiedenen Sprachen (nicht „nur“ deutsch und türkisch) (KJA, MFA) • <i>Siehe auch UT 6.2</i> |
| OT 6 | (Digitale) Beratungstoolbox | |

4. ERGEBNISSE

| | | |
|---------------|--|--|
| UT 6.1 | Potentiale und Hindernisse | <ul style="list-style-type: none">• Kann sinnvoll in Kombination mit Ernährungsberatung eingesetzt werden, aber in der Praxis ist keine Zeit dafür (KJA)• Kann unterstützend in der Praxis eingesetzt werden und den Praxisalltag entlasten (MFA, KJA)• Bei Bedarf Nutzung der Toolbox und ggf. Ergebnisse besprechen, eigens für diesen Zweck in die Sprechstunde „bestellen“ (KJA)• Im Rahmen der Sprechstunde bleibt lediglich Zeit zur Bewerbung der Toolbox (mündlicher Hinweis, Flyer, Poster), nicht aber zur Auseinandersetzung mit dem Material oder dessen Erläuterung (KJA)• Die Besprechung des Materials kann lediglich kurz in der Sprechstunde erfolgen (KJA) |
| UT 6.2 | Empfehlungen für die Entwicklung und Implementierung eines digitalen Beratungsinstruments | <ul style="list-style-type: none">• Praktische Tipps für den Alltag, die leicht umzusetzen sind (z.B. Rezepte für gesunde und leckere Getränke) (KJA, MFA)• Aufdecken von ungünstigen erzieherischen Maßnahmen (z.B. Füttern zur Beruhigung) (KJA)• Aufdecken von geläufigen Ernährungsrirrtümern (z.B. Fruchtsaft ist gesund) (KJA, MFA)• Einfache Sprache und wenig Text, Fokus auf Visualisierungen (KJA, MFA)• Spielerischer Ansatz (Gamification) (KJA)• <i>Siehe auch UT 5.3</i> |

4.1.3. Methodentriangulation auf Basis der qualitativen Bedarfsanalyse von Expert*innen

In einem integrativen Forschungsdesign wurden qualitative und quantitative Methoden derart „trianguliert“ (Flick 2013b) resp. miteinander verknüpft, dass einerseits der noch wenig erforschte Untersuchungsgegenstand explorativ mittels Methoden der qualitativen Sozialforschung (siehe 2.1 und 2.3) untersucht und andererseits quantitativ validiert (siehe 2.2) werden konnte. Dementsprechend wurde das Befragungsinstrument für die Online Befragung (siehe 2.2) unter Berücksichtigung der in Tabelle 3 zusammengefassten Themen und Unterthemen konstruiert. Beispielsweise wurde ein Frageblock konstruiert, welcher aus den Oberthemen 1 und 2 abgeleitet wurde und das Selbstverständnis von Pädiater*innen hinsichtlich ihrer Verantwortung für die Übergewichtsprävention und Gesundheitsförderung operationalisiert (siehe Abbildung 3). Darüber hinaus dienten die aus dem Datenmaterial der Experteninterviews gewonnenen Themen *Vorhandene Beratungstools und –Materialien* (OT 5) und *Digitale Beratungstools* (OT6) sowie die entsprechenden Unterthemen der Entwicklung und insbesondere der inhaltlichen Basierung der Toolbox (siehe 4.5).

4. ERGEBNISSE

Die Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention gehört nicht zu meinen Aufgaben als Pädiater/in, weil...

Vervollständigen Sie den Satz und setzen Sie je ein Kreuz für die zutreffende Antwort.

| | trifft zu | teils-teils | trifft nicht zu |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ... mir für eine ausführliche Beratung die Zeit fehlt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ... mir für die Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention die Materialien fehlen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...eine solche Beratung nicht honoriert wird. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...ich aufgehört habe, mich dafür zu engagieren, da es kaum Erfolge gibt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...es in meiner Praxis keinen Bedarf gibt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstiges <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Abbildung 3: Auszug aus dem Online Fragebogen für niedergelassene KJA.

4.1.4. Qualitative Tiefenanalyse (Dokumentarische Methode)

Die folgenden Ausführungen der Tiefenanalysen fokussieren die Ebene der Kommunikation in der Arzt-Patient*innen – resp. Eltern – Beziehung (API).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Erfahrungsraum „Kinder und-Jugend-Arztpraxis“ trotz guter Ausgangsbedingungen auf zahlreiche Probleme trifft, wenn es um die Ansprache und Bearbeitung übergewichtsbezogener Präventionsmaßnahmen geht. Die Ausgangsbedingungen sind häufig von einem teils langjährigen Beziehungsaufbau sowie der Tatsache geprägt, dass lebensstilbezogene Risikoverhaltensweisen im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen (sog. U-Untersuchungen, U1-U9) als *Nebenindikationen* in Erscheinung treten. Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen kann anhand zunächst rein somatischer Befunde und deren visueller Darstellung ein gemeinsamer thematischer Bezug hergestellt und ein Bild medizinischer Normalität vermittelt werden. Das Verhältnis von Körpergröße zu Gewicht des Kindes wird mit Metriken (BMI und Perzentil-Tabellen) repräsentiert sowie die aktuelle und konsekutive Gewichtssituation des Kindes überwacht. Kinder- und Jugendärzt*innen (KJA) und das Praxisteam samt Medizinischen Fachangestellten (MFA) haben damit zahlreiche Möglichkeiten, die gewichtsbezogene Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen behutsam anzusprechen und so einen verlaufsorientierten, sachlichen Einstieg in das Thema zu finden. Im Erzeugen einer Aufmerksamkeit sowie eines Problembewusstseins für Risikofaktoren und darauf bezogene Präventionsmaßnahmen liegt zugleich die erste große Hürde für die Arzt-Patienten-Interaktion (API) sowie die darauf bezogenen Unterstützungsleistungen der MFA. Ab wann ein Kind als „zu dick“ gilt, lässt sich zunächst statistisch messen und visuell darstellen. Einerseits löst das Vor-Augen-Führen der statistischen Evidenz häufig „Aha-Effekte“ bei den Eltern aus und kann daher als erste Sensibilisierung für den Problemzusammenhang von

4. ERGEBNISSE

großem Nutzen sein. Andererseits führt die Aufklärung über und die Darstellung der Evidenz noch nicht unbedingt zu einer Einsicht der Eltern/des Kindes oder Jugendlichen bezüglich der damit angezeigten Problemlagen. Auch wird hierdurch nicht automatisch ein kommunikatives Eingeständnis an die Adresse der KJA, geschweige denn eine Verhaltensänderung im Sinne einer Adhärenz resp. Compliance erzeugt: Die dargestellte Evidenz führt oft dazu, dass die Eltern „verstummen“ und das Vorliegen eines Problems nicht oder erst nach einiger Zeit offen kommunizieren. Das Aussprechen und damit Anerkennen der vorliegenden Evidenz ist jedoch eine Voraussetzung, um eine Veränderung im Rahmen eines gemeinsamen Behandlungsplans erwirken zu können.

Da in der Regel (noch) keine medizinischen Beschwerden vorliegen, basiert der Aufbau von Aufmerksamkeit, Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft häufig auf *Risikokommunikation*. Diese liefert auf Grundlage von Wahrscheinlichkeitsaussagen und weit entfernt liegenden Zeiträumen hypothetische Erkrankungsszenarien und liegt daher im Bereich abstrakter Denkleistungen.

Der hiervon ausgehende Impuls reicht für eine umfassende Verhaltensänderung oft nicht aus, da diese im geschützten Raum der familiären Privatsphäre erfolgen soll. Denn die zu Übergewicht und/oder Adipositas führenden Risikoverhaltensweisen nehmen, wenn nicht ihren Ausgang, so doch ihre kontinuierliche Form durch lebensstilbezogene Praktiken und Aushandlungsprozesse in Familien an. Daher sind KJA angehalten, den Entstehungshintergrund der Verhaltensweisen und damit den Komplex „Familie“ zu eruieren. Im Zuge dessen erscheinen Eltern häufig als (Mit-) Verursacher*innen der Problemlagen des Kindes, womit deren (nicht selten vorliegendes) eigenes Übergewicht infolge riskanter Lebens- und Ernährungsstile in den Fokus gerät. Wichtig erscheint es daher aus Sicht der KJA und MFA, das Thema Ernährung und Übergewicht als *familiales* Thema zu rahmen und so auf eine umfassende Bearbeitung im Familienbund hinzuarbeiten:

„[...] Da haben wir auf jeden Fall ausführlich noch mal mit den Eltern geredet. Hör zu: Alle Kinder müssen gleichbehandelt werden. Das was, sie isst, ist- esst Ihr auch, nicht Papa [...] kriegt eine Extra-Soße drüber oder so was, sondern alle das Gleiche am Tisch. [...] Weil Ihr müsst jetzt eine Einheit sein. Ihr müsst an einem Strang ziehen.“

(MFA_VI, W, 33 Jahre)

Dies macht die Herausforderung zunächst nicht kleiner, sondern größer, da nun Probleme offenbart sowie Verhaltenserwartungen geäußert werden, die mehrere Individuen sowie das Kollektiv Familie betreffen. Hiermit einher geht die Herausforderung für KJA und MFA, einen mittelbaren Zugang zu den dort zu findenden *kollektiven Orientierungen* zu erhalten. Diese äußern sich in eingeübten lebens- und ernährungsstilbezogenen Routinen, impliziten Bedeutungs- und Wissensgehalten sowie familialen Aushandlungsprozessen. Letztere ziehen in der Regel keine saubere Trennlinie zwischen physiologischen

4. ERGEBNISSE

Ernährungsnotwendigkeiten und einer symbolischen Ebene, welche Essen eine soziale Funktion zwischen Eltern und Kind zuweist.

Obwohl KJA in unterschiedlichem Maße hierüber Kenntnis nehmen, sehen sie sich allesamt der Herausforderung gegenüber, den Themenkomplex „Familie“ nun auf kommunikativer Ebene im Rahmen der API zu adressieren. Dort erfahren sie weitere Schwierigkeiten: An dieser Stelle tun sich immer wieder Divergenzen zwischen den verschiedenen Lebenswelten, die im „Erfahrungsraum KJA-Praxis“ aufeinandertreffen, auf. Eltern und Kinder resp. Jugendliche zeigen beispielsweise Kommunikationsformen sozialer Erwünschtheit, legen für KJA und MFA (aus deren jeweils eigenen lebensweltlichen Blickwinkeln) nur schwer nachvollziehbare Verhaltensweisen an den Tag, zeigen sich ratlos, überfordert oder werden stumm, wenn sie mit ihrem Verhalten konfrontiert werden. Dies alles hält KJA jedoch nicht davon ab, sich dem „Erfahrungsraum Familie“ zu nähern, diesen auf Grundlage von Erzählungen und Beobachtungen zu interpretieren und schlussendlich ein gemeinsame Handlungsebene mit den Familien anzustreben, die es erlaubt, ernährungsbezogene Verhaltensweisen in der API gemeinsam besser reflektieren und verändern zu können.

In Bezug auf risikogruppenspezifische Orientierungen kommt dabei folgendes Erfahrungswissen der KJA zum Tragen:

- a) Neben *Sprachbarrieren* in der API spielen *Körperbilder* eine Rolle in der Verhandlung von lebensstilbezogenen Verhaltensweisen. Diese sind sowohl *kultur-* als auch *geschlechtsspezifisch* geprägt. KJA und MFA berichten von Familien mit Migrationshintergrund (z.B. aus Balkanländern, arabischen Ländern und der Türkei), die eine von der medizinischen Perspektive abweichende Körperwahrnehmung mitbrächten. Von diesen Familien würde besonderer Wert daraufgelegt, „dicke, propere Kinder“ (KJA_VIII) zu haben. Viele Eltern hätten „Angst [...], dass ihre Kinder zu dürr sind“ (KJA_X) und würden Übergewicht daher nicht als problematisch, sondern im Gegenteil als erstrebenswert betrachten. Diese Körperwahrnehmung ist mitunter auch geschlechtsspezifisch konnotiert: das geförderte Übergewicht beziehe sich häufiger auf männliche Kinder und Jugendliche, da körperliche Fülle zugleich mit Stärke assoziiert werde.
 - Im Umgang mit diesen Risikogruppen erwies es sich als hilfreich, wenn die MFA die Sprache der Familien beherrschten und als Mediator*innen zwischen KJA und Familien wirkten, indem sie Verständnis für die familialen Haltungen kommunizierten und den eigenen Erfahrungshintergrund (Migrationsgeschichte der eigenen Familie oder selbst Übergewicht und anschließende Gewichtsreduktion) für eine „Ansprache auf Augenhöhe“ mit den Familien direkt nutzten.
- b) Auch brachten das *familiäre Arrangement* sowie die dort gelebten kulturspezifischen Essgewohnheiten in Familien mit Migrationshintergrund einige Herausforderungen für

4. ERGEBNISSE

KJA und MFA mit sich. Häufig übernehmen ältere Familienangehörige (z.B. Großeltern) einen Teil der Betreuungs- und Versorgungsaufgaben für die Eltern des (übergewichtigen) Kindes. Damit würden lebensstilbezogene Verhaltensänderungen, die mit den Eltern (und Kindern) in der API ausgehandelt wurden, nicht umgesetzt. Hinzu kämen ein hoher Medienkonsum (Smartphones), daraus folgende Immobilität (KJA_VIII: „Wir sind ja mobil ohne Ende, aber wir sind nicht mehr aktiv, ne?“) sowie Esspraktiken, die neben einer Tendenz zur Überversorgung, vor allem durch die Portionierung der Speisen auffielen: Die Maßeinheit „ein Teller voll“ funktioniere als Verhaltensziel nicht, wenn die Speisen stets in kleinen Schalen serviert würden und somit der Überblick schnell verloren gehe, welche Mengen tatsächlich verzehrt werden.

- Bezüglich der Rolle des weiteren Familienkreises, hat es sich als hilfreich herausgestellt, diese in Gespräche miteinzubeziehen oder deren Rolle mit den Eltern/dem Kind direkt zu besprechen. Nicht selten werden Familienangehörige jedoch durch Eltern dazu herangezogen, die eigene Rolle bei der Entstehung des Übergewichts des Kindes herunterzuspielen oder Verantwortung direkt zu delegieren, was u.U. in Zusammenhang mit sozialer Erwünschtheit oder einer mangelnden Problem- bzw. Änderungsorientierung steht.
- In diesem Kontext spielt der Erwerbsstatus eine wesentliche Rolle: Nicht wenige Familien – zumeist mit entweder einem eher niedrigen oder höheren sozioökonomischen Hintergrund – sind, wie KJA und MFA gleichermaßen berichten, beruflich stark eingebunden und greifen daher auf Unterstützungsleistungen der Familie oder Convenience-Produkte zurück. Auch kommt es in dieser Konstellation häufiger dazu, dass Eltern dem eigenen Kind mit Geldleistungen die Ernährung überantworten, was zu außerhalb der Familie sich abspielenden und häufig unausgewogenen Ernährungspraktiken des Kindes oder Jugendlichen führt.
- Den kulturspezifischen Ernährungspraktiken lässt sich aus Erfahrung der KJA und MFA mit Ernährungsprotokollen beikommen. Hier füllen Eltern und/oder deren Kinder über einen längeren Zeitraum einen Beobachtungsbogen aus, mittels welchem sie Klarheit hinsichtlich ihres Ernährungsverhaltens bekommen und der/die KJA ein besseres Verständnis darüber erlangen können, inwiefern Ernährungsroutinen verfolgt und welche Kalorienmengen verzehrt werden. Wie die große Mehrheit der KJA und MFA berichtet, kommt es hier gleichwohl zu Problemen hinsichtlich der Vollständigkeit und (seltener) des Wahrheitsgehalts der protokollierten Angaben.

4.2. Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen

Bei der quantitativen Online Befragung vom Januar 2018 wurden 11.608 registrierte Mitglieder des BVKJ (Vollerhebung) per email eingeladen 22 Fragen über 4 verschiedene

4. ERGEBNISSE

Themengebiete der pädiatrischen Arbeit im Präventionsbereich zu beantworten. Die Umfrage war anonym, es gab jedoch die Möglichkeit freiwillig seine E-Mail-Adresse mitzuteilen um per Los einen der drei Gutscheine im Wert von 200 Euro zur Wartezimmergestaltung zu bekommen.

Insgesamt nahmen 2.024 KJA an der Umfrage teil, was einer Rücklaufquote von 17,4 % entspricht. Bezieht man die Teilnahmezahlen auf die allein ambulant tätigen KJA, so haben 33,3 % von insgesamt 6.081 registrierten Praxen geantwortet.

Der Fragenkomplex gliederte sich in 3 größere Themenbereiche:

1. Themenbereich: Praxisstruktur

Ca. 54 % der Praxen bestehen länger als 15 Jahre, etwa 67 % liegen im städtischen Raum, knapp die Hälfte würden ihren Einzugsbereich als sozialen Brennpunkt bezeichnen. Einzel- und Gemeinschaftspraxen waren annähernd gleich (42,4 % vs. 42,6 %) bei der Umfrage vertreten, Medizinische Versorgungszentren hatten einen Anteil von 5,8 %. Die durchschnittliche kinder- und jugendärztliche Praxis beschäftigte 2 ärztliche und 5 nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, wobei das Durchschnittsalter der Befragten bei $52,6 \pm 9,3$ Jahren lag. Die Geschlechterverteilung von Ärztinnen und Ärzten ergab 62,3 % vs. 37,7 %.

Der in der jeweiligen Praxis geschätzte Anteil übergewichtiger Patientinnen/Patienten lag bei 16,3 %, der Anteil von Patient/-innen mit Migrationshintergrund betrug 30,6 %. Bei der Länderverteilung lagen die Länder Türkei (64,2 %), Syrien (13,6 %) und Länder der früheren Sowjetunion (10,5 %) an der Spitze (Abbildung 4).

4. ERGEBNISSE

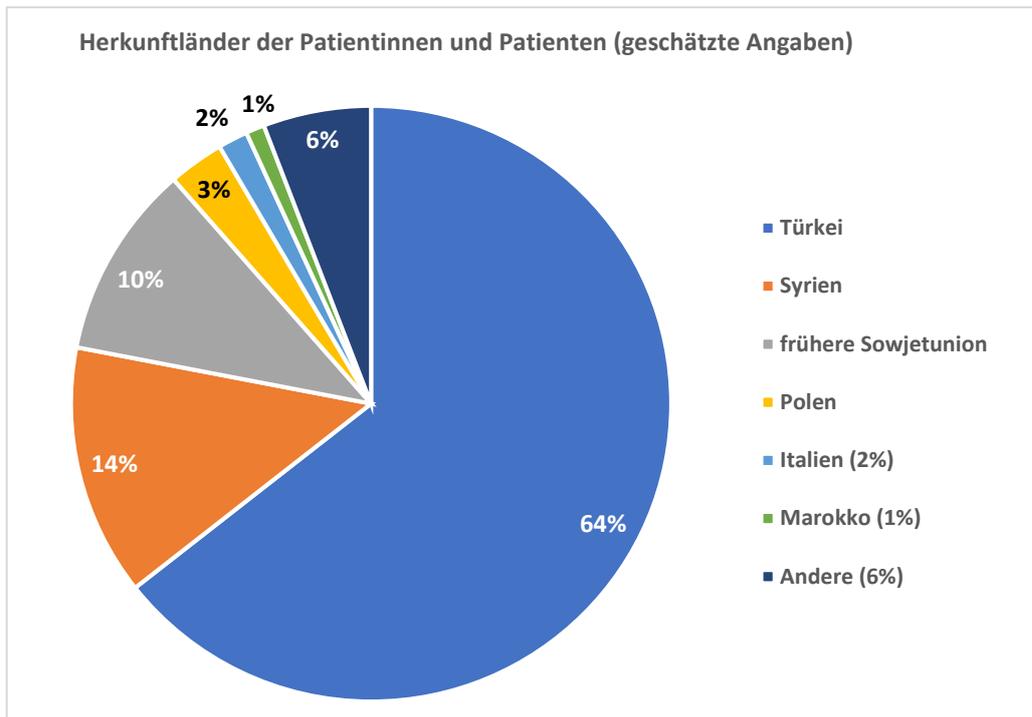


Abbildung 4: Herkunftsländer der Familien mit Migrationshintergrund

2. Themenbereich: Fragen zur Beratungssituation

Aus den Fragen wer in den Praxen die Beratung durchführt (88,9 % der Ärzt*innen) und ob sie bei regulären Terminen oder extra dafür vereinbarten Terminen stattfindet (53,7 % reguläre Termine vs. 35,2 % gesonderte Termine) konnte deutlich abgelesen werden, dass die Beratung als ärztliche Aufgabe angesehen wird und seltener an andere Mitglieder der Praxis (MFA - Medizinische Fachangestellte 1,7 %) delegiert wird (Abbildung 5). Unter sonstige Beratende (9,4 %) fallen z. B. Ernährungsfachkräfte, die zeitweise mit in der Praxis tätig sind.

4. ERGEBNISSE

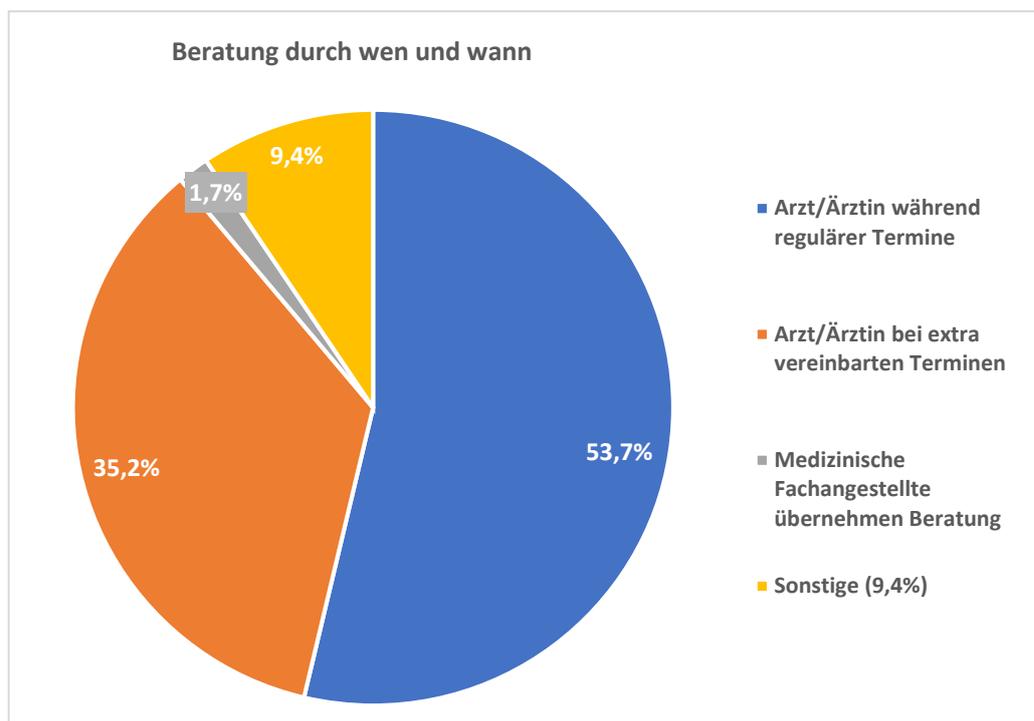


Abbildung 5: Beratung zu allgemeiner Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention – Setting und Berufsgruppe

3. Themenbereich: Fragen zu bereits verwendetem Material

Im dritten Themenbereich erfragten wir die Zufriedenheit mit den bereits genutzten Materialien ebenso wie die Wünsche an neu zu konzipierendes Beratungsmaterial. Es zeigte sich, dass Flyer und Broschüren am häufigsten in den Praxen verwendet werden. Gewünscht werden digitale Medien und Smartphone Apps, gefolgt von Postern, Büchern und Spielen. Besonders deutlich wurde in diesem Fragenkomplex die Diskrepanz zwischen aktuell verwendeten Materialien und dem Wunsch nach Spielen, Postern und digitalen Anwendungen für die Beratung zur Gesundheitsförderung (siehe Abbildung 6).

Nur etwa 10 % der Befragten zeigten sich mit meist in Papierversionen bereits vorliegenden Materialien zufrieden. Insbesondere wurde ein Mangel an kultursensiblen, sprachbarrierefreiem und altersfokussierendem Material deutlich. Auch das Bedienen der verschiedenen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen ist bei dem vorhandenen Material nicht ausreichend berücksichtigt. Praktische Tipps für den Alltag seien nur in einem Teil des Materials vorhanden, andere erhalten nach Ansicht der Befragten noch nicht genug davon. Darüber hinaus sei das vorhandene Material oft unübersichtlich.

4. ERGEBNISSE

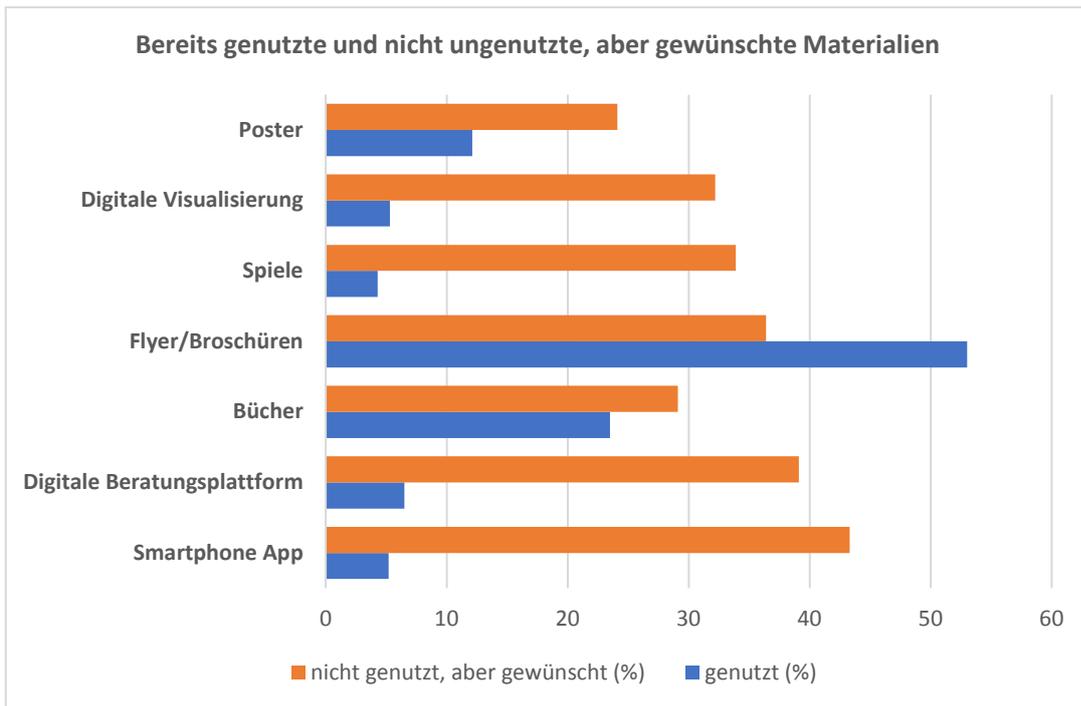


Abbildung 6: Materialien zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention – Verwendung und Wünsche.

Insgesamt sind in den vorhandenen und im Praxisalltag angewendeten Schulungsmaterialien die Aspekte Kultursensibilität, Sprachbarrierefreiheit und Alters- bzw. Entwicklungsstufen bisher zu wenig berücksichtigt (siehe Abbildung 7).

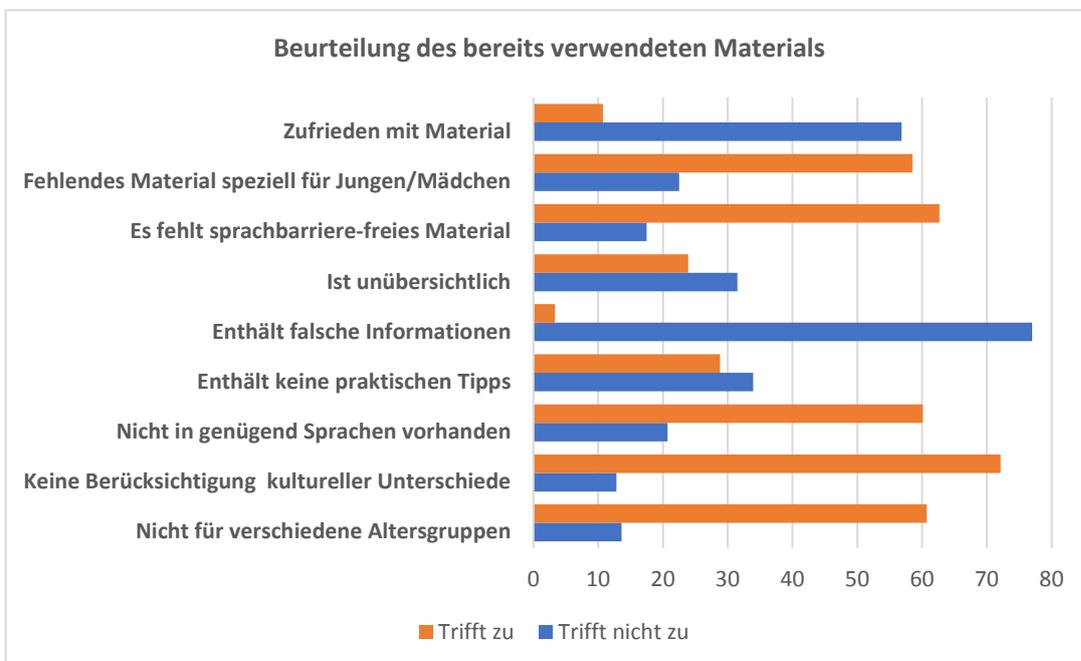


Abbildung 7: Materialien zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention – aktuelle Situation.

4. ERGEBNISSE

4.3. Leitfadeninterviews mit Eltern

Es wurden N=19 Interviews mit Eltern von Kindern zwischen 10 Wochen und 13 Jahren durchgeführt. Studienteilnehmer*innen waren vorrangig weiblich (n=14) und das Durchschnittsalter betrug 34,42 Jahre (r=25-55 Jahre). N=16 Elternteile waren verheiratet resp. in Partnerschaft. Die Mehrheit der Studienteilnehmer*innen hatte ein oder zwei Kinder, jeweils eine Familie vier bzw. fünf Kinder. In n=6 Familien war zumindest ein Kind übergewichtig und n=9 Interviewpartner*innen waren übergewichtig. In vier Fällen waren sowohl mindestens ein Kind und der/die Interviewte übergewichtig.

Die Stichprobe zeichnete sich durch eine große Varianz hinsichtlich des Migrationshintergrundes der Studienteilnehmer*innen aus (Tabelle 4). N=13 Elternteile hatten einen Migrationshintergrund, von welchen in n=11 Fällen das andere Elternteil ebenfalls einen Migrationshintergrund aufwies (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Charakteristika Elternstichprobe - Migrationshintergrund.

| Migrationshintergrund_Interviewee * Migrationsstatus Crosstabulations | | | | | |
|---|---------------------|---------------------------|-----------------|---------|-------|
| | | Migrationsstatus Kind(er) | | | Total |
| | | einseitiger MH | beidseitiger MH | kein MH | |
| Migrationshintergrund Interviewte/r | Albanisch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Deutsch | 0 | 0 | 6 | 6 |
| | Russisch/Deutsch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Irakisch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Israelisch | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Italienisch/Deutsch | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Kroatisch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Kubanisch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Serbisch/Deutsch | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | Türkisch | 0 | 4 | 0 | 4 |
| Türkisch/Deutsch | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| Total | | 2 | 11 | 6 | 19 |

Tabelle 5: Charakteristika Elternstichprobe – Migrationshintergrund, Übergewicht.

| Übergewicht_Kind * Übergewicht_Interviewee * Migrationsstatus Crosstabulation | | | | | |
|---|------------------|------|---------------------------|------|-------|
| Migrationsstatus | | | Übergewicht_Interviewte/r | | Total |
| | | | Ja | Nein | |
| einseitiger MH | Übergewicht_Kind | ja | 0 | 0 | 0 |
| | | nein | 1 | 1 | 2 |

4. ERGEBNISSE

| | | | | | |
|-----------------|------------------|------|----------|-----------|-----------|
| | Total | | 1 | 1 | 2 |
| beidseitiger MH | Übergewicht_Kind | ja | 2 | 2 | 4 |
| | | nein | 4 | 3 | 7 |
| | Total | | 6 | 5 | 11 |
| kein MH | Übergewicht_Kind | ja | 2 | 0 | 2 |
| | | nein | 0 | 4 | 4 |
| | Total | | 2 | 4 | 6 |
| Total | Übergewicht_Kind | ja | 4 | 2 | 6 |
| | | nein | 5 | 8 | 13 |
| | Total | | 9 | 10 | 19 |

4.3.1. Thematische Übersicht Formulierende Interpretation

In Tabelle 6 sind die aus den Analysen der Elterninterviews generierten zentralen Ober- und Unterthemen zusammengefasst. Die orangefarbenen Unterthemen verweisen auf diverse Orientierungsmuster, die identifiziert wurden und sich auf die jeweils anderen Unterthemen auswirken resp. mit diesen verknüpft sind.

Tabelle 6: Zusammenfassung identifizierter Ober- und Unterthemen.

| | Oberthemen (OT) und Unterthemen (UT) |
|-------------|---|
| OT 1 | Erziehungshandeln (z.B. hinsichtlich Medienkonsum, Bewegung) |
| UT 1.1 | Erziehungskonzepte- und Ziele |
| UT 1.2 | Erziehungskonflikte (in der Eltern-Kind Dyade, zwischen Elternteilen) |
| UT 1.4 | Soziokulturell geprägte, handlungsleitende Erziehungsorientierungen |
| OT 2 | Gesundheitshandeln |
| OT 3 | Gesundheitswissen |
| UT 2/3.1 | Eigene Gesundheits-Sozialisation |
| UT 2/3.2 | Gesundheitsziele- und Maxime |
| UT 2/3.3 | Gesundheitsassoziierte Beschwerden und Probleme |
| UT 2.5 | Soziokulturell geprägte, handlungsleitende gesundheitsassoziierte Orientierungsmuster |
| OT 3 | Ernährungserziehung |
| UT 3.1 | Eigene Ernährungssozialisation |
| UT 3.2 | Konkrete Ernährungspraktiken (des Kindes, innerhalb der Familie) |
| UT 3.3 | Ernährungserzieherische Praktiken |
| UT 3.4 | Barrieren einer günstigen Ernährungserziehung |
| UT 3.5 | Ressourcen zur Umsetzung und Verstetigung einer günstigen Ernährungserziehung |
| UT 3.6 | Soziokulturell geprägte, handlungsleitende gesundheitsassoziierte Orientierungsmuster |

4. ERGEBNISSE

| OT 4 | Unterstützungs- und Beratungsbedarfe |
|--------|--|
| UT 4.1 | Erwartungen und Anforderungen an eine/n „guten“ KJA; Erziehungsunterstützung durch KJA |
| UT 4.2 | Bedarfsorientierte Behandlungskonzepte und- Angebote |
| UT 4.3 | Peer-Group Unterstützung |
| UT 4.4 | Soziokulturell geprägte Orientierungs- und Deutungsmuster |

4.3.2. Zusammenfassung Reflektierende Interpretation

4.3.2.1. Ungünstige ernährungserzieherische Praktiken

Mit Blick auf ungünstige ernährungserzieherische Praktiken von Eltern aus Risikogruppen stellen sich insbesondere solche Maßnahmen heraus, bei welchen Nahrungsmittel zu erzieherischen Zwecken instrumentalisiert werden. Dabei werden beispielsweise Fast Food, Süßigkeiten und zuckerhaltige Getränke zur Beruhigung des Kindes (und somit auch zur eigenen Ruhe) oder zur Incentivierung eingesetzt (z.B. Besuch bei McDonalds, wenn alle 'Pflichten' erfüllt wurden). Wenngleich der Konsum solcher Nahrungsmittel meist als ungünstig wahrgenommen wird und/oder inkongruent zu den eigenen Erziehungszielen ist, so werden solche erzieherischen Praktiken entweder gar nicht als problematisch wahrgenommen oder vor dem Hintergrund eines normalisierten Bedarfs rationalisiert resp. gerechtfertigt. Dies wird beispielsweise deutlich, wenn Eltern hervorheben, dass der Konsum von Süßigkeiten und Snacks ihrer Kinder etwas Natürliches, Unvermeidliches sei, worauf – wenn überhaupt – nur eine geringe Einflussnahme möglich scheint. Der als eingeschränkt wahrgenommene Handlungsspielraum der Eltern wird durch habitualisierte Routinen verfestigt. Einst etabliert, so scheinen diese Routinen wenig beeinflussbar. In diesem Zusammenhang werden Kontrollverlust und Überforderung mit der Ernährungserziehung aus den Interviews ersichtlich.

„Chips [(gibt es)] natürlich auch dann manchmal so, wenn die vor dem Handy sitzen [...], dann lässt sich das leider nicht vermeiden.“

(Vater mit albanischem Migrationshintergrund (42 Jahre), fünf Kinder, zwei übergewichtig)

„Sie weinen so viel, dass mich die ganzen Nachbarn hören. [(Mein Sohn zum Beispiel)] kann nicht ohne Nutella. Aber ich mache das, dass ich das Nutella manchmal irgendwo mache, dass er es nicht findet und dann sage ich, ja okay, ich mache dir nur diese eine, ein Brot ein bisschen und das war es, nur eine. Manchmal weint er für noch eine, aber ich mag nicht so viel diese Süßigkeiten zu geben.“

(Mutter mit kroatischem Migrationshintergrund (26 Jahre), vier Kinder)

4. ERGEBNISSE

4.3.2.2. Diskrepanz zwischen Ernährungswissen- und ernährungserzieherischen Praktiken

Aus den Interviews mit Eltern aus Risikogruppen zeichnet sich hinsichtlich ernährungserzieherischer Praktiken ab, dass einerseits die Ausprägung von Gesundheits- sowie Ernährungswissen relativ begrenzt ist, und andererseits, dass eine Diskrepanz zwischen Ernährungswissen- und Handeln besteht. Diese wird von Studienteilnehmer*innen erkannt und entsprechende Versuche zur Translation des Wissens in die Praxis werden getätigt. Zugleich werden jedoch ungünstige Ernährungspraktiken – entgegen eines besseren Wissens – nicht wahrgenommen und/oder verdrängt. In letzteren Fällen wird beispielsweise immer wieder nach externen Gründen für das Übergewicht des Kindes gesucht und sich auf die Expertenmeinung berufen, welche anhand eines Ernährungsprotokolls bestätige, dass „alles richtig, alles perfekt [(gemacht werde)]“. Dies sind zugleich Fälle, bei welchen im Laufe des Interviews aus den Erzählungen ersichtlich wird, dass ungünstige Essroutinen (z.B. täglicher Chips Konsum zwischen den Mahlzeiten) bestehen. Mechanismen der sozialen Erwünschtheit sowie der Verdrängung zum Schutze des Fremd- sowie Selbstbildes spielen dabei womöglich eine Rolle. Die Ausprägung der Diskrepanz zwischen Ernährungswissen und -Handeln sowie des Bewusstseins darüber nimmt Einfluss auf die Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Umstellung und/oder Verstetigung einer gesundheitsfördernden Lebensweise von Kindern und Jugendlichen. Aus den Interviews ergab sich das Bild, dass die Umsetzung des Wissens in die Praxis auf diverse Barrieren stößt, welche im Folgenden skizziert werden.

4.3.2.3. Barrieren zur Translation von Ernährungswissen in die ernährungserzieherische Praxis

Aus dem Datenmaterial kristallisieren sich diverse Barrieren zur Translation von vorhandenem Ernährungswissen in die erzieherische Praxis heraus. Zwei miteinander verknüpfte, zentrale Barrieren werden im Folgenden erläutert:

Eine Barriere stellt die alltägliche Überforderung von Eltern aus Risikogruppen mit ihren erzieherischen Aufgaben dar. In dieser Stichprobe bestehen diese insbesondere für Mütter, welche primär die Erziehungsaufgaben übernehmen und geringe Unterstützung seitens der Väter erhalten – unter anderem aufgrund derer beruflichen Verpflichtungen und/ oder paternalistischer Rollenverständnisse. Im Zusammenhang mit solchen Überforderungen steht die Entwicklung einer `Problemkaskade`: Als Reaktion auf die empfundene Überlastung werden ungünstige ernährungserzieherische Praktiken vollzogen, wie das oben erwähnte Füttern resp. Bereitstellen von Süßigkeiten zur Beruhigung. Solche Praktiken verfestigen sich schließlich derart, dass vermehrt nach Cola, Chips und Nutella verlangt wird und die Ernährungspraktiken der Kinder kaum mehr unter Kontrolle zu sein scheinen. Trotz besseren Wissens werden in solchen Fällen gesündere Ernährungsweisen kaum umgesetzt

4. ERGEBNISSE

resp. werden als kaum umsetzbar wahrgenommen. Dies wird besonders deutlich bei Eltern, deren Kinder übergewichtig sind. In diesen Fällen ist der Veränderungsbedarf offensichtlich und so stark, dass versucht wird, größere Kontrolle auf die Ernährung der Kinder auszuüben. Dies trifft wiederum, laut der Erzählungen der Eltern, meist auf große Resistenz und hat erhöhten Aushandlungs- und weiteren Reaktionsbedarf zur Folge. Oftmals werden sich Eltern (erst) an dieser Stelle ihrer Rat- und Hilfslosigkeit bewusst, sodass nach externer Hilfe, beispielsweise in der pädiatrischen Praxis, gesucht wird. Eine weitere Barriere zur Umsetzung des Ernährungswissens in die Praxis, welche eng mit den oben dargestellten Überforderungsmechanismen verknüpft ist, sind innerfamiliale Konfliktlinien hinsichtlich ernährungserzieherischen Haltungen und Praktiken. Studienteilnehmerinnen zeigen sich beispielsweise frustriert darüber, dass die Väter ihrer Kinder und/oder die (Schwieger-) Eltern ihre ernährungserzieherischen Maßnahmen konterkarieren. Dem Versuch einer Mutter, den Cola Konsum ihres fünfjährigen, übergewichtigen Kindes zu verringern wird seitens des Kindsvaters durch (heimliches) zur Verfügung stellen von Softdrinks entgegengewirkt oder Kinder von ihren Großeltern überfüttert.

„[[Mergim]] ist also Omas ganzer Stolz und da wird er alle zwei Stunden gefüttert, wirklich vollgestopft. [...] Da gibt es alle zwei Stunden, geht da, wird morgens, sobald er wach wird, Cornflakes hingelegt, Nutella-Toast, Milch-Schnitte.“

(Mutter mit türkischem Migrationshintergrund (31 Jahre), drei Kinder, Mergim ist 5 Jahre alt, übergewichtig)

Diese Konfliktlinien stellen eine zusätzliche Herausforderung und Belastung für die Mütter dar. Dennoch zeigen sie sich kaum resigniert. Vielmehr wird immer wieder der Versuch der Aushandlung unternommen - zuteilen gelingt dies, wenn Kompromisse geschlossen werden. Größtenteils scheint dies jedoch ein fortlaufender Prozess zu sein, welcher in einigen Fällen erst durch das Hinzuziehen einer Autorität, wie dem/der Pädiate*r*in, 'gewonnen' werden kann.

4.3.2.4. Ressourcen zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Ernährungserziehung

Intrinsische Ressourcen

Es stellten sich verschiedene vorhandene Ressourcen zur Umsetzung und/oder Verstetigung eines günstigen Ernährungsstils von Kindern aus Risikogruppen heraus. Das vorhandene Ernährungswissen, wenn auch zuteilen inkonsistent und ausbaufähig, ist in dieser Stichprobe von Eltern aus Risikogruppen relativ gut ausgeprägt. Zudem zeichnen sich die Eltern durch vorhandene Veränderungsbereitschaft aus. Die Studienteilnehmer*innen schienen sich – zumindest im Rahmen des Interviewsettings – mit der Optimierung der Gesundheit ihrer Kinder auseinander zu setzen und auch hinsichtlich präventiver Maßnahmen interessiert und offen sein. Zugleich stellte sich heraus, dass erst bei vorhandenem Leidensdruck

4. ERGEBNISSE

entsprechend gehandelt wird, beispielsweise erst im Sinne der Sekundär- oder Tertiärprävention, wenn bereits Übergewicht oder eine schlechte Zahngesundheit besteht.

Insbesondere die jüngeren Mütter berichten, dass sie ihre Ernährungserziehung im Rahmen eines andauernden Lernprozesses modifizieren und somit zu optimieren versuchen. Dies geschieht zum einen in Verbindung mit eigenen Sozialisationserfahrungen. Zum anderen scheinen insbesondere Elternteile mit geringem Erfahrungswissen die eigenen Fehler als Veränderungsanstoß zu nutzen: Studienteilnehmer*innen rekurren auf das Erfahrungswissen der eigenen Mütter und/oder Schwiegermütter, auf Basis dessen sie ihr eigenes erzieherische Handeln aufbauen. Einerseits wird sich an den Erziehungskonzepten der (Schwieger-) Mütter orientiert und gewisse Praktiken, wie die des Kochens, werden übernommen. Wenn auch im geringeren Maße, so gehen sie andererseits auch in Opposition und grenzen sich von den Haltungen und Praktiken ihrer Mütter ab, welche sie als Negativbeispiel wahrzunehmen scheinen. Solche Studienteilnehmer*innen, welche ihre eigenen Sozialisationserfahrungen als negativ bewerten, bemühen sich im besonderem Maße darum, ihren Kindern all jenes zu ermöglichen, welches ihnen selbst verwehrt geblieben ist. Neben ernährungserzieherischen Praktiken, wie dem ständigen zur Verfügung stellen von Nahrungsmitteln ist dies jedoch auch mit Aufopferungstendenzen verbunden, welche sich negativ auf die eigene Gesundheit auswirken. Beispielsweise bleibt eine Mutter lediglich mit dem ihr gegenüber gewalttätigen Vater ihrer Tochter verheiratet, um ihrem Kind eine „richtige Familie“ zu ermöglichen, wenngleich dies für sie eine besondere psychische Belastung darstellt.

Mütter aus dieser Stichprobe, welche ein hohes Reflektionsvermögen aufweisen, wird das eigene Handeln und dessen potentielle Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes bewusst. Diese Mütter zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus ihren selbst zugeschriebenen (ernährungs-) erzieherischen „Fehlern“ lernen und ihr Handeln immer wieder entsprechend zu adjustieren versuchen. Andere Eltern scheinen, zumindest unbewusst, nach dem Prinzip des Trial-and-Error zu agieren, um sich ihren (teil vorbewussten) Erziehungszielen bestmöglich anzunähern. Wenngleich viele der Eltern das Ziel formulieren „alles für [(ihre Kinder zu)] tun zu wollen“, so hat sie das Erfahrungswissen gelehrt, dass dies oftmals nicht möglich ist. Als Konsequenz werden neue (ernährungs-) erzieherische Ziele gesetzt.

Externe Unterstützung als Ressource

Die Inanspruchnahme des Rats der/des Pädiaters/in stellt sich als eine Ressource zur Umsetzung und Verstetigung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise von Kindern aus Risikogruppen heraus. Der/die Pädiater*in wird einerseits als Autorität wahrgenommen und ihm/ihr ein relativ ausgeprägtes Vertrauen geschenkt. So werden beispielsweise Ernährungstagebücher ausgefüllt und versucht, den ärztlichen Rat umzusetzen. Eltern

4. ERGEBNISSE

jedoch, welche nicht zufrieden mit dem Vertrauensverhältnis zu ihrem/r Pädiater*in zu sein scheinen und/oder mit dessen/deren Lösungsansätzen und –Vorschlägen bezüglich der Adipositasprävention, suchen immer wieder neue pädiatrische Praxen sowie Fachärzt*innen auf. Dies resultiert immer wieder in Enttäuschungen und Frustration – insbesondere bei solchen Eltern, welche mit der Ernährungserziehung ihrer übergewichtigen Kinder überfordert sind und primär auf der Suche nach Lösungen im Außen sind. Es zeichnet sich z.B. ein Wunsch nach einer Pathologisierung des „Problems“ ab. In solchen Fällen werden beispielsweise Ratschläge als nicht realisierbar abgetan. An dieser Stelle zeigt sich, dass die vorgeschlagenen Lösungsansätze der Pädiater*innen zuteilen mit den Lebenswelten der Familien kollidieren. Die Eltern scheinen nicht zu wissen, wie sie die vermeintlichen Lösungen in ihren Alltag integrieren sollen – insbesondere, wenn dieser von Überforderung mit der Kindeserziehung geprägt ist. Dementsprechend wird nach weiteren Lösungen gesucht, bis eventuell ein Ansatz gefunden wird, resp. gehofft wird einen solchen zu finden, welcher der eigenen Lebenswelt und damit verknüpften Bedarfen und Bedürfnissen entspricht. Eine Mutter berichtet davon, dass sie nach langer Suche eine/n Pädiater*in gefunden hat, bei welchem sie sich verstanden und gut aufgehoben fühlt:

„und da [Praxis] ist wirklich gut. Perfekt. Der Arzt, als der lässt ihr Zeit, der sagt nicht, ja, andere Patient wartet schon, ich muss gehen, er gibt dir wirklich Zeit bis du dein ganzes Problem [Übergewicht der Tochter] erzählt hast, bist du wirklich fertig bist, er hört sehr gerne zu, der hilft dir auch weiter durch sein, er hat alles das organisiert. Ich habe noch andere wichtige Termine, das hat er mir auch gemacht, er ist richtig perfekt (___). Ich schwöre ich habe noch nie so einen Arzt gesehen.“

(Mutter mit türkischem Migrationshintergrund (27 Jahre), eine übergewichtige Tochter)

In dieser Aussage dokumentiert sich, dass ein Bedarf an eine/n Pädiater*in besteht, welche/r empathisch und fürsorglich ist, sich über den rein medizinischen Kontext hinaus engagiert und dabei nahezu sozialarbeiterisch tätig wird. Diese Mutter bedarf scheinbar einer ärztlichen Vertrauensperson, bei welcher sie sich ernst genommen und gut aufgehoben fühlt. Wenn auch weniger explizit, so zeigen sich ähnliche Bedarfe und Wünsche an eine/n „gute/n Pädiater*in“ auch in anderen Interviews.

Während, der/die Pädiater*in für die befragten Eltern eine besondere Rolle bei der Gesundheitsförderung und Adipositasprävention sowie allgemeineren erzieherischen Unterstützung einnimmt, legen andere Eltern keinen gesteigerten Wert auf die Meinung und den Rat des/der Pädiater*in, sondern orientieren sich vielmehr an ihrer eigenen Peergroup. Dabei verweisen die Mütter immer wieder auf das Erfahrungswissen der eigenen Mütter oder älteren Schwestern, an welchem sie Ihr ernährungserzieherisches Handeln ausrichten. Dies trifft z.B. auf kulturspezifische Kochpraktiken zu. Darüber hinaus werden erzieherische Fragen einerseits im engeren Freundeskreis besprochen. Austausch von Erfahrungswerten und Meinungen findet zudem in Gruppen, wie Geburtsvorbereitungsgruppen, via digitale Nachrichtendienste statt. Neben dem Aspekt der Zugehörigkeit, scheinen solche Peergroups

4. ERGEBNISSE

besonders durch die vielfältigen Hintergründe und Kontakte der einzelnen Mitglieder sowie der flexiblen Kommunikation als wertvolle Ressource wahrgenommen zu werden:

„Und da in der [[Geburtsvorbereitungs-]] Gruppe sprechen wir auch immer so, wenn einer eine Krankheit hat oder mit diesem Salz, [[dass Kinder bis ein Jahr kein Salz essen dürfen]]. Also und die können Sie immer 24 Stunden erreichen. Und, wo letztens jetzt meine Tochter krank war, hatte sie, hatte ich geschrieben abends, hat eine Freundin dann geschrieben ich frage mal meine Heilpraktikanten, hat sie für mich nachgefragt und dann war abends um elf oder 23 Uhr oder so.“

(Mutter mit türkischen Migrationshintergrund (28 Jahre), eine 7-monatige Tochter)

4.4. Kriterien- gesteuerte Recherche von Instrumenten und Beratungsmaterialien

4.4.1. Printmedien

Im Rahmen der Internetrecherche wurden 89 Printmedien zu den Themen Ernährung, Bewegung respektive Vermeidung von Inaktivität, Übergewicht und Adipositas, Entspannung sowie Allgemeines zur Gesundheit und Gesundheitsförderung identifiziert und bewertet (Anlage 4_4_1_Printmedien).

Etwa dreiviertel der untersuchten Broschüren und Flyer wurden innerhalb der letzten fünf Jahre entwickelt. Mehr als 90 % der Printmedien geben alltagstaugliche Empfehlungen, verweisen auf weitere Informationsquellen und erläutern Fachbegriffe. Eine Zusammenfassung der wesentlichen Informationen bieten etwa 41 % der Printmedien. Etwa dreiviertel der Broschüren und Flyer richten sich spezifisch an Eltern, circa 12 % an Jugendliche und circa 10 % an Grundschul Kinder (Abbildung 8).

4. ERGEBNISSE

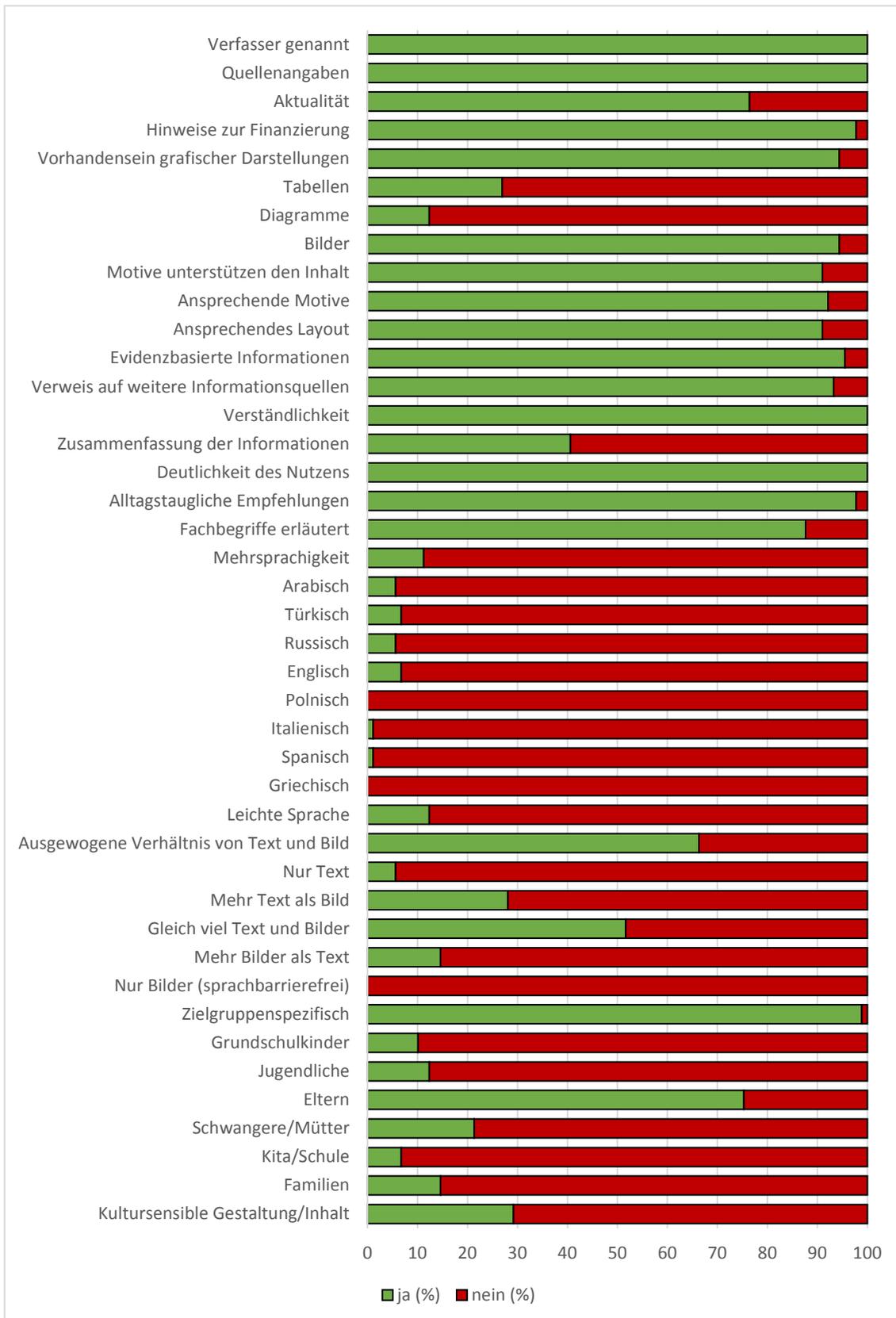


Abbildung 8: Ergebnisse der systematischen Bewertung der Printmedien (n=89).

4. ERGEBNISSE

In allen untersuchten Broschüren ist die Sprache verständlich und der Nutzen der Gesundheitsinformation klar dargestellt. Speziell nach den Regeln der leichten Sprache verfasst sind circa 12 % der Printmedien. In fast allen Gesundheitsinformationen werden grafische Elemente eingesetzt, wobei bei der Hälfte der Broschüren in etwa so viele Abbildungen wie Text enthalten sind.

Circa 10 % der Printmedien sind in mehreren Sprachen verfügbar, davon sind die Sprachen Türkisch, Englisch, Arabisch und Russisch am häufigsten vertreten. Weitere kultursensible Aspekte, wie der Einsatz von Abbildungen und Fotos von Menschen mit anderem Migrationshintergrund, werden von circa 29 % der Broschüren berücksichtigt.

In der Gesamtschau erfüllen Printmedien zu 92,8 % die formalen und zu 87,8 % die inhaltlichen Kriterien; Risikogruppen für Übergewicht werden zu 53 % berücksichtigt.

4.4.2. Websites

Es wurden 58 Websites bewertet (Anlage 4_4_2_Websites.pdf).

Wie auch bei den Printmedien werden formale und inhaltliche Kriterien größtenteils erfüllt. Die Informationen werden zumeist mit Bildern untermauert. Zusätzlich wird die Möglichkeit genutzt, Videos (40,6%) und PDF-Dateien zum kostenfreien Download (96,9 %) zur Informationsvermittlung einzubinden (Abbildung 9).

4. ERGEBNISSE

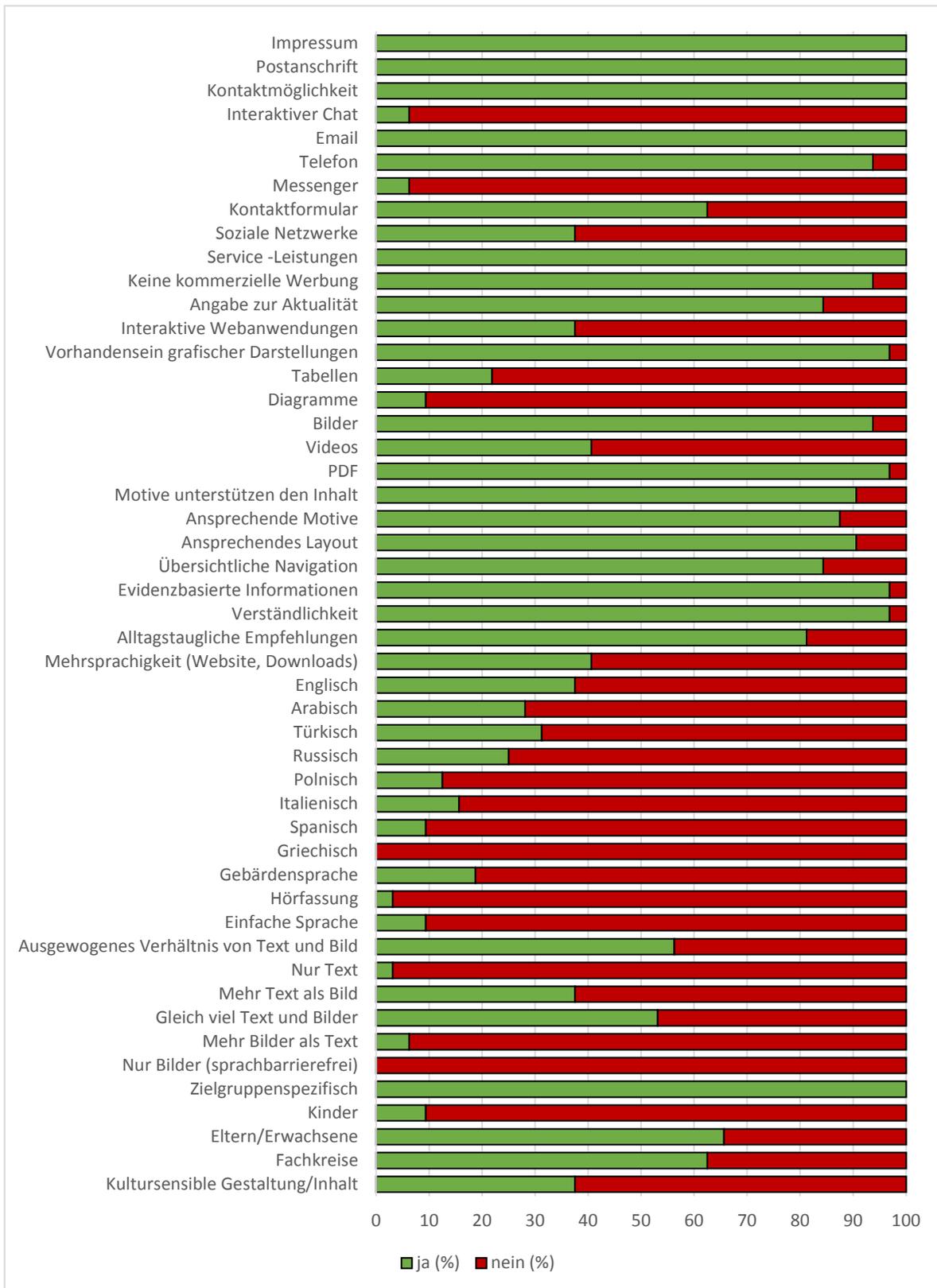


Abbildung 9: Ergebnisse der systematischen Bewertung von Websites zur Übergewichtsprävention mit den Themenschwerpunkten Ernährung und Bewegung (n=32).

4. ERGEBNISSE

Die meisten Websites richten sich an Eltern respektive Erwachsene (65,6 %) und Fachkreise (62,5 %), wie z.B. Lehrkräfte oder Forscherinnen und Forscher auf dem Gebiet Übergewicht und Adipositas. Von den untersuchten Websites waren 9,4 % speziell für Kinder konzipiert (Abbildung 8).

Bei circa 40 % der Websites lässt sich entweder eine andere Sprache auswählen oder es stehen Dokumente in anderen Sprachen zum Download zur Verfügung (Englisch: 37,5 %, Türkisch: 31,3 %, Arabisch: 28,1 %, Russisch: 25 %, Italienisch: 15,6 %, Polnisch: 12,5 % und Spanisch: 9,4%). Bei etwa einem Zehntel der Websites kann eine Version in leichter Sprache gewählt werden (Abbildung 8).

4.4.3. Apps

Der Großteil der untersuchten Apps behandelte die Themen Ernährung und Bewegung und richtete sich an Erwachsene respektive Eltern. Die für Kinder geeigneten Apps waren vorrangig spielebasiert und ohne Lerninhalt bezüglich der Gesundheitsförderung. Die Beschreibung der untersuchten Apps ist dem Abschlussbericht als separate Datei beigefügt (Anlage 4_4_3_Gesundheits-Apps.pdf).

Die wenigen qualitativ hochwertigen Gesundheits-Apps für Eltern und Schwangere - wie *Bewusst Einkaufen* (AOK), Die App-Trilogie der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung - *Schwanger & Essen*, *Baby & Essen*, *Kind & Essen* oder *Was ich esse* und *Zu gut für die Tonne* - die von deutschen Krankenkassen, Verbraucherzentralen oder anderen Institutionen herausgegeben werden, sind häufig stark textbasiert und ausschließlich in deutscher Sprache verfasst. Risikogruppen für Übergewicht und Adipositas werden dementsprechend nicht berücksichtigt.

4.5 Online-Umfrage zu Beratungsmaterialien in zertifizierten, langjährig bewährten Schulungsprogrammen

An der Online-Befragung nahmen insgesamt 25 Vertreter*innen aus zertifizierten Einrichtungen statt, in denen Adipositas-/Übergewichtsschulungen stattfinden.

Die meisten Materialien beinhalten die Themenschwerpunkte Ernährung und Bewegung. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer*innen gaben an, dass die Themen Selbstregulation, Stressbewältigung und Wohlbefinden behandelt werden (Abbildung 10).

4. ERGEBNISSE

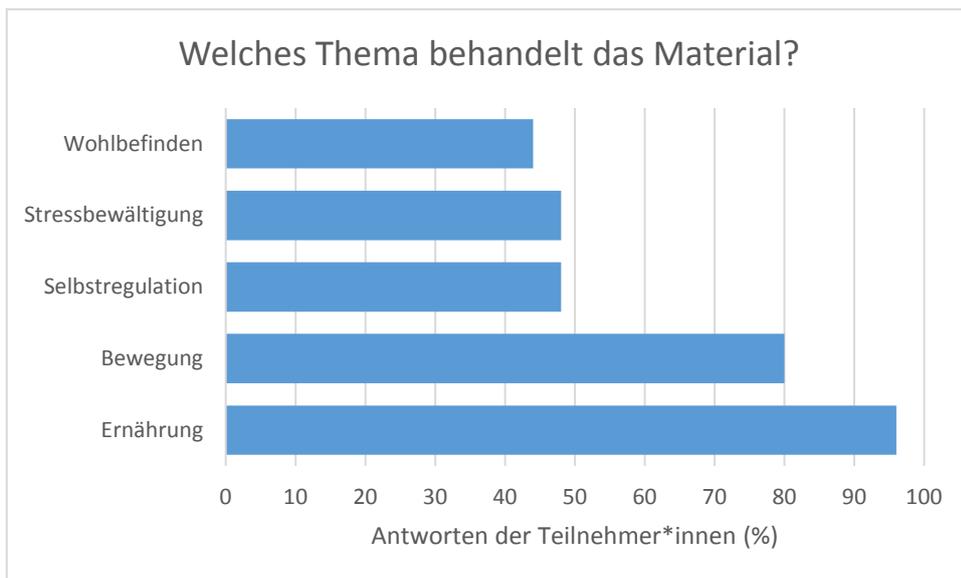


Abbildung 10: Themenschwerpunkte von Gesundheitsmaterialien.

Die meisten Materialien sind in Form von Printmedien verfügbar. Je Sieben Teilnehmer*innen gaben an, dass sie den PC sowie Spiele zur Schulung nutzen. Smartphone-Apps werden von fünf Umfrageteilnehmer*innen zur Schulung verwendet (Abbildung 11).

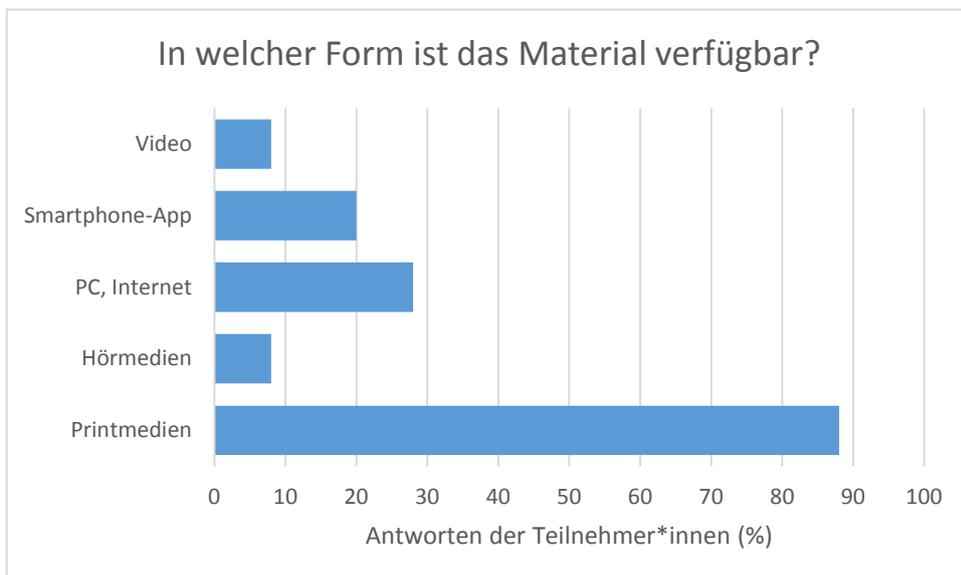


Abbildung 11: Verfügbarkeit verwendeter Gesundheitsmaterialien in unterschiedlichen Formaten.

Alle Materialien eignen sich für die Zielgruppe der 7-10-Jährigen. 44% der Materialien sind für 4-6-Jährige geeignet. Nur 12% der Teilnehmer*innen gaben an, dass sich ihr Material für 1-3-Jährige eignet. Die Materialien sind sowohl für Mädchen als auch für Jungen gedacht – es gibt keine geschlechtsspezifischen Beratungsmaterialien (Abbildung 12).

4. ERGEBNISSE

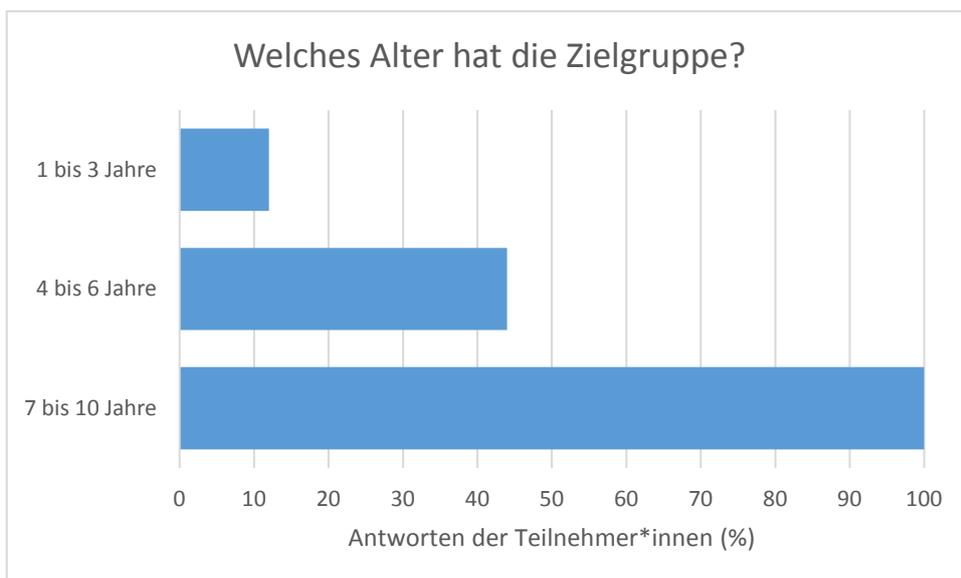


Abbildung 12: Alter der Zielgruppe von Gesundheitsmaterialien für Kinder.

Über 80% der Teilnehmer*innen verwenden Material, das einen Migrationshintergrund berücksichtigt. Ebenfalls berücksichtigt wird ein niedriges Bildungsniveau der Eltern.

Das Beratungsmaterial ist in deutscher Sprache verfasst. Wenige Materialien sind in den Sprachen Arabisch (12%), Englisch (16%), Italienisch (4%), Polnisch (8%), Russisch (20%), Spanisch (4%), Türkisch (16%) und Vietnamesisch (4%) verfügbar (Abbildung 13).

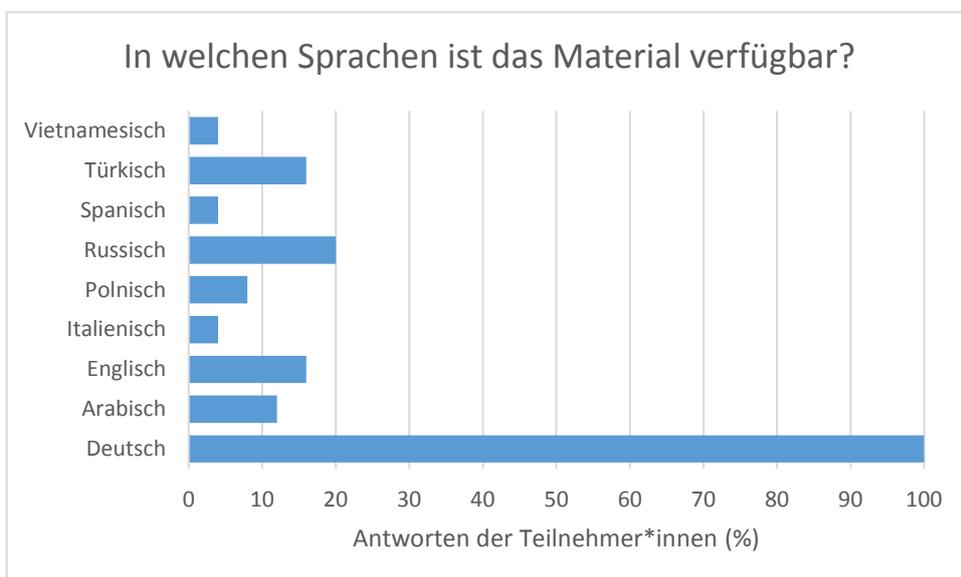


Abbildung 13: Verfügbarkeit von Gesundheitsmaterial in verschiedenen Sprachen.

Elf von 25 Teilnehmer*innen gaben an, ihre Beratungsmaterialien nur intern zu verwenden. Die gleiche Anzahl der Teilnehmer*innen verwendet Broschüren, um die Zielgruppe zu erreichen. Social Media wird von 2 Teilnehmer*innen genutzt. Zu weiteren

4. ERGEBNISSE

Verbreitungsarten zählen Websites, der Buchhandel, Mund-zu-Mund Propaganda, Telefonate und Informationsnachmittage.

Von den verwendeten Materialien sind 68% kostenlos erhältlich; 68% der Materialien werden außerdem regelmäßig aktualisiert. Keines der Beratungsmaterialien enthält Werbung.

4.5. Neuentwicklung und Erstellung von Instrumenten/Material

Als Ergebnis der Bedarfsanalyse (siehe 4.2.) wurde eine übergeordnete Schulungsmatrix gesucht, welche die Hauptkriterien Kultursensibilität, Sprachbarrierefreiheit und Bezug auf Alters- bzw. Entwicklungsstufen berücksichtigt. Da in Praxen für Kinder- und Jugendmedizin mehrheitlich Kinder bis zum Grundschulalter betreut werden, wurden Jugendliche bei dem Pilotprojekt zur Entwicklung neuer Materialien zur Beratungs-begleitenden Schulung zu Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention primär nicht adressiert.

Um eine Reduzierung auf kulturspezifische Stereotypen (z. B. Kleidung, Hautfarbe) zu vermeiden und Familien aus unterschiedlichen Kulturkreisen einen offenen und wertneutralen Zugang zu den Materialien und Schulungsinhalten zu ermöglichen, wurde als Szenario in eine Phantasiewelt gewählt. Diese wurde prozesshaft mit regelmäßigen Feedbackrunden entwickelt (zufällige Auswahl von Kindern und Eltern im Wartebereich). Hauptaspekte waren Spaß und spielerisches Interesse bei den Kindern und einfaches Verständnis und praktische Anwendbarkeit der Beratungsinhalte für Eltern, auch und gerade bei niedrigem Bildungsniveau und geringen Sprachkenntnissen. Die Fantasiewelt sollte Zugänge für Menschen aus unterschiedlichen Kulturen schaffen, da eine Projektion der jeweiligen Lebenswelten in „Kayas Welt“ möglich ist.

4.5.1. Entwicklung des Protagonisten für die Toolbox

Gemeinsam mit dem Grafiker wurde ein*e Protagonist*in für die gesamte Toolbox entwickelt, die den Kindern einen gesundheitsförderlichen Lebensstil vermittelt. Als Figur wurde kein Mensch, sondern ein Tier gewählt, um Geschlechtsneutralität zu wahren. Da der Mensch dem Affen in seiner Gestik, Mimik und Motorik sehr ähnlich ist, wurde ein Äffchen als Hauptfigur gestaltet. Das Äffchen hat den geschlechtsneutralen Namen „Kaya“ erhalten. Kaya wird einerseits als weiblicher Name (japanisch, britisch, kanadisch, deutsch) und andererseits als männlicher Name (türkisch) verwendet, sodass sich sowohl Jungen als auch Mädchen mit der Hauptfigur identifizieren können. Um das Interesse der Kinder zu wecken wurde als Lebensraum ein modernes Szenario erfunden: Ein Insel-Planet. Der Heimatplanet von Kaya wird auf dem Poster (siehe 4.5.3.) sowie im Büchlein (siehe 4.5.4.) beschrieben. Das Szenario eines Insel-Planetens eröffnet die Möglichkeit, das Projekt „Kaya“

4. ERGEBNISSE

weiterzuführen, indem beispielsweise weitere Abenteuer auf Nachbar-Planeten erlebt werden können.

4.5.2. Informationszettel zu den Themen Ernährung und Bewegung

Ausgehend von den Ergebnissen der quantitativen Online-Befragung (4.2.) wurden Informationszettel entworfen, welche die Ärztin und der Arzt in Form von Abreißzetteln bei Bedarf an ihre Patienten/Familien beratungsbegleitend austeilen können. Bei der inhaltlichen Entwicklung stand eine einfache Sprache, wenig Text sowie ein ansprechendes Layout im Vordergrund. Inhaltlich wurde sich an aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften orientiert.

Die Informationszettel entstanden in enger Zusammenarbeit mit einem Grafiker, der unsere inhaltlichen Vorgaben ansprechend umsetzte und ein Corporate Design entwarf.

Der erste Entwurf der Informationszettel wurde Patient*innen sowie deren Familien im Wartezimmer des Sozialpädiatrischen Zentrums für chronisch kranke Kinder (Abt. interdisziplinär) vorgestellt und systematisch nach Feedback gefragt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser ersten Befragung wurden die Informationszettel überarbeitet und einer Fokusgruppe vorgelegt. Die Fokusgruppe bestand aus Medizinischen Fachangestellten niedergelassener KJA und fand im Rahmen des 11. Seminars für Pädiatrische Endokrinologie statt (01.09.2018).

Der Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ besteht aus einer Vorder- und Rückseite. Die Vorderseite enthält knappe Empfehlungen auf Grundlage der Nationalen Bewegungsempfehlungen und den Erfahrungen, die wir im klinischen Alltag bei der Beratung adipöser Familien sammeln (Viel bewegen, 2x pro Woche Sportverein, Elektronische Medien begrenzen, Ausreichend Schlaf, Mitmachen, Langeweile vertreiben) sowie konkrete Tipps zur Umsetzung im Alltag. Die Rückseite ist textfrei und enthält eine Auswahl der Bewegungsideen für Kinder und Eltern, die im Rahmen der Entwicklung des Bewegungs-Memory-Spiels (s.u.) entstanden sind.

Für den Informationszettel „Kinderernährung – leichtgemacht“ wurden auf der Vorderseite (Elternseite) die 10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung als Vorlage verwendet. Ein Ergebnis der Online-Befragung war der Wunsch nach alltagstauglichen, leicht verständlichen und umsetzbaren Empfehlungen. Daher wurden zu jeder übergeordneten Empfehlung (Vorbild sein, Clever einkaufen, Schonend kochen, Gute Fette essen, Regelmäßig essen, Essen genießen) drei konkrete und leicht umsetzbare Handlungsempfehlungen gegeben. Diese sind aus den Beratungsmodulen der SPZ-Sprechstunden entwickelt worden (Handmodel, Einkaufstipps, Tischregeln...), andere sind aus dem Beratungsalltag neugestaltet und ergänzt worden (Ikons für die Übersichtlichkeit

4. ERGEBNISSE

der einzelnen Rubriken und dem schnelleren Verstehen der Themenblöcke auch ohne Sprachkenntnisse.)

Die Rückseite enthält eine Checkliste für die Ernährung der Kinder mit konkreten Empfehlungen. Diese Seite des Informationszettels wurde für Kinder ansprechend gestaltet – die Bilder können als Malvorlagen genutzt werden.

Frau Prof. Kersting (Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund) sind die Entwürfe des Kinderernährungszettels in unterschiedlichen Stadien der Bearbeitung zugeschickt worden und sie hat uns bei der Veränderung und Optimierung des Zettels eng begleitet.

Die Informationszettel sind dem Abschlussbericht als Anlage angefügt (Anlagen 4_5_2_Informationszettel_deutsch.pdf, 4_5_2_Informationszettel_russisch.pdf, 4_5_2_Informationszettel_türkisch.pdf, 4_5_2_Informationszettel_arabisch.pdf).

4.5.3 Poster für das Wartezimmer „Ein perfekter Tag mit Kaya“

Für das Wartezimmer wurde ein Poster „Ein perfekter Tag mit Kaya“ entworfen (Anlage 4_5_3_Poster.pdf). Das Poster beschreibt einen kindgerechten Tagesablauf mit regelmäßigen Mahlzeiten, viel Bewegung sowie Ruhepausen (Zeichnen) und ausreichend Schlaf (Schlafhygiene). Der Insel-Planet ist wie eine Uhr aufgebaut und gibt für jede Tageszeit Empfehlungen. Ziel war es, nur wenig Text auf dem Poster darzustellen und Kindern sowie Eltern die Möglichkeit des neugierigen Entdeckens zu geben. Weiterführende Informationen zu den einzelnen Aspekten (Mahlzeiten, Bewegungszeiten) können sich Eltern und ihre Kinder auf einer dazugehörigen Website holen. Die Website greift das Poster sowohl optisch und inhaltlich wieder auf.

4.5.4 Memory-Spiel mit Bewegungsideen für das Wartezimmer

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung der KJA ergaben, dass Spiele für das Wartezimmer zu gewünschten Materialien zählen. Um weiterhin möglichst sprachfrei zu bleiben, wurde ein Memory-Spiel mit grafisch ansprechenden Bewegungsideen entwickelt. Hier ist der/die Protagonist*in Kaya dargestellt, wie er/sie unterschiedlichen Bewegungsarten und Spielen nachgeht. Um Ideen für Bewegungsmöglichkeiten für Kinder im Alter von 3-6 zu sammeln wurden mehrere Kindergärten angeschrieben, der Sportgesundheitspark in Wilmersdorf sowie einzelne Kolleg*innen befragt, die selbst Kinder in diesem Altersbereich haben. Es wurden Bewegungsideen für drinnen und draußen sowie für gutes und schlechtes Wetter (Sommer/Winter) erfragt. Aus den Rückmeldungen wurde eine Liste mit insgesamt 54 Ideen erstellt, daraus wurden 36 ausgewählt und von unserem Grafiker mit dem bereits für die anderen Materialien designten Äffchen Kaya in kleine Bildchen umgesetzt. Aus 20 Motiven wurde ein Memoryspiel entwickelt (Anlage 4_5_4_Memory.pdf).

4. ERGEBNISSE

4.5.5 Zusatzmaterial Kinderbüchlein: „Der perfekte Tag mit Kaya!“

Das im Wartezimmer der KJA aufgehängte Poster zeichnet den perfekten Tag des Äffchens Kaya – so entstand zusätzlich eine kleine Bildergeschichte, die unkommentiert die kleinen Nutzer und ihre Eltern zum Schauen und phantasievollen Erzählen anregen soll (Abbildung 14). Die so entstandene Geschichte sollte nicht nur als „Blickfang“ in der Praxis das Interesse der Familien wecken, sondern auch (noch in mehrere Sprachen zu übersetzen) für Eltern zum Vorlesen oder Kinder zum selber lesen anregen. Für Eltern tauchen die Informationen der Infozettel kurz auf den letzten Seiten des Büchleins erneut auf. Der Mehrwert ist, dass die Kinder etwas mit nach Hause nehmen. Außerdem können durch das mehrmalige Vorlesen der Geschichte zu Hause auch Inhalte verfestigt werden. Die Geschichte soll dazu anregen zu überlegen, wie denn der eigene Tagesablauf im Vergleich zu dem des Äffchen Kaya gestaltet ist und wie man vielleicht der eigene Tag zu einem perfekten Tag werden kann. Das kleine Format wurde gewählt, damit kleine Kinder es selber gut halten können, es auch in einer Tasche leicht mitzunehmen ist und im Warte-/Sprechstundenzimmer gut ausgelegt werden kann.

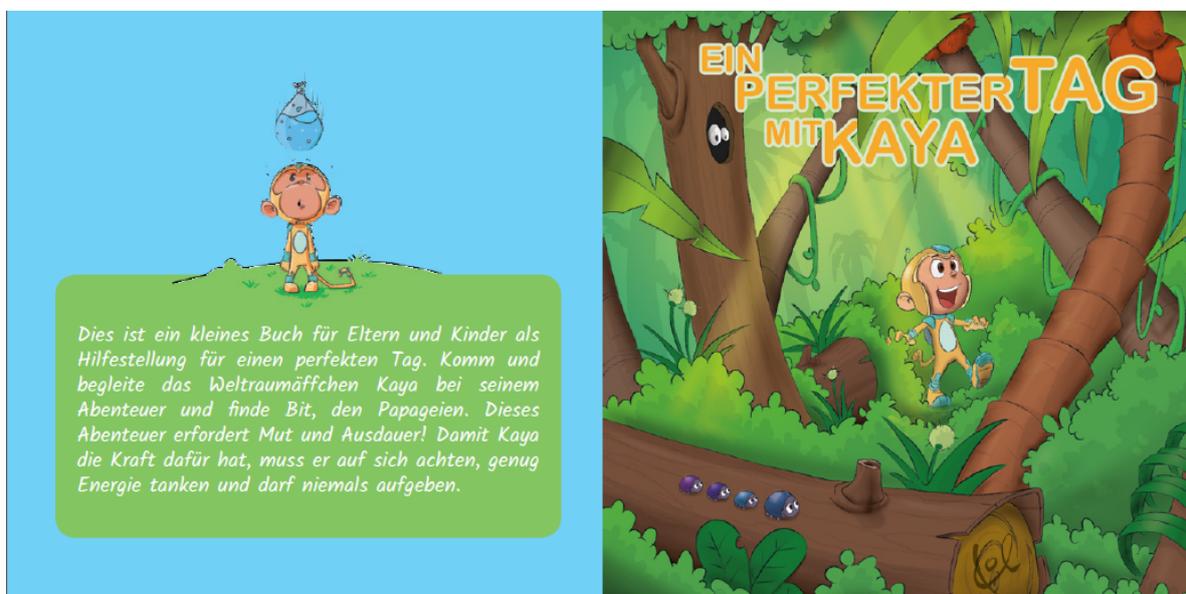


Abbildung 14: Deckblatt Kinderbüchlein: „Der perfekte Tag mit Kaya!“.

Die letzten 5 Seiten sind für die Eltern gestaltet. Sie bieten die auch auf den Infozetteln bereits zusammengefassten und im besten Fall bereits in der KJA besprochenen Empfehlungen für einige Bewegungsbeispiele für einen aktiven Tag und eine gesunde Kinderernährung. Die Motive sind aus dem Memory Spiel ausgewählt worden und sollen einen Wiedererkennungswert für Kinder und Eltern haben.

Das Büchlein war nicht Bestandteil der Toolbox und wurde deshalb auch nicht systematisch evaluiert. Die persönlichen Rückmeldungen der Familien waren jedoch ausschließlich sehr positiv, sodass dieses Zusatzmaterial durchaus das Potential für eine „Lieblingsgeschichte“ hat. Mit einer Erweiterung der Inhalte auf der Website könnten entsprechend neue Geschichte in diesem Format gestaltet werden (Anlage 4_5_5_Kinderbuch.pdf) vollständiges Büchlein im Anhang).

4. ERGEBNISSE

4.5. Digitale Anwendung

4.5.4.1. Entwicklung einer App

Gemeinsam mit einem Web-Entwickler wurde eine App geplant, die spielerisch wesentliche Informationen zu den Themen Ernährung und Bewegung enthalten sollte. Entwürfe des Grafikers sind dem Abschlussbericht als separate Datei beigelegt. Leider konnte der Web-Entwickler die Frist zur Erstellung eines Prototyps zur ersten Testung im Rahmen des 11. Seminars für Pädiatrische Endokrinologie statt (01.09.2018) nicht einhalten und sagte auch die Weiterarbeit an der App kurzfristig ab, sodass der Werkvertrag Charité-seitig gekündigt wurde. Wir entschieden uns nach interner Diskussion und externer Beratung für eine alternative digitale Anwendung unter Berücksichtigung und Verwendung der bis dahin entwickelten inhaltlichen und grafischen Elemente.

4.5.4.2. Programmierung einer Website für Familien mit Informationen zur Gesundheitsförderung und Übergewichts-Prävention in leichter Sprache.

Die Startseite der Website (www.babeluga-berlin.de/fit/) entspricht optisch dem Poster „Ein optimaler Tag“ und soll Kinder und Eltern zum Entdecken einladen. Die Website ist auf PC, Laptop und Handy gleichermaßen nutzbar. Die Zielgruppe (Eltern und ihre Kinder) können die einzelnen Elemente anklicken und sich weiterführende Informationen holen. Gleichsam wird eine Geschichte über den/die Protagonist*in Kaya erzählt, der ein spannendes Abenteuer auf seinem Insel-Planeten erlebt. Die erste Informationsebene ist einfach gestaltet – hinter Verlinkungen finden sich weiterführende Informationen, Vorschläge und Rezepte. Über einen Link auf dem Wartezimmerposter (direkte Web-Adresse und QR-Code) können die Familien während der Wartezeit auf die Website zugreifen. Sie bewegen sich dann grafisch in der „Welt“, die sie bereits vom Poster kennen. In der vorliegenden Form enthält die Website kurze Infobotschaften (in deutscher Sprache), die nach Anklicken der Symbolkacheln erscheinen. Dieser Prototyp bietet vielfältige Möglichkeiten der Weiterentwicklung, einerseits durch mehr Informationen zu Kindergesundheit (als einfache Botschaften; sprachfrei oder in unterschiedlichen Sprachen anwählbar), Spieloberflächen mit Schulungsinhalten für Kinder, Erweiterung der „Welt“ zur Darstellung sozialer Kontexte und andererseits durch das Einfügen Standort-spezifischer Infoboxen. Dort können dann für die Praxisumgebung z.B. die Spiel- und Sportstätten (mit Kontakt und Öffnungszeiten), Netzwerkpartner (z. B. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) und Hilfsangebote (z. B. Erziehungsberatungsstellen) hinterlegt werden. Gerade diese lokalen Informationen in digitaler Form wurden im Rahmen der Testphase in den Pilotpraxen sehr gut angenommen und auf im Verlauf nachgefragt.

4. ERGEBNISSE

4.6. Materialtestung

4.6.1. Stichprobe der Familien

Die Charakteristika der Stichprobe für die Materialtestung sind in Tabelle 7 dargestellt. Es wurden 12 Familien rekrutiert, jeweils sechs mit und sechs ohne Migrationshintergrund. Zwei Familien hatten ein Kind, zehn Familien mindestens zwei Kinder. Die Altersspanne der Kinder lag zwischen einem und 19 Jahren, in allen Familien waren jedoch Kinder im Altersbereich der Zielgruppe bis zehn Jahre. Alle Eltern, die an der Materialtestung teilnahmen, wohnten in Berlin.

Tabelle 7: Stichprobencharakteristika der Materialtestung.

| Alter Studienteilnehmer*innen (Jahre) | Geschlecht | Anzahl Kinder | Alter Kinder (Jahre) | Geburtsland, Mutter | Geburtsland, Vater | Sprache zu Hause | Teilnahme FG |
|---------------------------------------|------------|---------------|----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 31 | w | 4 | 12,10,5,1 | Libanon | Libanon | Arabisch/deutsch | Ja |
| 37 | w | 2 | 4,1 | Deutschland | Deutschland | deutsch | Ja |
| 48 | w | 4 | 19,14,11,10 | Türkei | Türkei | türkisch/deutsch | Nein |
| 38 | w | 2 | 3,2 | China | Deutschland | chinesisch/deutsch | Nein |
| 42 | w | 2 | 5,1 | Libanon | Libanon | arabisch/deutsch | Ja |
| 34 | w | 2 | 4,1 | Russland | Kasachstan | russisch/deutsch | Ja |
| 32 | w | 3 | 5,3,2 | Deutschland | Deutschland | türkisch/deutsch | Ja |
| 40 | w | 2 | 13,2 | Deutschland | Deutschland | deutsch | Ja |
| 31 | w | 1 | 2 | Deutschland | Deutschland | deutsch | Nein |
| 29 | w | 1 | 1 | Deutschland | Deutschland | türkisch/deutsch | Ja |
| 32 | w | 3 | 12,9,1 | Deutschland | Deutschland | türkisch/deutsch | Nein |
| 30 | w | 2 | 4,3 | Deutschland | Libanon | arabisch/deutsch | Ja |

Die neuentwickelten Materialien der Toolbox (Abbildung 15) wurden jeder Familie Sprechstunden-begleitend nach einer kurzen Einführung zur möglichen Nutzung (Kurz-Informationen für Eltern in der Muttersprache und Spielmöglichkeiten für die Kinder), ohne weitere Erläuterung der Inhalte ausgehändigt, in Deutsch sowie bei Vorhandensein eines türkischen, arabischen oder russischen MH zusätzlich in der jeweiligen Muttersprache. Die Toolbox wurde von allen Familie mit Freude angenommen. Die Kinder beschäftigten sich initial mehrheitlich sofort mit dem Memory, entweder indem sie Kartenpaare zuordneten oder auch einfach die Karten nebeneinanderlegten und

4. ERGEBNISSE

kommentierten. Dabei wurde oftmals ein Bezug zu eigenen Aktivitäten hergestellt (z. B. „Ich will auch mal wieder Roller fahren!“). Kaya wurde von allen Kindern sehr positiv bewertet, es erfolgte jedoch keine qualitative Evaluation im Rahmen der Materialientestung.



Abbildung 15: Materialien der Toolbox zur Testung in den Familien (von links: Geschichte „Ein perfekter Tag mit Kaya“; Poster mit Kaya und Bewegungs- und Ernährungsfeldern in den Sprachen Deutsch, Türkisch und Arabisch; Abreißblöcke mit Infomaterial zum Thema Bewegung und Ernährung in den Sprachen Deutsch, Türkisch und Arabisch; Memory mit Bewegungsbeispielen bei guten/schlechtem Wetter, drinnen/draußen; Infozettel für Kinderärzte zur Durchführung der Testung in der Praxis und Einverständniserklärung für die Eltern der Fokusgruppe mit Anleitung).

An die Kinderarztpraxen wurden zwei Wochen nach den Fokusgruppen Evaluationsbriefe verschickt (Anlage 4_6_1_Fragebogen-KJA.pdf). Die Auswertung der Evaluationsbögen sowie die Auswertung der Fokusgruppen wird an anderer Stelle dargestellt (siehe 4.6.3.).

4.6.2. Fokusgruppen-Interviews mit Eltern

Tabelle 8: Übersicht Stichprobencharakteristika Fokusgruppen.

| Fokusgruppe | Datum, Dauer | Teilnehmerinnen |
|-------------|--------------|-----------------|
| | | |

4. ERGEBNISSE

| | | Pseudonym | Geschlecht | Migrations- hintergrund | Alter | Kinder: Anzahl, Alter (Monate/Jahre) |
|-----|--------------------------|-----------|------------|----------------------------|-------|--|
| I | 14.12.2018 73 Minuten | 2_M | W | Keiner | 37 | 2 (1 J, 4 J) |
| | | 1_M | W | Arabisch | 32 | 4 (4 M, 5 J, 10 J, 12 J) |
| II | 17.12.2018 89 Minuten | 1_S | W | Arabisch | 42 | 2 (1,5 J, 5,5 J) |
| | | 2_S | W | Russisch | 34 | 2 (1 J, 4J) |
| | | 3_S | W | Deutsch/ Türkisch | 32 | 3 (2 J, 4 J, 5 J) |
| | | 4_S | W | Deutsch | 33 | s |
| III | 18.12.2018 58 Minuten | 1_B | W | Türkisch | 29 | 1 (18 M) |
| | | 2_B | W | Türkisch | 32 | 3 (20 M, 9 J, 12 J) |

4.6.2.1. Studienteilnahme und Nutzung der Toolbox

Poster „Ein optimaler Tag“ & Geschichte „Ein perfekter Tag mit Kaya“

Alle Studienteilnehmerinnen befassten sich gemeinsam mit ihren Kindern mit dem Poster. Die Art und Weise, in welcher die Mütter das Poster mit ihren Kindern angeschaut und dessen Inhalte besprochen hatten, variierte stark. Einige nutzten die Geschichte, um das Poster zu beschreiben. Während eine Studienteilnehmerin das Poster lediglich einmal auf dem Tisch ausbreitete und dazu die Geschichte vorlas, ging eine andere Mutter mehrfach die einzelnen Aspekte des Posters mit ihren Kindern nacheinander durch. Zwei weitere Mütter transferierten das Abgebildete in den KITA- oder Schulalltag der Kinder, indem sie gemeinsam mit ihren Kindern Analogien zwischen dem Alltag des Affen und ihren eigenen Alltagsstrukturen herstellten. Weiterhin berichteten einige Mütter, sie hätten die Geschichte einige Male vorgelesen und ihre Kinder beim Zuhören auf die jeweiligen Aspekte auf dem Poster gezeigt. Ein Kind hing das Poster in seinem Kinderzimmer auf und ein anderes nahm das Poster (sowie das Memory und die Geschichte) mit in die KITA. Es wurde von einer Teilnehmerin berichtet, dass sich der Vater ebenfalls mit dem Poster befasste.

Website

Vier der Studienteilnehmerinnen hatten sich die Website im Vorfeld nicht mit ihren Kindern angeschaut. Eine Mutter berichtete, sie hätte sich die Website einmal zusammen mit ihrem

4. ERGEBNISSE

Sohn angesehen, jedoch nicht weiter vertieft. Die übrigen Mütter hatten sich alleine mit der Website befasst sowie gemeinsam mit ihren Kindern angeschaut. Aufgrund der unterschiedlichen vorigen Nutzung der Website wurde im Rahmen der Fokusgruppen die Website auf einem Tablet vorgezeigt und gemeinsam mit den Teilnehmerinnen besprochen. Nach Angaben der Studienteilnehmerinnen schaute sich keiner der Väter oder andere Familienmitglieder die Website an.

Memory

Alle Studienteilnehmerinnen berichteten, dass sie und/oder ihre (älteren) Kinder mit großer Freude mehrfach bis täglich mit dem Memory spielten. Das Memory-Spiel wurde von einigen Kindern mit in die KITA genommen. Während die anderen Materialien primär von den Müttern und ihren Kindern genutzt wurden, spielten auch einige Väter gemeinsam mit ihren Kindern das Memory-Spiel. Beurteilungen z.B. hinsichtlich der Inhalte, des pädagogischen Mehrwerts, Layouts oder Handlings wurden jedoch von den Vätern nicht abgegeben bzw. waren den Müttern nicht bekannt. Eine Mutter berichtete, dass ihr Sohn die einzelnen Bewegungsideen sofort nachahmte.

Informationszettel „Kinderfreizeit“ und „Kinderernährung“

Alle Mütter hatten sich die Informationszettel angeschaut und einige gingen die Punkte auch mit ihren Kindern durch. Ein paar wenige der Mütter wiesen darauf hin, dass sie die Zettel lediglich überflogen hätten. Die Kinder zweier Mütter malten die Ausmalbilder aus. Das Gros der Mütter hat sich die Zettel auf Deutsch sowie auf ihrer jeweiligen Herkunftssprache durchgelesen. Inwiefern die Informationszettel im Familienverbund besprochen wurden, blieb unklar.

4.6.2.2. Evaluation der Toolbox und des Affen Kaya

Insgesamt äußerten sich die Studienteilnehmerinnen positiv über die Materialien und das integrative Gesamtkonzept der Toolbox. Insbesondere wurde das Ineinandergreifen der einzelnen Materialien und die Figur des Affen als „roter Faden“ positiv bewertet. Der Affe Kaya sowie dessen Weltraum-Insel trafen auf Anklang bei den Eltern und besonders auf Begeisterung bei den Kindern – diese sahen, so die Mütter, einerseits etwas Heldenhaftes, Abenteuerliches in dem Affen und konnten sich andererseits mit ihm und seinen Alltagsstrukturen und -handlungen identifizieren. Dementsprechend schien der Affe Kaya eine Vorbildfunktion einzunehmen. Einige Mütter berichteten in diesem Zusammenhang, ihre Kinder wollten beispielsweise den Freizeitbeschäftigungen des Affen ebenso nachgehen. Soziale Interaktionen des Affen mit Freunden und Familie fehlten einigen Kindern sowie Müttern. Die Evaluation der einzelnen Toolbox Materialien ist in Tabelle 9 festgehalten.

4. ERGEBNISSE

Tabelle 9: Evaluation der Toolbox Materialien.

| | Toolbox Materialien | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---|---|
| | Poster | Geschichte | Website | Memory | Informationszettel |
| Positive Aspekte | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lebensweltnähe</i>: Übertragbarkeit auf den eigenen Alltag - <i>Kreativität</i>: Interpretations- und Imaginationsraum für Kinder - <i>Design & Layout</i>: Ansprechende Gestaltung, viele Details besonders interessant für Kinder - <i>Vorbildfunktion des Affen</i>: kein Medienkonsum, sondern aktive Freizeitgestaltung (schlanker, fröhlicher Affe) | <ul style="list-style-type: none"> - gute Verständlichkeit - gelungene Verknüpfung mit Poster und Memory - <i>Lebensweltnähe</i>: Übertragbarkeit auf den eigenen Alltag - <i>Design & Layout</i>: Ansprechende, lustige und bunte Gestaltung | <ul style="list-style-type: none"> - Idee einer interaktiven Website für Kinder und Eltern -> informativ und interessant für Eltern, Spaßfaktor für Kinder - Verknüpfung mit Poster, Geschichte und Memory - Ausflugstipps und Listen für (Wasser-) Spielplätze hilfreich | <ul style="list-style-type: none"> - großer Spaßfaktor - hilfreiche, vielseitige Anregungen für aktive Freizeitgestaltung - sinnvolles und spaßiges Konzentrationstraining für Kinder - <i>Design und Layout</i>: ansprechend, schön, gute Größe der Karten | <ul style="list-style-type: none"> - hilfreich als Gedankenstütze - gute Verständlichkeit - neue Informationen (z.B.: Kinder nicht mit Süßigkeiten belohnen, nicht hungrig einkaufen gehen, kaltgepresste Pflanzenöle verwenden) - Besonders hilfreich für Eltern eines ersten Kindes - Hinweis bzgl. Medienkonsum besonders wichtig und zugleich besonders schwierig umsetzbar - <i>Design & Layout</i>: anschauliche und ansprechende Gestaltung - Anregung und Motivation zu einer gesünderen Lebensweise und weniger Medienkonsum |
| Negative Aspekte | <ul style="list-style-type: none"> - adressiert spezifische Alterssubgruppe unserer Zielgruppe: ganz kleine Kinder wurden nicht angesprochen (waren z.B. schnell gelangweilt, konnten den Gesamtkontext nicht verstehen) - einige wenige grafische Details wurden nicht (direkt) erkannt - es fehlt eine Abbildung des Affen, der einer Versuchung widersteht - der Affe geht keinen sozialen Interaktionen nach | <ul style="list-style-type: none"> - adressiert spezifische Alterssubgruppe unserer Zielgruppe -> Ungewissheit inwiefern die Kinder die Geschichte auf sich selber übertragen konnten, bzw. die Botschaft verstanden haben | <ul style="list-style-type: none"> - adressiert spezifische Alterssubgruppe unserer Zielgruppe: ganz kleine Kinder wurden nicht angesprochen - „versteckte“ Informationen wurden nicht gefunden (es wurde nicht auf die Kacheln geklickt) - langweilig, da genau dasselbe wie auf dem Poster abgebildet war - fehlende Dynamik (z.B. Animation) | <ul style="list-style-type: none"> - zu viele Karten -> für kleinere Kinder zu hohe Konzentrationsleistung - manche der Aktivitäten wurden nicht (direkt) erkannt - Unverständnis bezüglich einer Karte, auf der eine Krake im Kinderwagen des Affen abgebildet ist (zu abstrakt) | <ul style="list-style-type: none"> - kaum neue beziehungsweise oberflächliche Informationen bezüglich gesunder Ernährung für Familien mit ausgeprägter Gesundheitskompetenz - Schwierigkeit einige der Punkte im Alltag umzusetzen (z.B. Gemeinsam essen aufgrund der Arbeitszeiten, Medienkonsum reduzieren) - Kinder waren nicht interessiert an den Informationen (diese sollten sich ohnehin an die Eltern richten) - Übersetzungen in die russische und türkische Sprache teils fehlerhaft, missverständliche Formulierungen - Ausmalbild auf der Rückseite wurde nicht als solches erkannt - zu wenige Tipps für Unternehmungen bei schlechtem Wetter |

4. ERGEBNISSE

| | | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|---|--|
| Anregungen & Wünsche | <ul style="list-style-type: none"> - Einbinden des Posters in den KITA –Alltag - Hinzufügen eines Affen, der einer Versuchung widersteht - Integration des sozialen Umfelds des Affen (soziale Interaktionen mit Freunden und Familien, z.B. gemeinsames Abendessen) | <ul style="list-style-type: none"> - Hinzufügen eines Affen, der einer Versuchung widersteht - Integration des sozialen Umfelds des Affen (soziale Interaktionen mit Freunden und Familien, z.B. gemeinsames Abendessen) | <ul style="list-style-type: none"> - Wunsch nach mehr interaktiven Elementen - Ausflugstipps etc. nach Bezirken sortiert gelistet - Animationen, durch welche die Website dynamischer, interaktiver gestaltet wird (z.B. Affe schaukelt, wenn auf ihn geklickt wird) - Liste der Ausflugstipps durch Fotos ergänzen - Möglichkeit, das Informationsmaterial herunterladen und ausdrucken zu können - Mehr Tipps für Wochenendausflüge - Integration des sozialen Umfelds des Affen (soziale Interaktionen mit Freunden und Familien, z.B. gemeinsames Abendessen) - Wunsch nach Weiterentwicklung | <ul style="list-style-type: none"> - geringe Anzahl an Memory-Karten für kleinere Kinder | <ul style="list-style-type: none"> - Wunsch nach mehr Hintergrundinformationen zur besseren Nachvollziehbarkeit der Ernährungsratschläge - Wunsch nach Tipps zum Umgang mit Medienkonsum in der Praxis, insbesondere bei mehreren Kindern verschiedenen Alters - Wunsch nach mehr (kostengünstigen) Bewegungsalternativen bei schlechtem Wetter |
|---------------------------------|---|--|---|---|--|

4.6.2.3. Wünsche und Bedarfe hinsichtlich der Weiterentwicklung der Toolbox

Die Teilnehmerinnen äußerten ihren Bedarf an einer solchen Toolbox und waren sich einig, dass die bis dato erhaltenen Materialien größtenteils wenig hilfreich und nicht auf Kinder ausgerichtet waren. Die Mütter waren sich sicher, einige der Materialien auch in Zukunft zu nutzen resp. ihre Kinder. Insbesondere das Memory Spiel, so die Teilnehmerinnen, würde in Zukunft weiterhin benutzt werden. Zudem wurde betont, dass großes Interesse an der Weiterentwicklung der Website bestünde. Die Pilotversion konnte bereits überzeugen, wünschenswert sei jedoch die weitere grafische und inhaltliche Ausgestaltung beispielsweise hinsichtlich einer interaktiven Schaltfläche (siehe Tabelle 9) und spielerischen Elementen, um das Interesse der Kinder zu wecken. Je nach Ausprägung des Gesundheitswissens wurden die Informationszettel als äußerst hilfreich oder aber zu oberflächlich wahrgenommen. Jene Mütter mit ausgeprägter Gesundheitskompetenz stellten fest, dass sie die Empfehlungen zu großen Teilen bereits umsetzen und äußerten den

4. ERGEBNISSE

Bedarf an weiteren, bisher unbekanntem Tipps, sowie näheren Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu den einzelnen Empfehlungen. Mütter mit einer eher geringen Gesundheitskompetenz erkannten eine Divergenz zwischen ihren Handlungen (z.B. Kochen) und den Empfehlungen. Sie empfanden die Informationszettel dementsprechend als hilfreich und nahmen sich vor, die Hinweise im Alltag umzusetzen. Allerdings bestanden zuweilen Zweifel, inwiefern dies auch langfristig gelingen wird (z.B. Aktivitäten an der frischen Luft auch bei schlechten Wetter). Bezüglich des Punkts „Medienkonsum“ bestand zumeist Einigkeit, dass es schwierig sei diesen umzusetzen, und es wurde der Wunsch nach alltagsnahen Tipps zur Umsetzung ausgesprochen – insbesondere, wenn Kinder verschiedenen Alters in einem Haushalt wohnen.

4.6.3. Fragebögen an die KJA

Die Fragebögen (siehe Punkt 3.6.3.) wurden von den drei Praxen ausgefüllt zurückgeschickt. Tabelle 10 gibt die Antworten zu den folgenden Fragen wider:

1. Wer hat die Info-Zettel in Ihrer Praxis an die Familien ausgegeben?
2. Wie häufig wurde der Info-Zettel „Kinderfreizeit“ an Familien ausgegeben?
3. Wie häufig wurde der Info-Zettel „Kinderernährung“ an Familien ausgegeben?
4. Wie war die Resonanz der Familien auf die Informationszettel?
5. Wie gut verständlich sind die Informationen für Familien ohne Migrationshintergrund?
6. Wie gut verständlich sind die Informationen für Familien mit Migrationshintergrund?
7. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie die Info-Zettel nach der Testphase weiterhin austeilen?
8. Wie hoch schätzen Sie den Mehrwert der Info-Zettel für Ihre KJA-Praxis ein?

Tabelle 10: Ergebnisse aus dem Fragebogen an die KJA bezüglich der Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ und „Kinderernährung – leicht gemacht“.

| Frage | Praxis 1 | Praxis 2 | Praxis 3 |
|-------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| 1 | die Ärztin/der Arzt | das gesamte Praxisteam | die Ärztin/der Arzt |
| 2 | mehrmals in der Woche | mehrmals täglich | mehrmals in der Woche |
| 3 | mehrmals in der Woche | täglich | mehrmals in der Woche |
| 4 | eher gut | sehr gut | eher gut |
| 5 | eher gut | sehr gut | sehr gut |
| 6 | eher gut | mäßig | eher gut |
| 7 | wahrscheinlich | wahrscheinlich | sehr wahrscheinlich |
| 8 | moderat | hoch | hoch |

In allen drei KJA-Praxen wurden die Informationszettel durch die Ärztin/den Arzt ausgeteilt. In einer der drei Praxen gaben auch die MFAs die Informationen an die Familien aus. In dieser Praxis wurden die Zettel auch täglich ausgeteilt, während sie in den anderen Praxen

4. ERGEBNISSE

durch die Ärztin/den Arzt mehrmals in der Woche an Familien ausgegeben wurden. Die Verständlichkeit der Informationszettel für Familien ohne Migrationshintergrund wurde mit „eher gut“ bis „sehr gut“ beurteilt. Praxis 2 beurteilte die Verständlichkeit für Familien mit Migrationshintergrund mit „mäßig“.

4.6.4. Telefonat mit Modellpraxis bezüglich der Materialien (28.03.19)

In einer weiteren pädiatrischen Praxis in einer Brennpunktregion außerhalb von Berlins wurde die Toolbox ebenfalls erprobt, aus Kapazitätsgründen konnten jedoch keine einzelnen Familien rekrutiert und keine Fokusgruppe durchgeführt werden. Die Erfahrungen dieser Modellpraxis wurden in einer Telefonkonferenz erfragt und zur Auswertung aufbereitet:

Die Toolbox wurde bei mehreren deutschen Familien sowie einer türkischen und einer arabischen Familie modellhaft angewendet. Die Materialien waren für deutsche Familien gut verständlich, die türkische Familie hatte sich über Informationen in ihrer Muttersprache sehr gefreut. Für die arabische Familie wurde wegen völlig fehlender Deutschkenntnisse zusätzlich ein Dolmetscher hinzugezogen. Die Informationen auf den Infzetteln „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ und „Kinderernährung – leicht gemacht“ wurden insgesamt gut aufgenommen, weil sie leicht verständlich seien und einfache Botschaften mit klaren Handlungsanleitungen vermitteln. Besonders positiv wurden die konkreten Empfehlungen zur Mediennutzung gewertet. Das Poster im Wartezimmer hat Eltern und Kinder zu Gesprächen angeregt, das Memory wurde ebenfalls sehr gut angenommen. Dem Praxisteam erscheint der Einsatz ab dem Alter von ca. 5 Jahren sinnvoll, sowohl zur Prävention, als auch beratungsbegleitend bei bereits bestehendem Übergewicht. Die weitere Verwendung der Toolbox über das Projekt hinaus ist in der Praxis unbedingt vorgesehen und eine mögliche Weitergabe an umliegende Praxen angedacht.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

5. Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Kinder und Jugendliche aus Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund und geringer Gesundheitskompetenz zählen zu den Risikogruppen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas (Kurth and Schaffrath Rosario 2007; Schienkiewitz et al. 2018; Schenk et al. 2008) und stellen eine große und zunehmende Bevölkerungsgruppe dar. Diese Risikogruppe wird in der Regel nicht durch herkömmliche Präventionsangebote erreicht. Die Entwicklung kultursensibler Informationsmaterialien für die KJA-Praxis soll die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe erhöhen und so der hohen Prävalenz von Übergewicht und Adipositas entgegenwirken. Zur Erreichung dieses Ziels wurden im Rahmen dieses Projekts a) multidimensionale Bedarfsanalysen, b) eine systematische Recherche und Evaluation vorhandener Materialien durchgeführt und deren Ergebnisse mündeten in c) die Entwicklung und Pilottestung einer beratungsunterstützenden Toolbox. In der nachfolgenden Diskussion werden die aus den einzelnen Teilprojekten generierten Ergebnisse interpretiert und diskutiert. Im Zusammenhang mit der interdisziplinären und multidimensionalen Projektstruktur werden die einzelnen Teilprojekte separat diskutiert, wenngleich die Ergebnisse integrativ und teilprojektübergreifend zu verstehen sind und ein regelmäßiger Austausch zwischen den Projektpartner*innen bestand. Die Ergebnisse beider qualitativer Studien zur (Bedarfsanalyse), welche von Mitarbeiterinnen des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurden, werden im Rahmen der Diskussion miteinander verknüpft resp. trianguliert.

5.1. Verknüpfung beider qualitativer Studien (Elterninterviews und Experteninterviews)

5.1.1. Fokus auf die Adipositasprävention

Die Erfahrungsberichte und Erzählungen der KJA und MFA fokussieren zumeist bereits übergewichtige Patient*innen. Einerseits mag dies mit der Rahmung des Projektziels der Gesundheitsförderung und Adipositasprävention zusammenhängen. Wenngleich die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen der Präventionsmedizin enthalten ist bzw. sein kann (DGNP, 2018), so zielt die Adipositasprävention auf die Ebene der Sekundär - oder Tertiärprävention und somit auf bereits übergewichtige Patient*innen ab. Andererseits mag dieser Fokus Ausdruck der im Praxisalltag besonders häufig erfahrenen Problemlagen und der damit verbundenen „Bewältigungsarbeit“ sein. Wenn beispielsweise der starke Zeit- und Ressourcenmangel für die „Behandlung“ von Übergewicht ein wesentliches Hindernis darstellt, so mag erst recht weniger Zeit für die Primärprävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen bleiben, welche dem normativen Gewicht entsprechen.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Zudem spielen hier differente Rollenverständnisse hinein. Während Sekundär- und Tertiärprävention von einigen KJA noch eher einen integralen Bestandteil kurativer Medizin darzustellen scheinen, so liegen Maßnahmen der Primärprävention, welche über den Rahmen der U-Untersuchungen hinausgehen, im Verständnis mancher KJA außerhalb ihres professionsbezogenen Aufgabenbereichs.

Auch auf Seiten der Patient*innen resp. Eltern zeichnet sich ein Unterschied zwischen dem empfundenen Bedarf an, beziehungsweise Handeln im Sinne von, Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention ab. Wie auch seitens der KJA festgestellt, so werden Eltern häufig (erst) dann aktiv, wenn ein entsprechender Leidensdruck für ihre Kinder oder/und sich selbst besteht. Dieser Leidensdruck scheint sich prozessual aufzubauen: Beispielsweise werden die Folgen einer ungünstigen Ernährungsweise solange toleriert (resp. verdrängt?) bis - und erst dann problematisiert, wenn - sie a) nach außen hin sichtbar werden und gewissen Schönheitsidealen nicht (mehr) entsprechen – beispielsweise aufgrund eines von der (kulturspezifischen) Norm abweichenden Gewichts oder der Sichtbarkeit ungesunder Zähne – und sich b) ein Leidensdruck in Form einer immer häufiger oder stärker werdenden alltäglichen Einschränkung resp. Belastung einstellt (z.B. schlechte Lungenfunktion, Erfahrungen von Mobbing). Seitens der Eltern kommt in diesem Zusammenhang immer wieder auch die Überlastung mit ihren erzieherischen Aufgaben – oftmals verknüpft mit einem Kontrollverlust und Gefühl der Ohnmacht oder Hilflosigkeit – zum Vorschein. Entsprechend dieses reaktiven, Leidensdruck-gesteuerten Handelns scheint die Primärprävention deutlich weniger ein Thema für Familien zu sein, als die Sekundär- oder Tertiärprävention. Dies zeigt sich in der untersuchten Stichprobe von Eltern ebenso wie aus Sicht der Expert*innen im besonderen Maße bei Eltern mit Migrationshintergrund, die zugleich einen niedrigen Sozialstatus aufweisen. Hier spielen kulturspezifische Gesundheitskonzepte und damit verknüpfte normative Körperbilder eine Rolle.

5.1.2. Spannungsverhältnisse in der Arzt-Patient-Beziehung

Die Erkenntnisse der beiden qualitativen Studien deuten darauf hin, dass innerhalb des Erfahrungsraums Pädiatrische Praxis diverse Barrieren überwunden werden müssen, um eine effektive Gesundheitsförderung und Übergewichts- bzw. Adipositasprävention gewährleisten zu können.

Die Vorstellungen und Wünsche von und Erwartungen an einen „gute/n“ Pädiater*in sind divers. Zum derzeitigen Stand der Analysen scheint es, als haben insbesondere solche Elternteile, welche mit der ihnen zugewiesenen und von ihnen übernommenen Verantwortung und pädagogischen Zuständigkeit für ihre Kinder an ihre Grenzen stoßen – oftmals (de facto) alleinerziehende Mütter – einen spezifischen Bedarf an einen unterstützenden, fürsorgenden KJA. Beispielsweise sind es oft Frauen, die sich von ihren

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Vollzeitberufstätigen und/oder an paternalistischen Rollenbildern orientierten Partnern alleine gelassen, sich überfordert fühlen und nach Unterstützung und Fürsorge suchen. Sie wünschen sich eine/n Pädiater*in, der/die über sein/ihr medizinisch-fachliches Handeln hinaus diese Bedarfe deckelt, ihnen zuhört, sich engagiert und auf ihre individuellen Lebensumstände und Bedürfnisse, resp. die ihrer Kinder, eingeht.

Solche Erwartungen und Wünsche an eine/n Pädiater*in kollidieren jedoch zuweilen mit der Realität in der KJA-Praxis. Die Bedarfe der Eltern treffen oftmals auf ein Rollenverständnis des KJA, das diesen Ansprüchen nicht gerecht wird sowie auf mangelnde Kapazitäten und Ressourcen, die jedoch zur Realisierung dieser Rolle von Nöten sind.

Die Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung, so geht es aus beiden qualitativen Studien hervor, werden oftmals beiderseits nicht zufriedenstellend erfüllt. KJA und auch MFA sind frustriert und zuteilen verärgert über wiederkehrende Misserfolge und die Disproportionalität zwischen ihrem Engagement und dem Erfolg. Insbesondere richtet sich ihr Ärger auf immer wieder beobachtetes non-adhärentes Verhalten der Eltern. Es wird immer wieder berichtet, dass das Besprochene, das vermittelte Wissen nicht in die Tat umgesetzt werde. Dies werde sogar in den Räumlichkeiten der Praxis sichtbar (z.B. das Füttern von Babys mit Cola). Häufig wird nicht-konformes Verhalten der Eltern von den KJA auch als Desinteresse interpretiert und/oder diesem mit Verständnislosigkeit entgegengetreten. Schließlich klingt in einigen Experteninterviews Resignation an. Es ist anzunehmen, dass solch eine resignierende Haltung weitere Konsultationen und die Ausgestaltung künftiger Arzt-Patient-Beziehungen maßgeblich beeinflusst. Dies wiederum mag sich auf die Zufriedenheit der Eltern und womöglich auch auf deren Handlungsweisen auswirken. Seitens der Eltern äußert sich Unzufriedenheit häufig in Enttäuschung, dem Gefühl des Allein-gelassen-Werdens und schließlich auch in mangelndem Vertrauen. Oftmals ist 'Ärztchopping' die Folge. Auch das von den KJA und MFA beklagte non-adhärente Verhalten der Eltern mag sich als Folge herausstellen.

Es offenbart sich also eine von beiden Seiten gespeiste Adhärenz-Problematik in der Arzt-Patient-Beziehung, welche zu einem Spannungsverhältnis auf der Interaktionsebene in der pädiatrischen Praxis beiträgt. Die Auflösung dieses Spannungsverhältnisses scheint zentral für eine effektive Gesundheitsförderung und Übergewichts- resp. Adipositasprävention. Daher stellt sich die Notwendigkeit heraus, eine Adhärenz-Beziehung zwischen KJA/MFA und Patient*in resp. Eltern herzustellen. Eine solche Beziehung zeichnet sich dadurch aus, dass Arzt/Ärztin und Patient*in einen gemeinsam vereinbarten Behandlungsplan mit einer realistischen Zielsetzung verfolgen. Der/die Patient*in wird aktiv in den Entscheidungsprozess und die Zielsetzung einbezogen und dessen individuellen Bedürfnisse und Bedarfe sind ausschlaggebend. Eine Adhärenz-Beziehung ist partnerschaftlich-

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

kollaborativ, statt einseitig und an der Entscheidungshoheit des Arztes/ der Ärztin orientiert (Sabaté, 2003). Die Wirksamkeit von Langzeittherapien, die im Rahmen einer Adhärenz-Beziehung erfolgen, ist empirisch belegt (Schäfer, 2017). Somit begründet sich die Notwendigkeit einer an dem Adhärenz-Verständnis ausgerichtete Arzt-Patient-Beziehung einerseits auf den Bedarfen der Eltern, einen ärztlichen Fürsorger zur Seite zu haben und andererseits auf den evidenz-basierten Befunden zur Adhärenz-Steigerung (Schäfer, 2017), welche zur effektiven Gesundheitsförderung sowie Prävention von Übergewicht und Adipositas beitragen kann.

Darüber hinaus spielen in das oben erwähnte Spannungsverhältnis auf der einen Seite die strukturellen und individuellen Hindernisse und Barrieren, die aus Sicht der KJA und MFA einer effektiven Gesundheitsförderung und Übergewichts- resp. Adipositasprävention im Weg stehen, hinein. Auf der anderen Seite manifestieren sich die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse sowie Fähigkeiten und Ressourcen der Eltern resp. Kinder.

Vordergründig stellen sich Sprachbarrieren als problematisch heraus, da der Aufbau einer Adhärenz-basierten Arzt-Patient-Beziehung auf dialogischer Kommunikation beruht. Selbst wenn die Sprachfähigkeiten der Eltern genügen, um die Inhalte des Gesagten zu verstehen, so ist eine „echte“ Aushandlung eines gemeinsamen Therapieplans oftmals kaum möglich. Diese erste Barriere gilt es zunächst zu überwinden, damit eine effektive API weiterhin erfolgen kann. Dies geschieht auch oftmals, wenn beispielsweise die MFA als Übersetzerinnen fungieren oder Sprachmittler eingesetzt werden. Beide Ansätze sind jedoch auch mit strukturell-bedingten Schwierigkeiten verknüpft.

Darüber hinaus sind Hindernisse zu überwinden, die im Zusammenhang mit soziokulturell geprägten, handlungsleitenden Orientierungsmustern, wie z.B. kulturspezifische Körperbilder und damit verknüpften Ernährungspraktiken stehen. Solche Aspekte werden zwar von einigen KJA und MFA thematisiert, scheinen den Pädiater*innen oftmals aber nicht in der Interaktion mit dem/der Patient*in bewusst und dementsprechend nicht in deren Praxishandeln verankert zu sein. Während dies häufig mit Zeitmangel und der Auslastung mit einem eng getakteten Praxisalltag und der medizinischen Versorgung zusammenzuhängen scheint, mag ein weiterer, professions- und sozialisationstheoretischer Erklärungsansatz greifen: Es besteht eine systemisch bedingte „fundamentale Asymmetrie“ (Begenau, Schubert & Vogd, 2009, S.7) zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in, beispielsweise aufgrund einer ungleichen Wissensverteilung – der/die Pädiater*in als der/die Expert*in trifft auf die Eltern als Laien. Diese „Perspektivdivergenz“ (ebd.) ist strukturell und somit häufig auch stark im Rollenverständnis resp. Rollenhandeln der Ärzt*innen verankert. Eltern resp. Patient*innen werden entsprechend dieser Haltung kaum als Expert*innen für ihre eigenen Kinder oder ihren eigenen Körper wahrgenommen. Diese Hierarchisierung in der

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Arzt-Patient-Beziehung mag dazu beitragen, dass weniger Verständnis für die Handlungsweisen und erzieherischen Maßnahmen der Eltern resp. ihrer Kinder vorhanden ist. Zudem zeichnet sich oftmals eine Lebensweltferne zwischen Pädiater*in und Patient*in resp. Eltern ab: Der Arzt/ die Ärztin verkörpert nicht nur den/die wissenden, gesunden Expert*in, sondern gehört zumeist einem bestimmten Habitus der mittleren bis oberen Mittelschicht an. Trifft ein solcher Sozialisationshintergrund auf spezifische habituelle Praktiken verschiedener Risikogruppen, so besteht zumeist kein sogenannter „konjunktiver Erfahrungsraum“ (Mannheim, 1980), sondern zwei divergente Lebenswelten. Um als empathische/r, fürsorgende/r Pädiater*in agieren zu können, gilt es, dieser ´fremden Lebenswelt` des Gegenübers offen gegenüber zu treten und diese verstehen zu wollen. Wenngleich die Mehrzahl der KJA dies zu probieren scheint, so stellt sich der Umgang mit dem Spannungsverhältnis zwischen den differenten Lebenswelten oftmals auf beiden Seiten als nicht gänzlich zufriedenstellend dar.

5.1.3. Patienten- und Erzählorientierung in der Adhärenz-basierten API

Die oben beschriebenen Spannungsverhältnisse und der hierarchische Charakter der Arzt-Patient-Beziehung entstehen in einem dynamischen Komplex aus individuellen Erfahrungsschätzen und Bedarfen, soziokulturell geprägten Orientierungen sowie strukturell-organisationalen Faktoren und gesellschaftlichen Kontexten (Begenau, Schubert & Vogd, 2009). Eine gänzliche Überwindung dieser Spannungen kann im Rahmen der pädiatrischen Praxis daher nicht erfolgen. Auf dieser Ebene sollte vielmehr angestrebt werden, mit den Struktur- und Perspektivdivergenzen sowie den daraus resultierenden, teils inkongruenten Erwartungen und Handlungsweisen auf einen „Nenner zu kommen“ und eine kollaborative Beziehung auszugestalten, um somit adhärentes Verhalten zu steigern und schließlich eine effektive Gesundheitsförderung und Übergewichts- resp. Adipositasprävention zu erzielen.

Aufgrund der bestehenden Hierarchiestrukturen sind Patient*innen resp. Eltern kaum befähigt, die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu beeinflussen. Daher liegt es zwischen diesen beiden Instanzen primär an dem/der KJA, eine kollaborative Beziehung auszugestalten. In diesem Zusammenhang bedarf es zunächst dem Bewusstsein solch potentieller und vorhandener Spannungsverhältnisse. Damit einher geht das notwendige Verständnis der Perspektiv- und Lebensweltdivergenzen, welche den kollidierenden Erwartungshaltungen unterliegen. Im Spezifischen sollte ein Verständnis für sozio-kulturell geprägte Handlungsweisen vorliegen.

Adhärenz-Beziehungen zwischen KJA und Eltern scheinen in den beiden qualitativen Studien wenig durch. Zwei Extremfälle kristallisieren sich jedoch zum einen aus den Experteninterviews und zum anderen aus den Elterninterviews heraus. Aus der

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Elternperspektive wird ein KJA als positives Kontrastbeispiel zu vielen vorigen Erfahrungen dargestellt. Eine 27-jährige, türkische Mutter eines übergewichtigen Kindes (7 Jahre) erzählt zunächst von ihren zahlreichen Erfahrungen mit sowie ihrer Enttäuschung von diversen Konsultationen von KJA und Fachärzt*innen (Stichwort `Ärzt hopping´). Demgegenüber stellt sie ihre Zufriedenheit mit einem KJA, der ihren Bedarfen und Wünschen gerecht wird:

„und da [Praxis] ist wirklich gut. Perfekt. Der Arzt, als der lässt ihr Zeit, der sagt nicht, ja, andere Patient wartet schon, ich muss gehen, er gibt dir wirklich Zeit bis du dein ganzes Problem erzählt hast, bist du wirklich fertig bist, er hört sehr gerne zu, der hilft dir auch weiter durch sein, er hat alles das organisiert. Ich habe noch andere wichtige Termine, das hat er mir auch gemacht, er ist richtig perfekt (___). Ich schwöre ich habe noch nie so einen Arzt gesehen“

(W, 27 Jahre, türkischer Migrationshintergrund, eine Tochter (übergewichtig))

Die hier beschriebene API zeichnet sich zum einen durch eine Patientenorientierung aus, welche Voraussetzung und integraler Bestandteil einer Adhärenz-basierten API ist. Zum anderen zeigt sich eine spezielle Ausgestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation, welche dem Ansatz der *Narrative based medicine* (Nbm) (Kalitzkus, Wilm, and Matthiessen 2009) nachkommt: Der Patient*in resp. Mutter wird Raum für Erzählungen gegeben, die inhaltlich über die Grenzen der Evidence-based-Medicine (EbM) hinausgehen (können). Es findet ein Dialog statt, bei welchem die Asymmetrie zwischen Arzt/ Ärztin und Patient*in gewissermaßen aufgeweicht werden kann: Die Erzählungen und Relevanzsetzungen der Mutter und somit ihre Bedürfnisse resp. die ihrer Tochter stehen im Zentrum der API. Dieser Rahmen gibt Raum für Erzählungen, die immer auch Ausdruck der individuellen Lebenswelt sind. Somit kann „eine Brücke“ zwischen den Lebenswelten von KJA und Patientin geschlagen werden und die Perspektivdivergenzen entsprechend überbrückt werden.

In diesem Fall nimmt der KJA eine fürsorgerische Rolle ein, die sich über sein medizinisches Fachwissen – und Handeln hinaus, an die spezifischen Bedarfe der Mutter entsprechend ausrichtet und diesen gerecht zu werden scheint. Sein Rollenverständnis, das hier implizit abzulesen ist, wird auch bei einem Blick auf sein Portfolio deutlich, in welchem er u. A. „Erziehungsberatung“ listet. Mit dieser Ausrichtung seiner ärztlichen Tätigkeit scheint er, wie aus einer Vielzahl der Elterninterviews hervorgeht, wesentliche Bedarfslücken zumindest auf individueller Ebene zu schließen.

Wie auch in diversen anderen Elterninterviews zeigt sich hier u. A. ein Bedarf an organisatorischer Entlastung, welche jedoch aus Sicht der meisten KJA nicht zu ihren Aufgabenbereichen gehört resp. gehören kann und ihre zeitlichen Ressourcen sowie die ihrer MFA übersteigt. In diesem Kontext kristallisierte sich ein Extremfall aus der Stichprobe der Expert*innen heraus, welcher sich durch sein besonderes Engagement für die Prävention von Übergewicht und Adipositas auszeichnet, das sicherlich auch im

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Zusammenhang mit seinem Schwerpunkt auf die Sport- und Ernährungsmedizin steht. Er selbst sieht sein Engagement und sein Handeln als fürsorgender KJA als Ausnahme:

„Ich bin nicht repräsentativ, ich kümmere mich darum, ich habe das Gefühl, ich bin einer der wenigen, die in der Praxis sind, die sich kümmern.“

Im Interview mit diesem KJA klingt immer wieder sein „sozialarbeiterischer Habitus“ an, welcher Ausdruck in seinem alltäglichem Praxishandeln, seiner praktizierten *Narrative based medicine* findet. Er sieht die Grundhaltung als ausschlaggebend für eine erfolgreiche Präventionsarbeit: Um Familien darin zu unterstützen, ihren Lebensstil zu verändern, bedarf es einer antiautoritären, wohlwollenden und motivierenden Haltung und Kommunikation. Doch auch dieser KJA stößt, wie er erzählt, an seine Grenzen. Ebenso wie andere KJA ist er immer wieder frustriert über Misserfolge, „Rückfälle“ und non-adhärentes Verhalten, wenngleich er alles daran zu setzen scheint, eine Adhärenz-Beziehung zu seinen Patient*innen resp. deren Kindern aufzubauen und zu erhalten. Zudem bemängelt er den unzureichenden Ausbau und die mangelhafte Vernetzung von spezifisch an die Bedarfe von Risikogruppen sowie übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Anlaufstellen und bestehenden Angeboten (z.B. Sportgruppen, psychologische Betreuung).

5.1.4. Handlungsempfehlungen zur Überwindung zentraler Hindernisse in der API

Die beiden erläuterten Extremfälle verschränken sich miteinander: Die von beiden KJA praktizierte *Narrative based medicine* und Adhärenz-basierte API kann als Beispiel für eine gelungene API gesehen werden. Neben der kommunikativen Ausgestaltung der API scheinen sich die beiden KJA durch jeweils spezifische Rollenverständnisse und besonderes ausgeprägtes Engagement auszuzeichnen. Wenn auch wünschenswert, so ist es fraglich, in welchem Maße ein solches Engagement zu den Anforderungen eines/einer KJA zählen kann oder sollte - beispielsweise hinsichtlich der organisatorischen Bedarfe der Eltern.

Die (weitere) Externalisierung des organisatorisch-bürokratischen Mehraufwands für KJA und MFA ist notwendig - wenn nicht sogar eine Voraussetzung -, um im Rahmen der pädiatrischen Praxis eine adäquate Gesundheitsförderung und Übergewichts- und Adipositasprävention gewährleisten zu können. Ein Netzwerkausbau sowie dessen extern gesteuerte Organisation scheint unerlässlich. Durch die damit einhergehende Entlastung kann einer Adhärenz-basierten API mehr Raum geboten werden und die Bedarfe des/der Patient*in resp. der Eltern weiter in den Mittelpunkt rücken. Auch KJA mit einem weniger „sozialarbeiterischen“ oder „erziehungsberaterischen“ Rollenverständnis und/oder geringer zur Verfügung stehender (z.B. zeitlicher) Ressourcen, kann es somit womöglich erleichtert werden, eine patienten- und erzählorientierte API zu gestalten.

Ein solches Netzwerk sollte dem Erfahrungswissen der KJA und MFA ebenso wie den Wünschen und Bedarfen der Patient*innen und Eltern entsprechend ausgerichtet sein.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Demzufolge sollte eine umfassende und verstetigte Vernetzung relevanter Akteure erfolgen und an verschiedene Risikogruppen und Altersgruppen sowie an die spezifischen Bedarfe übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein. Es bedarf eines holistischen Ansatzes, welcher die Etablierung einer Schnittstelle zwischen KJA, Sportgruppen, Ernährungsberatungsstellen, Psychologischer Beratung für Kinder und Jugendliche ebenso wie Eltern, Erziehungsberatung, Schulen und Sozialarbeiter*innen ermöglicht. Im Rahmen eines solchen Netzwerkausbaus wäre eine Koordinierungsstelle, welche die einzelnen Schnittstellen verbindet, denkbar.

Darüber hinaus kristallisierte sich aus den Elterninterviews ein Bedarf an Peergroup-basierten Beratungs- und Anlaufstellen heraus. Wenngleich dies von keinem der interviewten KJA oder MFA erwähnt wurde, so scheint vor diesem Hintergrund die Zusammenarbeit und Vernetzung mit sozialräumlichen, Quartiersbezogenen Unterstützungsangeboten, beispielsweise in Form von sogenannten „Kiezmüttern“ resp. „Stadtteilmüttern“ sowie der weitere Ausbau solcher Projekte sinnvoll (beispielsweise Koch, 2009). Stadtteilmütter sind Frauen mit Migrationshintergrund, welche als Multiplikator*innen geschult und Ansprechpartnerinnen für andere Frauen mit Migrationshintergrund sind. Ziel ist es, somit eine niederschwellige und lebensweltnahe Vermittlung von beispielsweise Informationen bzgl. Erziehung und Gesundheit zu ermöglichen. Ein solcher Ansatz scheint sinnvoll, um die oben erläuterten Perspektiv- und Lebensweltdivergenzen sowie Asymmetrien, die im Rahmen der API zum Tragen kommen, zu überwinden. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern sich dieses Konzept auch in ländlichen, weniger dichtbesiedelten Sozialräumen etablieren lässt. Zudem richtet sich dieser Ansatz lediglich an die Risikogruppe Eltern mit Migrationshintergrund. Die Übertragung dieses Ansatzes auf andere Risikogruppen ist wünschenswert.

Aus den oben aufgeführten Ergebnissen der Triangulation der Eltern- und Experteninterviews lassen sich zudem folgende Maßnahmen und Handlungsempfehlungen ableiten:

- Es bedarf einer grundständigen Ausbildung und/oder Schulung von KJA hinsichtlich patientenzentrierter sowie an der *Narrative-based medicine* orientierten Arzt-Patient-Kommunikation und des Aufbaus und Aufrechterhaltens von Adhärenz- Beziehungen. Dabei sollte ein Bewusstsein für die Perspektivdivergenzen sowie soziokulturell geprägten, handlungsleitenden Orientierungsmuster geschaffen und für einen entsprechenden „kultursensiblen“ Umgang mit Patient*innen sensibilisiert werden. Zu diesem Zweck sind beispielsweise Übungseinheiten zum Perspektiv- und Rollenwechsel sinnvoll, um den KJA die bestehenden Lebensweltdivergenzen und damit verknüpfte,

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

handlungsleitende Orientierungen nahe zu bringen resp. diese spürbar werden zu lassen.

- Die Weiterentwicklung sowie der Einsatz beratungsunterstützender Tools sind anzuraten. Zentrale Ziele solcher Tools sollten u. A. die Unterstützung einer patienten- und erzählerorientierten API, die Gestaltung und Umsetzung eines lebensweltnahen Behandlungsplans und schließlich die Steigerung der Adhärenz sein. Es gilt darüber hinaus zu beachten, dass solche Tools spezifisch auf die jeweiligen Ziele der allgemeinen Gesundheitsförderung, der primären, sekundären oder tertiären Prävention ausgerichtet sein.
 - Die weitere Entwicklung und Integration wirkungsvoller, beratungsunterstützender Tools in den pädiatrischen Praxisalltag sollte unter Berücksichtigung der aus den qualitativen Studien hervorgebrachten Bedarfe und Ressourcen der Eltern resp. Kindern einerseits und jener der KJA und MFA andererseits erfolgen. Wesentlich ist dabei, dass solche Tools individualisierbar sind und an den diversen Lebenswelten verschiedener Risikogruppen ansetzen. Beispielsweise sollte u.A. (siehe Tabelle 2, OT6) darauf geachtet werden, dass das Tool wenig textbasiert, in einfacher Sprache verfasst und in diversen Sprachen verfügbar sein sollte.
 - Zur Überwindung der oben erläuterten Barrieren in der API ist insbesondere die Weiterentwicklung digitaler, beratungsunterstützender Tools und deren nachhaltige Einbettung in die pädiatrische Praxis empfehlenswert. Zur konkreten Ausgestaltung eines solchen Tools siehe 5.1.5.

5.1.5. Der Einsatz eines beratungsunterstützenden Tools zur Überwindung von Barrieren in der API

Um eine Patienten- und Erzählungsorientierten API zu unterstützen, ist ein Beratungstool, beispielsweise in Form einer App oder Website, sinnvoll, welches an den Lebenswelten der Patient*innen resp. deren Eltern andockt und auf die individuellen Bedürfnisse, Bedarfe und vorhandenen Ressourcen ausgerichtet ist.

Wird ein solches Tool effektiv in die API eingebunden, so kann es als Brücke zwischen Patient*in und Pädiater*in fungieren und somit die Schwierigkeiten und Hürden der alltäglichen Ausgestaltung einer Adhärenz-basierten API, wie die oben genannten Sprachbarrieren oder den Zeitmangel seitens der KJA, überwinden.

Das Gros der interviewten KJA wies eine positive Einstellung zu einem beratungsunterstützenden Tool in der pädiatrischen Praxis auf. Die Mehrheit der KJA befürchteten jedoch, sie hätten keine zeitlichen Ressourcen, zum Beispiel eine entsprechende APP, mit den Eltern und/oder Kindern zu besprechen. Diese KJA zogen lediglich die Bewerbung eines Tools in Erwägung. Einige wenige KJA und MFA hingegen sahen

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

die Integration einer solchen App langfristig entlastend für den Praxisalltag. Wird in künftigen Interventionsstudien der Einsatz konkreter beratungsunterstützender Tools als effektiv evaluiert, so ist es ratsam, den KJA und MFA den Nutzen nicht nur hinsichtlich Patient-Reported-Outcomes, sondern auch für die eigene pädiatrische Praxis, wie den einer langfristigen Entlastung, nahe zu bringen.

Ein Beispiel für ein wirkungsvolles beratungsunterstützendes Tool ist die digitale Protokollierung von Ernährung und Bewegung (z.B. Ernährungstagebuch; Fitness-Tracker). Alle der befragten KJA setzten analoge Ernährungsprotokolle verschiedenster Art in ihrer Praxis ein, wenn auch zumeist recht sporadisch. Dabei beschwerten sich die KJA und MFA über die Unvollständigkeit der meisten Protokolle. Ein digitales Ernährungsprotokoll lässt sich sinnvoll in eine patientenzentrierte und lebensweltbezogene API integrieren und kann sich somit entlastend auf die pädiatrische Praxis auswirken. Denkbar wäre hier ein Tool, bei welchem auch soziokulturelle Aspekte von Ernährungsgewohnheiten, wie beispielsweise die Mahlzeitenstruktur berücksichtigt sowie Erinnerungen und motivierende Nachrichten zur Steigerung der Adhärenz versendet werden.

Entsprechend der Wünsche der KJA und MFA bezüglich eines beratungsunterstützenden Tools sollte ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden, welcher neben der Ernährung auch Tagestrukturen, Medienkonsum, soziale Aktivitäten und das psychisches Befinden einbezieht. Zudem sollte ein solches Tool derart individualisierbar sein, dass die Erstellung eines umfassenden Behandlungsplans zusammen mit Eltern und Kind ermöglicht wird.

Der von einigen KJA und MFA als unabdingbar erklärte Einbezug des gesamten Familienverbundes, der maßgeblich an der (Ernährungs-) Sozialisation des Kindes beteiligt ist, ist mit Hilfe eines solchen Tools zudem eher realisierbar, als mittels ausschließlich analoger Tools oder allein in der pädiatrischen Praxis.

5.2 Bedarfsanalyse: Quantitative Online-Befragung von niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen

Niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen begleiten mit ihrem Praxisteam Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten ab der Geburt des Kindes bis zum Abschluss der körperlichen Entwicklung. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen werden alle normalen Entwicklungsschritte erfasst und mögliche Abweichungen- je nach Ausmaß- entweder fachlich beobachtet oder falls notwendig eine Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt. Damit sind in dieser Lebensphase präventive Maßnahmen in einer relativ hohen Frequenz in der gesundheitlichen Versorgung verbindlich vorgesehen. Insbesondere das Angebot an Vorsorgeuntersuchungen wurde in den vergangenen Jahren ständig erweitert und weiterentwickelt, nicht zuletzt um möglichst vielen Kindern und Jugendlichen ein gesundes

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Aufwachsen zu ermöglichen. Die KJA ist dabei ein wichtiger Ort und Bezugspunkt für die Familien. In der Regel hat das Praxisteam ein umfangreiches Wissen über die Lebenswelten im Einzugsgebiet, kennt die besonders problematischen Quartiere und deren Entwicklung, kennt aber auch Hilfsangebote, lokale Netzwerke und Strukturen (Schule, Kita, Sportvereine, Stadtteil-Büros usw.). Nicht verschwiegen werden sollte allerdings in diesem Zusammenhang, dass zumindest im städtischen Kontext oftmals eine ungleiche Verteilung der KJA in Bezug auf die Sozialstruktur zu finden ist. In sozial schwachen Stadtteilen gibt es weniger KJA bezogen auf die dort lebenden Kinder und Jugendlichen als in Stadtteilen mit hohem Sozialstatus. Dies kann dazu führen, dass gerade in Bereichen mit einem erhöhten Bedarf an präventiven Maßnahmen und Beratung (z. B. durch Sprachbarrieren, niedriges Bildungsniveau, höheren Anteil an chronisch kranken Eltern) weniger Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Dem gegenüber steht (als Ergebnis der beiden qualitativen Studienteile; s. 5.1) der Wunsch nach einem möglichst großen Anteil an *Narrative based medicine* in der pädiatrischen Praxis. Über die (akut-) medizinische Versorgung hinaus machen Elemente der Sozial- und Erziehungsberatung insbesondere in sogenannten Brennpunktpraxen einen zunehmenden Teil der Arbeit der Praxisteams aus. Gerade für Kinder und Jugendliche aus Familien in einer schwierigen sozialen Lage ist die Gestaltung kindgerechter und gesundheitsfördernder Lebenswelten eine besondere Herausforderung. Der Vernetzung mit wohnortnahen Beratungs- und Hilfsangeboten kommt deshalb eine große Bedeutung zu.

Über 95% der Kinder- und Jugendärzt*innen zählen Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention zu ihren Aufgaben. Diese hohe Bereitschaft ist eine wesentliche Grundlage für die Relevanz und Sinnhaftigkeit des Studienteils, der die Entwicklung von Schulungsmaterialien zum Inhalt hat. Diese präventive Beratung erfolgt zu ca. 50% während eines regulären Sprechstundentermins, also möglicherweise unter dem Zeitdruck eines vollen Wartezimmers. Allerdings sind viele pädiatrische Praxen dazu übergegangen, Vorsorgeuntersuchungen nur an bestimmten Tagen und möglichst außerhalb einer Akutsprechstunde durchzuführen, einerseits um eine mögliche Ansteckung zu vermeiden und andererseits um eine bessere Beratungsatmosphäre zu schaffen. Ca. ein Drittel vereinbart für Beratungen zur Gesundheitsförderung einen gesonderten Termin, obwohl dies- in Abhängigkeit vom individuellen Fall- nicht oder nur eingeschränkt vergütet wird. Nur in ca. 2% wird diese Beratung an medizinische Fachangestellte delegiert.

Materialien zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis wurden zum Zeitpunkt der Online-Umfrage bereits in vielfältiger Weise genutzt. Die Zufriedenheit mit den vorhandenen Tools war allerdings gering und eine Weiterentwicklung wurde ausdrücklich gewünscht. Es dominierte der Wunsch nach

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

zusätzlichen digitalen Beratungsmedien, da bisher überwiegend Flyer und Broschüren verwendet werden. Auch bezüglich der aktuell eingesetzten Beratungstool besteht eine deutliche Unzufriedenheit (ca. 60%). Diese bezieht sich insbesondere auf die Einsetzbarkeit in Risikofamilie (niedriger Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund). Im Vordergrund stehen einerseits vielfältige Sprachbarrieren (nicht Deutsch als Hauptsprache im Haushalt und/oder Analphabetismus) und andererseits die Distanz der Schulungsinhalte zum kulturellen Hintergrund und den daraus resultierenden Lebenswelten der Familien mit Beratungsbedarf. So kann die Beratung zur aktiven Freizeitgestaltung einer Familie z. B. dadurch erschwert werden, dass oftmals die Mütter mit Migrationshintergrund weder Schwimmen noch Fahrradfahren können. Auch die Gebote der Gastfreundschaft in manchen Familien können es fast unmöglich machen z. B. Softdrinks (oder andere gesüßte Getränke) aus dem Haushalt zu verbannen.

Nach Wunsch der befragten Kinder- und Jugendärzt*innen sollten neu erstellte Materialien insbesondere:

- Sprachbarriere-frei oder in unterschiedlichen Sprachen verfügbar sein,
- unterschiedliche kulturelle Hintergründe berücksichtigen,
- spezifisch für unterschiedliche Altersgruppen bzw. für Jungen und Mädchen getrennt (bei Jugendlichen) sein.

Der Stellenwert von Kooperationen mit externen Partnern zur praktischen Umsetzung der Beratungsinhalte (Veränderung des Bewegungs- bzw. Ernährungsverhaltens, altersentsprechende Mediennutzung) wird als sehr hoch eingeschätzt. Gewünscht werden insbesondere eine kostenlose oder Kassen-finanzierte Ernährungsberatung, sowie kostengünstige Freizeitsportangebote. Die Beschreibung hemmender und fördernder Faktoren für die Kooperation mit externen Partnern ist Gegenstand weiterer Analysen. Die erfolgreiche Etablierung von Netzwerken ist erschwert in Praxen mit hohem Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund. Genannte Gründe sind Zeitmangel und fehlende stabile Netzwerkpartner in der Umgebung. Netzwerkbildung funktioniert besser in städtischen Regionen mit guter Sozialstruktur (s. auch Brügggen et al.; Paper submitted).

Die grundsätzlich hohe Bereitschaft der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen zur präventiven Beratung gerade auch in Risikofamilien stellt eine große Ressource dar, die unbedingt unterstützt werden sollte, so z. B. durch den Projektteil, der sich mit der Entwicklung und pilothaften Testung einer Beratungs-Toolbox für die pädiatrische Praxis (siehe 5.4).

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

5.3. Recherche Materialien

Im Rahmen der systematischen Internetrecherche wurden 89 Printmedien und 58 Websites untersucht sowie 25 Apps getestet. Bis auf wenige Ausnahmen enthalten die untersuchten Printmedien und Websites einfach verständliche Informationen sowie alltagstaugliche Empfehlungen. Insgesamt betrachtet sind die print- und webbasierten Informationsmaterialien allerdings sehr textlastig. Nur 10 % der Materialien enthalten Text, der nach den Regeln der leichten Sprache verfasst ist. Die Verwendung von kurzen Sätzen mit einfacher Satzstruktur kann das Verständnis vor allem für Risikogruppen erhöhen (Maaß and Bredel 2016; Hazibar 2013a). Auch hinsichtlich der Sprachauswahl werden Risikogruppen nicht ausreichend berücksichtigt. Nur circa 10 % der untersuchten Printmedien sind in einer 1:1-Übersetzung in verschiedenen Sprachen verfügbar. Kreps und Sparks (Kreps and Sparks 2008) diskutieren hinsichtlich der Übersetzung von Informationsmaterialien zudem, dass eine reine Übersetzung nicht genügt, um kulturelle Besonderheiten aufzugreifen. So können hierdurch zum Beispiel die Ansprache, das kulturspezifische Konzept von Gesundheit und Krankheit sowie die kulturspezifischen Informationsbedarfe nicht hinreichend berücksichtigt werden. Kleiner und Kläui (Kleiner and Kläui 2010) schlagen außerdem vor, kulturspezifische Ressourcen inhaltlich aufzugreifen.

Im Vergleich zu Printmedien werden grafische Elemente bei Websites häufiger eingesetzt, um Informationen zu unterstützen. Wie auch bei den Printmedien äußert sich eine kultursensible Gestaltung jedoch vorrangig durch den Einsatz von Bildern und Fotos, die Menschen anderer Herkunft abbilden und nicht um Grafiken, die einen emotionalen Bezug zum Thema herstellen und auf die Lebenswelt der Zielgruppe abgestimmt sind, wie es das Schweizerische Rote Kreuz (migesplus 2009) vorschlägt. Insgesamt bieten Websites als Plattform für Gesundheitsinformationen im Vergleich zu Printmedien einige Vorteile: Websites können regelmäßig aktualisiert werden, sie sind vergleichsweise öfter in mehreren Sprachen verfügbar und ermöglichen die Einbindung von kleinen Videos. Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit Risikogruppen qualitativ hochwertige Informationen im Internet identifizieren können und ob das Internet zur Erweiterung des Gesundheitswissens genutzt wird. Zudem bedarf es einer relativ hohen Sprach- und Medienkompetenz, deren Zugang Risikogruppen erschwert ist (Pohlschmidt 2008).

Von den recherchierten Gesundheits-Apps richteten sich die qualitativ hochwertigen Apps ausschließlich an Erwachsene respektive Eltern. Für Kinder wurden ausschließlich Spiele-Apps ohne Lerninhalt gefunden, welche hinsichtlich des Datenschutzes als fragwürdig erschienen. Lampert und Voß (Lampert and Voß 2018) führten 2017 ein fünfmonatiges App-Monitoring sowie eine Google-Stichwortsuche nach gesundheitsbezogenen Apps für Kinder durch und identifizierten 29 deutschsprachige Apps für Kinder. Diese Apps behandelten

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

größtenteils die Themen Ernährung und Zahnhygiene. Die Qualität der Apps ließ sich aufgrund fehlender einheitlicher Qualitätskriterien sowie mangelhafter Transparenz nur schwer einschätzen. Dies stimmt mit unserer Evaluation überein. Wünschenswert ist eine enge Zusammenarbeit von App-Entwicklern und Wissenschaftlern, um qualitativ hochwertige Apps für Kinder zu entwickeln, die sich auf dem Markt behaupten können.

Limitationen der systematischen Internetrecherche

Die Stichwortsuche bei Google unterliegt zeitabhängig hohen Fluktuationen, da die Ergebnisse nach den Suchanfragen der Nutzer*innen gelistet sind. Ergebnisse, die im Ranking weiter oben erscheinen, müssen nicht unbedingt besser oder relevanter sein. Zudem wurden nur Suchbegriffe in deutscher Sprache verwendet. Bei der Recherche der Gesundheits-Apps wurde ausschließlich der Google-Playstore durchsucht – und nicht wie bei Lampert und Voß (Lampert and Voß 2018) der iTunes-Store von Apple. Hinzu kommt, dass sich ein gesundheitsbezogener Aspekt nicht unbedingt aus dem Namen oder der App-Beschreibung ableiten lässt. Hinsichtlich der systematischen Bewertung mittels der selbst erstellten Kriterienkataloge kann eine subjektive Wahrnehmung in bestimmten Bewertungspunkten, wie beispielsweise einem stimmigen Layout oder einer übersichtlichen Navigation, nicht ausgeschlossen werden. Auch wenn stichprobenhaft für einige Printmedien und Websites eine doppelte Bewertung stattfand und die Bewertungen übereinstimmen, können diese Ergebnisse nicht auf alle untersuchten Gesundheitsmaterialien extrapoliert werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine hohe Bewertung keine Aussage darüber treffen kann, ob die Zielgruppe gut erreicht wird. Um die Erreichbarkeit von Risikogruppen und die Wirksamkeit der Materialien zu untersuchen, bedarf es künftiger Akzeptanz- und Evaluationsanalysen.

5.4. Neuentwickeltes Material

Die Ergebnisse einerseits der systematischen Recherche von Beratungsmaterialien und andererseits der qualitativen Expertenbefragung in KJA-Praxen und der quantitativen Online-Befragung niedergelassener Kinder- und Jugendärzte*innen zeigten, dass zwar viele Beratungsmaterialien zur Gesundheitsförderung und Adipositas-Prävention von Kindern und Jugendlichen existieren und genutzt, diese jedoch mehrheitlich als wenig geeignet für die Beratung von Risikofamilien angesehen werden. In den qualitativen Elterninterviews wurde eine erhebliche Diskrepanz zwischen Gesundheitswissen und täglichem Handeln deutlich. Die Datentriangulation der qualitativen Studien beschreibt ein Spannungsverhältnis in der Arzt-Patient-Beziehung, welches mit der Lebensweltferne zwischen dem/der KJA und Eltern aus Risikogruppen und daraus resultierenden divergenten Erwartungshaltungen assoziiert ist. In diesem Spannungsfeld können zur Überwindung von Hindernisse einer effektiven

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

Gesundheitsförderung und/ oder Adipositasprävention beratungsunterstützenden Tools hilfreich sein, die einen interkulturellen Ansatz verfolgen, Sprachbarriere-arm sind und die konkreten Lebenswelten der Familien adressieren. Dies entspricht auch dem Wunsch der niedergelassenen niedergelassener Kinder- und Jugendärzte*innen, die erfreulicherweise Beratung zur Gesundheitsförderung in hohem Maße als ihre Aufgabe ansehen.

Die Ausgestaltung und Namensfindung des **Protagonisten** wurde immer wieder diskutiert und angepasst. Kaya sollte ein geschlechtsneutrales Wesen sein, insbesondere, damit alle kleinen Leser und Leserinnen sich damit auch identifizieren könne. Gleichermaßen sollte es freundlich, kindlich im Aussehen sein um überhaupt unsere Zielgruppe anzusprechen. Die Proportionen wurden mehrfach angepasst, um nicht einen „adipösen“ Protagonisten zu schaffen, andererseits aber auch dem in den Medien derzeit üblichen extremen Schlankheitstrend etwas entgegen zu setzen.

Die **Infozettel** (Kinder-Bewegung und Kinder-Ernährung) sollten so gestaltet werden, dass sie nicht unkommentiert an die Eltern ausgegeben werden, sondern in der Beratung eine Diskussionsgrundlage bieten. Diese Vorgabe hat die Gestaltung der kurzen Übersichtsform erleichtert. Dennoch ist es im Praxisalltag möglich, dass nur ein Teilaspekt mit der Familie besprochen werden kann, z.B. aus Zeitgründen oder auch wegen der Aktualität eines bestimmten Bereiches. Daher muss der übrige Teil der Informationen auch ohne zusätzlichen Kommentar verständlich bleiben, denn die Familie wird sich sicherlich, wenn sie den Zettel zu Hause hat, auch über die weiteren Aspekte informieren. Ein Kompromiss zwischen Beratungsgrundlage aber auch Infozettel zur selbsterklärenden Information war eine Herausforderung, die einige Überarbeitung und Anpassung erforderlich machte und nun in einer guten Mischung vorliegt. Unerwartet waren Probleme mit der Übersetzung in andere Sprachen. Schon allein das Fehlen einer russischen, arabischen oder türkischen Tastatur für den Computer machte die Umsetzung der Übersetzten Texte in ein PDF und Papierformat schwierig. Die Texte wurden von Dolmetschern der SPZ Sprechstunde übersetzt. Dennoch zeigte sich insbesondere beim arabischen Text, dass Hocharabisch und die vielen Dialekte die z.T. deutlich davon abweichen zu einigen Verständigungsproblemen mit arabischen Familien führten. Daher wurde für diese Sprache noch einmal ein staatlich geprüfter Übersetzer bemüht, der rein Hocharabisch übersetzte.

Das für das Wartezimmer vorgesehene **Poster** sollte primär ein Blickfang sein, beim näheren Herantreten können dann einmal die Kinder mit der Geschichte (selbst zusammengestellt nach den Bildern) und andererseits die Eltern durch kurze Informationshinweise und die Uhr, die einen Tagesablauf vorgibt interessiert werden. Um zu einer weiteren Ebene zu gelangen kann dann über den direkten Link oder eine QR-Code auf die **Website** zugegriffen werden. Hier ergeben sich noch zahlreiche derzeit nur angedachte Optionen für zusätzliche Ebene

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

der Information oder auch der Spielmöglichkeiten für Kinder, aber auch die Familien gemeinsam. Eine Herausforderung stellte der Wunsch nach unterschiedlichen Sprachen auf sehr engem grafischen Raum dar. Familien unterschiedlicher kultureller und sprachlicher Herkunft sollten gleichermaßen durch den ersten Blick auf das Poster angesprochen werden. Mehrere Entwürfe und viele Versuche Wörter kurz, prägnant und in unterschiedlichen Sprachen gleichermaßen gut verständlich zu wählen haben letztendlich das vorliegende Ergebnis geliefert.

Das **Memory** Spiel ist eine Idee, die nicht primär angedacht war, sondern die sich im Verlauf der Arbeit aus den Informationszetteln entwickelt hat. Über 50 Spielideen lagen nach der Befragung und Analyse Umfrage (Sportgesundheitspark, Kindergärten ...) für den Bewegungs-Informationszettel vor. Leider fanden davon nur wenige Platz auf dessen Rückseite. Daher entstand die Idee die weiteren Vorschläge nicht zu verwerfen sondern in einer anderen Form zu nutzen – in einem Memory Spiel. Auch dafür konnte nur eine Auswahl verwendet werden. Eine gemeinsame Teamberatung hat dann im Ausschlussverfahren eine Entscheidung für die 20 Ideen getroffen, die sich auch durch den Grafiker gestalterisch am verständlichsten realisieren ließen. Wieder wurde unser Protagonist Kaya verwendet, um eine Kontinuität über das gesamte erstellt Material zu wahren und für die Kinder eine Erinnerung an andere bereits erlebte, gelesene oder erzählte Informationen zu erleichtern.

Auf ähnliche Art und Weise entwickelte sich das **Büchlein** zur Geschichte von Kaya und dem perfekten Tag. Auch hier waren wir zunächst nur von der Bildergeschichte auf dem Poster ausgegangen. Da die Geschichte jedoch bereits als Gesamttext vorlag, lag es nah, für die Kinder etwas zu entwickeln, was mit nach Hause genommen, aber auch im Wartezimmer ausgelegt werden kann. Bei den Fokusgruppen zur Evaluierung der neu erstellten Materialien, lagen für die Geschichte, die auf dem Poster rein bildlich dargestellt wurde nur drei Text-Seiten zu Erläuterung vor. Diese sind von den Familien evaluiert worden und es gab ein positives Feedback zu der Aufnahmebereitschaft der Kinder, denen die Geschichte nicht nur als Bilder-Geschichte, sondern auch als vorgelesenen Text präsentiert wurde. Es zeigte sich jedoch bei der Umsetzung der Poster-Geschichte zum Büchlein, dass anders als erwartet, viele der Bilder neugestaltet werden mussten, um einem Buchcharakter gerecht zu werden. Auch die Auswahl der Informationen für die Eltern war herausfordernd, da nicht alle auf den verbleibenden fünf Seiten Platz fanden und eine Priorisierung anhand der Testergebnisse erfolgen musste.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND GESAMTBEURTEILUNG

5.5. Materialtestung

5.5.1. Fokusgruppen

Mithilfe der Fokusgruppen konnte beleuchtet werden, welche Aspekte der Toolbox-Materialien positiv und welche negativ evaluiert wurden sowie welche Aspekte fehlten, beziehungsweise welche Bedarfe und Wünsche seitens der Eltern aus Risikogruppen weiterhin bestehen. Die Evaluation der Toolbox fiel insgesamt positiv aus. Insbesondere das integrative Gesamtkonzept und die Verknüpfung der einzelnen Materialien sowie die gestalterische Umsetzung stießen auf Zuspruch bei Kindern und Müttern. Bei der Website handelt es sich um eine Pilotversion, welche entsprechend der Evaluationen der Fokusgruppen- Teilnehmerinnen weiterentwickelt werden sollte. Darüber hinaus ist es wünschenswert, die Ergebnisse aus den Eltern, - Experten und Fokusgruppeninterviews in die Weiterentwicklung der einzelnen Toolbox-Materialien einfließen zu lassen, um somit eine beratungsunterstützende Toolbox, die lebenswelt- und bedarfsorientiert sowie spielerisch zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in der pädiatrischen Praxis beitragen kann.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

(Betrachtung des Projektverlaufs und der Ergebnisse unter dem Aspekt des Gender Mainstreaming.)

6.1. Qualitative Experteninterviews, qualitative Elterninterviews und Fokusgruppen mit Eltern

Aus den qualitativen Studien ergaben sich einige wenige wesentliche Aspekte des Gender Mainstreaming. Im Rahmen der Experteninterviews wurde darauf verwiesen, dass keine geschlechterspezifischen Beratungsmaterialien oder Tools zur Verfügung stünden. Es wurden zudem auf Beobachtungen in der pädiatrischen Praxis basierende Vermutungen seitens der KJA angestellt, dass Übergewicht bei männlichen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gefördert würde, da – je nach Kulturkreis – körperliche Fülle mit Männlichkeit resp. „Stärke“ assoziiert würde. Kulturspezifische Körperbilder wurden in vorigen Studien als Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Übergewicht identifiziert (Schenk et al. 2008). Solche kulturspezifischen, handlungsleitenden Orientierungsmuster sind unbedingt im Rahmen einer Praxis der Gesundheitsförderung und Adipositasprävention zu berücksichtigen.

Wenngleich die Datenerhebung der qualitativen Elterninterviews auf geschlechterspezifische Beratungsbedarfe sowie (Ernährungs- und Gesundheits-) Sozialisierungen abzielte und somit Gender Mainstreaming berücksichtige, so ließen sich bis Projektende keine definitiven Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung und Adipositasprävention von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich lebensweltlicher Geschlechterunterschiede treffen.

Die Stichproben der qualitativen Elterninterviews (n=14 /19) sowie der Fokusgruppen (n=8/8) zeichneten sich durch eine deutlich höhere resp. ausschließliche Teilnahme von weiblichen Studienteilnehmerinnen aus. Dies spiegelt traditionelle Rollenverteilungen in diversen Kulturkreisen wider und damit eine primäre Verantwortlichkeit der Kindererziehung seitens der Mütter. Dies zeichnet sich auch in den Elterninterviews ab, wenn Mütter beklagten, sich als nahezu alleinerziehend im Stich gelassen und überfordert zu fühlen und (u. A.) in diesem Zusammenhang einen erhöhten Bedarf an eine/n Pädiater*in äußern, der/die sich fürsorglich zeigt und auch in erzieherischen Fragen unterstützt. Für eine effektive Gesundheitsförderung und Adipositasprävention ist, wie oben erläutert, der Einbezug des gesamten Familienverbundes und damit auch die Verteilung der Verantwortung zentral. Es gilt künftig, zu untersuchen, wie dies im Rahmen tradiierter und internalisierter geschlechtsbezogener Rollenverteilungen wirksam umsetzbar ist.

6. GENDER MAINSTREAMING ASPEKTE

6.2. Quantitative Online-Befragung der KJA

Im Rahmen der Online-Befragung wurde u. A. das Ziel verfolgt, begünstigende sowie hemmende Faktoren im Zusammenhang mit dem Kooperationsverhalten von Pädiater*innen zu identifizieren. Das Geschlecht stellte sich als ein Einflussfaktor auf das Kooperationsverhalten mit anderen Akteurs-Gruppen zur multidisziplinären Gesundheitsförderung und Adipositasprävention heraus: Weibliche Pädiater*innen kooperierten häufiger mit Kolleg*innen anderer Professionen wie Ernährungswissenschaftler*innen und Endokrinolog*innen.

6.3. Neuentwicklung und Erstellung von Instrumenten/Material

Der Protagonist hat den geschlechtsneutralen Namen „Kaya“ erhalten. Kaya wird einerseits als weiblicher Name (japanisch, britisch, kanadisch, deutsch) und andererseits als männlicher Name (türkisch) verwendet, sodass sich sowohl Jungen als auch Mädchen mit der Hauptfigur identifizieren können. Für den Papagei „Bit“ wurde ebenfalls ein geschlechtsneutraler Name gewählt.

7. VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER PROJEKTERGEBNISSE

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Verbreitung: Darstellung der erfolgten oder geplanten Veröffentlichung der Ergebnisse sowie der Öffentlichkeitsarbeit für Fach- und Laienpublikum (Beiträge auf Kongressen, Publikationen, Pressemitteilungen, Internet etc.); Darstellung der Zugänglichkeit der Ergebnisse für mögliche Nutzerinnen und Nutzer (Verfügbarkeit über Internet, Manual, Buch, etc.)

7.1. Vorstellung der Ergebnisse auf Kongressen

Erste Erkenntnisse aus der qualitativen Befragung der Expert*innen sowie aus den qualitativen Interviews mit Eltern wurden auf der *7th Conference on Recent Advances in the Prevention and Treatment of Childhood and Adolescent Obesity* in Calgary, Kanada am 26.10.2018 in Form eines Posters (siehe Abbildung 16, Publikationsverzeichnis und Anhang) sowie einer Kurzpräsentation vorgestellt.

7.2. Publikationen

Brauchmann, J., Hruschka, L., Baer, N.R., Jödicke, B., Urlen, M., Wiegand, S., Schenk, L. (2019). Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen – eine systematische Bewertung und Übersicht verfügbarer Beratungs- und Informationsmaterialien mit Fokus auf Risikogruppen. In *Revision: Bundesgesundheitsblatt*

Brüggen, F. Geller, P., Baer, N.R., Wiegand, S., Jödicke, B., Brauchmann, J, Schenk, L. (2019). Cooperation behavior of pediatricians in multidisciplinary overweight prevention and management. Eingereicht in: *Childhood Obesity*.

Jödicke, B. (2018). Online-Befragung der Mitglieder des BVKJ zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. *Kinder- und Jugendarzt*; 49. Jg. (2018) Nr. 7/18 |

8. VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE (NACHHALTIGKEIT/ TRANSFERPOTENTIAL)

8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/ Transferpotential)

(Welche Erfahrungen/Ergebnisse sind für den Transfer, ggf. für die Vorbereitung und Begleitung der Gesetzgebung des BMG geeignet? Wie wirken sich die Projektergebnisse auf die Gesundheitsversorgung/Pflege aus? Was wird nach Projektende mit den aufgebauten Strukturen passieren? Weitere Implikationen der Ergebnisse (z.B. für weiterführende Fragestellungen)?)

8.1. Implikationen der Projektergebnisse für die Gesundheitsversorgung

- Um eine effektive Gesundheitsförderung und Adipositasprävention von Kindern und Jugendlichen gewährleisten zu können, sollte ein Versorgungsnetzwerk hinsichtlich eines ganzheitlichen Ansatzes ausgebaut werden (siehe 5.1.). Die Ergebnisse unserer Studien unterstreicht die Notwendigkeit für einen umfassenden Netzwerkausbau unter Berücksichtigung diverser Risikogruppen ebenso wie spezifische Subgruppen (z.B. Alter, Geschlecht).
- Die Ergebnisse der qualitativen Studien weisen darauf hin, dass ein lebensweltnaher Peergroup Ansatz, welcher bspw. die Einbindung von sogenannten „Stadtteilmüttern“ beinhaltet, die Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit in der pädiatrischen Praxis sinnvoll unterstützen kann (siehe 5.1.).

8.2. Implikationen der Projektergebnisse bezüglich der Entwicklung beratungsunterstützender Materialien und Tools

- Die künftige (Weiter-) Entwicklung beratungsunterstützender Materialien und Tools sollte an die Bedarfe und Bedürfnisse der Eltern resp. der Kinder und Jugendlichen aus verschiedenen Risikogruppen angepasst sein sowie unter Berücksichtigung der Einschätzungen, Ressourcen und Wünsche der KJA und MFA erfolgen.
- Die Verbreitung der entwickelten Toolbox in pädiatrischen Praxen wird auch nach Projektende angestrebt.
- Es wird eine Weiterentwicklung der Website in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte angestrebt, die folgende Funktionen umfassen könnte:
 - Die Listen zu Ausflugszielen könnten durch aktuelle Fotos ergänzt werden, sodass die Information auch für Kinder zugänglich wird
 - Es könnten interaktive Webanwendungen eingebaut werden, wie beispielsweise das Memory-Spiel mit Kaya als digitale Variante

8. VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE (NACHHALTIGKEIT/ TRANSFERPOTENTIAL)

- Die Website kann in weitere Sprachen übersetzt werden, sodass zu Anfang eine Sprachauswahl getroffen werden kann
- Die Informationszettel „Kinderfreizeit – aktiv gestaltet“ und „Kinderernährung – leicht gemacht“ könnten als PDF-Datei in Form eines Downloads bereitgestellt werden
- Die einzelnen „Kacheln“ mit Kaya könnten als Ausmalbilder zum Download angeboten werden
- Experten-Blog mit wöchentlichen Neuigkeiten zu den Themen Bewegung und Ernährung, Rezeptideen, Bewegungsvorschläge etc.
- Fachbereich für Kinderärztinnen und -ärzte sowie Praxisteams mit Login, der die entwickelten Materialien (Poster, Abreißzettel, Memory) als PDF-Dateien zum Ausdrucken beinhaltet. Ärztinnen und Ärzte mit Login könnten sich als Experten zur Beantwortung ausgewählter Fragen der Nutzerinnen und Nutzer zur Verfügung stellen.
- Saisonale Aktionen, wie beispielsweise Fotowettbewerbe zu unterschiedlichen Themen (z.B. Bewegung im Herbst).
- Bewegungsspiele mit Kurzbeschreibung als Inspiration für Eltern und Kinder
- Wochen-Speisepläne sowie Einkaufslisten und Tipps zum Einkaufen

8.3. Implikationen der Projektergebnisse hinsichtlich der Aus- und/oder Weiterbildung von KJA

- Zentraler Bestandteil der Ausbildung von Pädiater*innen sollte die Vermittlung eines umfassenden Verständnisses von verschiedenartigen Lebensweltdivergenzen und deren möglichen Auswirkungen auf der Haltungs- und Handlungsebene in der Arzt-Patient-Beziehung sein. Ebenso ist es von Nöten, KJA theoretisch und insbesondere praktisch hinsichtlich der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Adhärenz-Beziehungen mit Patient*innen zu schulen.

8.4. Implikationen der eingesetzten Methoden und erzielten Ergebnisse

- Um die Effekte der entwickelten beratungsunterstützenden Toolbox systematisch messen und evaluieren zu können, ist die Durchführung einer Interventionsstudie anzuraten.
- Der vielseitige Methodenansatz unserer Studie erlaubt weitere Analysen hinsichtlich der Triangulation verschiedener Daten und Methoden. Beispielsweise bietet es sich an, die Ergebnisse der qualitativen Experteninterviews mit denen der quantitativen Online-Befragung systematisch zu triangulieren.

8. VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE (NACHHALTIGKEIT/ TRANSFERPOTENTIAL)

- Aufgrund der besonders hohen Materialdichte der qualitativen Studien lassen sich weitere Analysehorizonte herausarbeiten. Zudem lassen sich aus den Ergebnissen der qualitativen Studien sich weiterführende Fragestellungen ableiten.

9. Publikationsverzeichnis

- Baer, N.R., Molzberger, K., Schenk, L. (2018). Health Promotion and Adiposity Prevention in the German paediatric practice setting. Considering the Health Socialization of Children at Risk. *7th Conference on Recent Advances in the Prevention and Treatment of Childhood and Adolescent Obesity - Beyond the Clinic*, Calgary (Kanada), 25.-27. Oktober 2018, Poster-Vortrag (Poster siehe Abbildung 16).
- Brauchmann, J., Hruschka, L., Baer, N.R., Jödicke, B., Urlen, M., Wiegand, S., Schenk, L. (2019). Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen – eine systematische Bewertung und Übersicht verfügbarer Beratungs- und Informationsmaterialien mit Fokus auf Risikogruppen. In Revision: *Bundesgesundheitsblatt*
- Brüggen, F. Geller, P., Baer, N.R., Wiegand, S., Jödicke, B., Brauchmann, J, Schenk, L. (2019). Cooperation behavior of pediatricians in multidisciplinary overweight prevention and management. Eingereicht in: *Childhood Obesity*
- Jödicke, B. (2018). Online-Befragung der Mitglieder des BVKJ zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. *Kinder- und Jugendarzt*; 49. Jg. (2018) Nr. 7/18

9. PUBLIKATIONSVERZEICHNIS

Health Promotion & Obesity Prevention in the German Paediatric Practice Setting – Considering the Health Socialization of Children at Risk

Nadja-Raphaela Baer, Kaspar Molzberger, Liane Schenk

Institute for Medical Sociology and Rehabilitation Research
Charité University Medicine Berlin, Germany

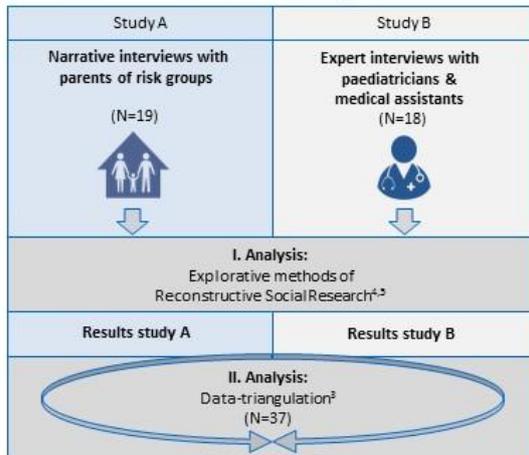
Background

There is a higher obesity risk for children of families with a lower social status¹ as well as for children with migration background². A profound understanding of mechanisms underlying the development of obesity in children at risk is crucial to successfully promote healthy lifestyles. Considering socio-culturally shaped health socialization backgrounds is essential to the investigation of those mechanisms.



While the health socialization of children is primarily influenced by their parents' health orientations, the paediatrician may also affect parents' and thus children's health socializations. To effectively prevent childhood obesity and promote healthy lifestyles, it is hence important to account for both perspectives. The aim was to identify and understand facilitators and barriers to the healthy growing of children belonging to risk groups, both, from the paediatricians' as well as the parents' points of view.

Methods: A Qualitative Mixed-Methods Approach



Results: Sample Characteristics

| Parent characteristics | | Expert characteristics | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Risk group | Sex (n), Age | Profession | Sex (n), Age |
| Low social status: n=12 Migr.background: n=13 | F(14), ø 33 yrs M(5), ø 39 yrs | Paediatrician: n=12 Med. Assistant: n=6 | F(12), ø 43 yrs M(6), ø 50 yrs |

First Results: Emergent Themes

Several themes emerged from first analyzes, of which one is presented below for each study:

| Theme Study A: Discrepancy between nutrition knowledge, dietary practices & educational concept | Theme Study B: Coping mechanisms as a response to failing educational guidance |
|--|---|
| <p>„I don't like to give my children so much sweets because their teeth are a catastrophe - only because of juice and sweets, which contain much sugar. But they eat so much, so that my neighbors hear it. My son just cannot live without Nutella.“ (Mother of 4 children, 26 yrs, low social status, Croatia migration background)</p> <ul style="list-style-type: none"> Unfavorable food as calming method Naturalisation of unfavorable dietary practices Response to educational overstrain Externalization of responsibility | <p>„The parents are at their children's every beck and call they try everything to satisfy their children, instead of providing guidance [...] At some point this goes wrong. The child refuses lunch. Instead, chips are offered. That's it. The child wants chips and gets them himself and the parents cannot stop it anymore.“ (Paediatrician, M, 54 yrs)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cascade of loss of control over the child's dietary practices Unfavorable dietary practices as result of compliance with child's demands |
| <p>„Sure, my children get chips in-between. Unfortunately, you cannot avoid this. Usually after dinner, or at the weekends, and of course, also in the afternoon before dinner. Not too much, so they also eat real food.“ (Father of 5 children, 42 yrs, low social status, Albanian migration background)</p> <ul style="list-style-type: none"> Normalization of unfavorable dietary practices Limited scope of action due to habitualized automatisms Rationalization of divergence between dietary knowledge and practices | <p>„Too much [food] is offered in-between. [...] There is no rhythm in the family. The mother always tries to please the child. Several foods are offered at multiple times. It's a chaos. Especially obese children often have the problem that they were always used to eat, without any structure.“ (Medical Assistant, F, 33 yrs)</p> <ul style="list-style-type: none"> Lacking structures of everyday family & dietary routines Overfeeding as coping tool |

Conclusions

A relatively pronounced health and nutrition knowledge appeared as a resource of this sample's parents belonging to risk groups. At the same time, one major barrier to children's health growing was the translation of such knowledge into practice. A lack of particular educational resources surfaced as one factor constituting this barrier. This is congruent with the experts' perspective. The majority of the experts interviewed in study B identified a lack of educational competences and daily structures as essential barriers to the healthy growing and obesity prevention of children of risk groups. Amongst others, further in-depth analyses of the necessary resources to bridge the gap between parents' health and, more specifically, nutrition knowledge and their everyday dietary practices will be undergone. The triangulation of data from both studies will follow, in order to gain a more comprehensive view on the research object.

References

- Shrewsbury, V., & Wardle, J. (2008). Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obesity (Silver Spring)*, 16(2), 275-284. doi:10.1038/oby.2007.35
- Schenk, L., Anton, V., Baer, N. R., & Schmitz, R. (2016). Food patterns of children and adolescents with migration background: findings of the KiGGS study. *Public Health Forum, Die Gruyter*, 24(3), pp. 205-208.
- Flick, U. (2011). Triangulation. In *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 323-328.
- Bohnsack, R. (2014). Documentary Method. In: U. Flick (Ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 217-233). London: Sage.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). *The Practice of Qualitative Research* (Vol. 2): Sage.

Contact

M.Sc. Nadja-Raphaela Baer
Charité University Medicine Berlin
Institute of Medical Sociology
and Rehabilitation Research
Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany
E-Mail: nadja-raphaela.baer@charite.de
Fax: 0049 30 450 529 118

Abbildung 16: Posterbeitrag Baer et al. (2018).

11. Literaturverzeichnis

- Bau, Anne-Madeleine, Raffaella Matteucci Gothe, and Theda Borde. 2003. 'Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien-Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin', *Ernährungs-Umschau*, 50: 214-18.
- Bluher, S., K. Kromeyer-Hauschild, C. Graf, D. Grunewald-Funk, K. Widhalm, U. Korsten-Reck, J. Markert, C. Gussfeld, M. J. Müller, A. Moss, M. Wabitsch, and S. Wiegand. 2016. '[Current Guidelines to Prevent Obesity in Childhood and Adolescence]', *Klin Padiatr*, 228: 1-10.
- Bohnsack, R. . 2014. 'Documentary Method.' in U. Flick (ed.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (Sage: London).
- Bunge, Martina, Ingrid Mühlhauser, and Anke Steckelberg. 2010. 'What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria', *Patient education and counseling*, 78: 316-28.
- Burke, Valerie, Lawrie J Beilin, Kevin Durkin, Werner GK Stritzke, Stephen Houghton, and Charmaine A Cameron. 2006. 'Television, computer use, physical activity, diet and fatness in Australian adolescents', *Pediatric Obesity*, 1: 248-55.
- Dehmlow, R, and M Hägele. 2010. 'Checkliste für medizinische Websites', Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (afgis) e.V., Accessed 08.2017. <https://www.afgis.de/standards/afgis-checkliste-medizinische-website-version-1.0-maerz-2010>.
- Flick, U. . 2013a. *Qualitative Forschung* (Rowohlt Taschenbuch Verlag Reinbeck).
———. 2013b. *Triangulation - Eine Einführung* (VS Verlag).
- Gilbert, Penelope A, and Santosh Khokhar. 2008. 'Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health', *Nutrition reviews*, 66: 203-15.
- Hazibar, Kerstin. 2013a. 'Leichte Sprache', *Inklusion Lexikon*.
———. 2013b. 'Leichte Sprache', *Inklusion Lexikon*, im Internet: <http://www.inklusion-lexikon.de/index1.html>.
- Holmboe-Ottesen, Gerd, and Margareta Wandel. 2012. 'Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe', *Food & nutrition research*, 56: 18891.
- k Resimleri, Hastal. 2009. 'Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten: die Webplattform migesplus', *PrimaryCare*, 9.
- Kalitzkus, Vera, Stefan Wilm, and Peter F %J Zeitschrift für Allgemeinmedizin Matthiessen. 2009. 'Narrative Medizin-Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um?', 85: 60-66.
- Kamtsiuris, Panagiotis, Eckardt Bergmann, Petra Rattay, and Martin Schlaud. 2007. 'Inanspruchnahme medizinischer Leistungen', *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50: 836-50.
- Kersting, Mathilde, Hermann Kalhoff, and Thomas Lücke. 2017. 'Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 42: 304-15.
- Kleiner, Myriam, and Heinrich Kläui. 2010. 'Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten', *Schweizerische Ärztezeitung*, 40: 1562-63.
- Kleiser, Christina, Gert BM Mensink, Hannelore Neuhauser, Liane Schenk, and Bärbel-Maria Kurth. 2010. 'Food intake of young people with a migration background living in Germany', *Public health nutrition*, 13: 324-30.
- Kluthe, R, A Dittrich, R Everding, A Gebhardt, E Hund-Wissner, H Kasper, H Rottka, U Rabast, A Weingard, and M Wild. 2004. 'Das Rationalisierungsschema 2004 des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V., der Deutschen Adipositas Gesellschaft e. V., der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM) e. V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsm', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 29: 245-53.
- Kreps, Gary L, and Lisa Sparks. 2008. 'Meeting the health literacy needs of immigrant populations', *Patient education and counseling*, 71: 328-32.
- Kurth, B. M., and A. Schaffrath Rosario. 2007. '[The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey

11. LITERATURVERZEICHNIS

- for Children and Adolescents (KiGGS)]', *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50: 736-43.
- Lampert, Claudia. 2018. 'Gesundheitsangebote für Kinder und Jugendliche im App-Format', *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13: 280-84.
- Lampert, Claudia, and Michaela Voß. 2018. "Gesundheitsbezogene Apps für Kinder." In *Ergebnisse des Projekts HealthApps4Kids*, 1-28. Hamburg: Hans-Bredow-Institut für Medienforschung, Universität Hamburg.
- Maaß, Christiane, and Ursula Bredel. 2016. 'Struktur leichter Sprache.' in, *Leichte Sprache. Theoretische Grundlagen. Orientierung für die Praxis*. (Bibliographisches Institut GmbH: Berlin).
- Meyer, Gabriele, Anke Steckelberg, and Ingrid Mühlhauser. 2007. 'Analysis of consumer information brochures on osteoporosis prevention and treatment', *GMS German Medical Science*, 5.
- migesplus. 2009. "Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen - Eine Orientierungshilfe für Institutionen und Projektverantwortliche." In, edited by Schweizerisches Rotes Kreuz, 1-7.
- Mutz, Michael, and Ulrike Burrmann. 2011. 'Sportliches Engagement jugendlicher Migranten in Schule und Verein: Eine Re-Analyse der PISA- und der SPRINT-Studie', *Migration, Integration und Sport*: 99-124.
- Nohl, A. 2017. *Interview und Dokumentarische Methode - Anleitungen für die Forschungspraxis* (Springer Wiesbaden).
- Pohlschmidt, Monika. 2008. 'Medienkompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund'.
- Rehaag, Regine, Haci-Halil Uslucan, and Gönül Aydin-Canpolat. 2012. 'Kulinarische Praxen als Medium der Identitätsdarstellung deutscher und türkischer Jugendlicher', *Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 4: 28-47.
- Rommel, Alexander, Anke-Christine Saß, Sabine Born, and Ute Ellert. 2015. 'Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status', *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58: 543-52.
- Rütten, Alfred, and Klaus Pfeifer. 2017. *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- Schenk, Liane, Verena Anton, Nadja-Raphaela Baer, and Roma Schmitz. 2016. "Ernährungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse der KiGGS-Studie." In *Public Health Forum*, 205-08.
- Schenk, Liane, Hannelore Neuhauser, Ute Ellert, Christina Poethko-Müller, Christina Kleiser, and Gert Mensink. 2008. 'Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS 2003-2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland'.
- Schienkiewitz, Anja, Anna-Kristin Brettschneider, Stefan Damerow, and Angelika Schaffrath Rosario. 2018. 'Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends'.
- Steckelberg, Anke, Bettina Berger, Sascha Köpke, Christoph Heesen, and Ingrid Mühlhauser. 2005. 'Kriterien für evidenzbasierte Patientinneninformationen', *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 99: 6.
- Steinhilber, Amina, and Birte Dohnke. 2016. 'Adolescent Turkish migrants' eating behavior in Germany: A comparison to nonmigrants in the home and host countries based on the prototype-willingness model', *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 22: 114.
- Valentini, Luzia, Dorothee Volkert, T Schütz, J Ockenga, M Pirlich, Wilfried Druml, Karin Schindler, Peter E Ballmer, Stephan C Bischoff, and Arved Weimann. 2013. 'Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38: 97-111.
- Wang, Youfa, and Xiaoli Chen. 2011. 'How much of racial/ethnic disparities in dietary intakes, exercise, and weight status can be explained by nutrition-and health-related psychosocial factors and socioeconomic status among US adults?', *Journal of the American Dietetic Association*, 111: 1904-11.
- Weihrauch-Blüher, Susann, Stefanie Koormann, Jana Brauchmann, and Susanna Wiegand. 2016. 'Elektronische Medien in der Adipositas-Prävention bei Kindern und Jugendlichen', *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59: 1452-64.

11. LITERATURVERZEICHNIS

Welsch, Janina. 2015. 'Alltagsmobilität und Mobilitätssozialisation von Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern. Ergebnisse einer Pilotstudie in Offenbach am Main.' in, *Räumliche Mobilität und Lebenslauf* (Springer).

Weitere Literatur:

Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850[4]

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin

Rattay P(1), Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P; KiGGS Study Group. [Trends in the utilization of outpatient medical care in childhood and adolescence: results of the KiGGS study - a comparison of baseline and first follow up (KiGGS Wave 1)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2014 Jul;57(7):878-91. doi: 10.1007/s00103-014-1989-1.

Ernst G, Szczepanski R, Lange K 2013 Patientenschulung in der Kinder- und Jugendmedizin-deutschsprachige Konzepte und Bedarfsanalyse; *Prävention und Rehabilitation*, 25: 18-24.