

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

**Die Darstellung kindlichen Übergewichts und Adipositas im
Deutschen Ärzteblatt von 1949 – 2017**

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

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

vorgelegt von

Müller, Isabel

2021

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing
2. Berichterstatter: Professor Dr. T. Renner

Tag der Disputation: 20.10.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Begriffsklärung	2
1.2	Übergewicht und Adipositas	4
1.3	Wichtige Akteure	8
1.4	Forschungsstand	12
1.5	Ziel der Arbeit und Fragestellungen	13
2	Material und Methoden	15
2.1	Das Deutsche Ärzteblatt	15
2.2	Untersuchungszeitraum	16
2.3	Datenerhebung	16
2.4	Methode	18
2.5	Anwendung der Methode	18
3	Ergebnisse	23
3.1	Artikelanzahl	23
3.2	Artikelformat	25
3.3	Ursachen	34
3.4	Bedeutung und Folgen	36
3.5	Interventionsziele	39
3.6	Interventionsansätze	44
4	Diskussion	47
4.1	Diskussion der Methode	47
4.2	Diskussion der Ergebnisse	48
4.2.1	Rückgang der Artikelanzahl	48
4.2.2	Ein individuelles Problem?	52
4.2.3	Veröffentlichung kritischer Leserbriefe	54
4.2.4	Psychische Gesundheit	55
4.2.5	Praktische Situation in Deutschland	57
4.3	Ausblick	59

5	Zusammenfassung	60
6	Literaturverzeichnis	62
7	Erklärung zum Eigenanteil	71
8	Anhang	72

Abkürzungsverzeichnis

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
BÄK	Bundesärztekammer
BLE	Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
BMI	Bodymass Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BVKJ	Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte
CDC	Center of Disease Control
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
EASO	European Association for the Study of Obesity
GIANT	Genetic Investigation of Anthropomorphic Traits
IOTF	International Obesity Task Force
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NCBI	National Center for Biotechnology Information
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

1.1	Ernährungszustand nach BMI für Erwachsene, angepasst nach Hauner (Hauner, 2016)	5
1.2	BMI-Kategorien anhand Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche nach Definition der AGA (AGA, 2011)	5
3.1	Anzahl der insgesamt erschienenen Artikel je Kategorie	26
3.2	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Ursachen</i>	34
3.3	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Bedeutung und Folgen</i>	37
3.4	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Interventionsziele</i>	40
8.1	Tabellarische Zusammenstellung der untersuchten Artikel	72
8.2	Kodierte Aussagen der Kategorie <i>Ursachen</i>	77
8.3	Kodierte Aussagen der Kategorie <i>Bedeutung und Folgen</i>	150
8.4	Kodierte Aussagen der Kategorie <i>Interventionsziele</i>	206
8.5	Kodierte Aussagen der Kategorie <i>Interventionsansätze</i>	228

Abbildungsverzeichnis

1.1	BMI-Referenzkurven für Kinder von 0-18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild	4
1.2	Erklärungsmodell von Faktoren zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas, nach WHO (Branca, Nikogosian und Lobstein, 2007:S. 15)	6
2.1	Flussdiagramm nach PRISMA Statement (Moher u. a., 2009) . .	17
2.2	Konkretes Ablaufmodell Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015)	18
3.1	Anzahl aller identifizierter Artikel zu kindlichem Übergewicht und Adipositas, Angabe pro Jahr	23
3.2	Anzahl der Artikel pro Unterkategorie, Angabe pro Jahr	25
3.3	Anzahl der Originalarbeiten, Angabe pro Jahr	26
3.4	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Ursachen</i> , Angabe pro Jahr	34
3.5	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Bedeutung und Folgen für Betroffene und Gesellschaft</i> , Angabe pro Jahr	36
3.6	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Interventionsziele</i> , Angabe pro Jahr.	39
3.7	Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie <i>Interventionsansätze</i> , Angabe pro Jahr	44
4.1	Anzahl der Treffer bei Eingabe der Suchbegriffe <i>obesity + child</i> und <i>overweight + child</i> in die Suchmaske von PubMed. Angabe pro Jahr (NCBI, 2020)	49

1 Einleitung

Berlin, 18.9.2018.

Übergewichtige Kinder und Jugendliche gehören zu unserem Alltag: Zwar ist die Gesamtzahl der Kinder mit ernsten Gewichtsproblemen in den letzten Jahren in etwa gleich geblieben, aber die soziale Ungleichheit für das Auftreten von krankhaftem Übergewicht (Adipositas) hat im letzten Jahrzehnt sehr stark zugenommen [...]. Da der hinsichtlich der eintretenden Effekte größte Risikofaktor für kindliches Übergewicht eine ungesunde Ernährung ist, sollte hier zuerst angesetzt werden: „Von der Politik gesetzte Regeln sollten beim Essen die gesündere Wahl zur leichteren Wahl machen, womit das Adipositasrisiko deutlich gesenkt werden kann. Bei der Einführung von verhältnispräventiven Maßnahmen zur Stärkung eines gesundheitsfördernden Lebensstils liegt Deutschland im internationalen Vergleich leider noch in der Schlussgruppe.“ [Fr. Prof. Dr. med. Krägeloh-Mann]. [...]. Prof. Dr. Koletzko: „Wir hoffen sehr auf die Bereitschaft der Politik zu konsequenten Maßnahmen, denn die Lasten des heute bestehenden kindlichen Übergewichts für Krankheitsfolgen und eingeschränkte Lebenschancen sind enorm hoch. Allein die Gesundheitskosten für die heute in Deutschland übergewichtigen Kinder und Jugendlichen belaufen sich auf 1,8 Milliarden Euro. - Wir können es uns nicht leisten, nichts zu tun!“ (BVKJ, DGKJ und DAG, 2018:S.1-2)

Diese Pressemitteilung wurde am 18.09.2018 vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) veröffentlicht. Die Autoren formulieren deutlich, dass sie in der Verbreitung der Adipositas ein Phänomen beobachten, dem unbedingt gemeinsam entgegen gewirkt werden muss.

Doch warum erscheint dies so dringend notwendig?

Die Bedeutung der Adipositas als Risikofaktor für verschiedene Folgekrankhei-

ten und eine damit einhergehende Verminderung der Lebenserwartung werden betont. Dass es überhaupt zu Adipositas kommt, sehen die Autoren in sozioökonomischen Unterschieden begründet. Das Bildungsniveau und der Einkommensstatus der Eltern trage wesentlich zum Adipositas-Risiko bei (BVKJ, DGKJ und DAG, 2018). Lösungswege werden von der Politik erwartet, diese sollen alle Menschen gleichermaßen einbeziehen. In dieser Pressemitteilung wird ein relativ klares Bild von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter gezeichnet: Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau und geringerem sozioökonomischen Status seien häufiger betroffen, Übergewicht und Adipositas haben starke negative Auswirkungen auf Körper und Psyche der Kinder und verhältnispräventive Maßnahmen sollten durch die Politik eingeleitet werden. Ganz so klar zeigt sich das Bild im Deutschen Ärzteblatt nicht. Über einen Zeitraum von 68 Jahren wurden sämtliche Artikel zum Thema analysiert und Antworten auf die wesentlichen Fragen gesucht: Wie kommt es zu Übergewicht und Adipositas im Kindesalter, welche Bedeutung und welche Folgen bringt das erhöhte Körpergewicht mit sich und wie kann dem entgegengewirkt werden?

1.1 Begriffsklärung

Tracking

Mit dem Begriff *tracking* wird das Weiterbestehen von im Kindesalter entstandenem Übergewicht oder Adipositas im Erwachsenenalter bezeichnet. Tracking wird dabei mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher: bei bestehendem Übergewicht im Alter von 6 Monaten liegt laut Mast et al. eine Wahrscheinlichkeit von 14% vor, als Erwachsene adipös zu sein, für 7-jährige beträgt die Wahrscheinlichkeit 40% und für 10-13-jährige 80% (Mast u. a., 2000).

Adipogene Umwelt

Adipogene Umwelt (engl. *obesogenic environment*), auch *obesogene Umwelt* genannt, bezeichnet die Gesamtheit der gesellschaftlichen Faktoren, welche die Entstehung von Übergewicht und Adipositas fördern. Häufig werden in diesem Zusammenhang Überflussgesellschaft, Automatisierung von Arbeitsschritten im Alltag, überwiegend sitzende Tätigkeiten im Berufsleben oder Schulalltag und Überangebot von hochkalorischen Lebensmitteln genannt.

Bariatrische Chirurgie

Die *bariatrische Chirurgie*, auch Adipositas-Chirurgie genannt, stellt operative Verfahren zur Behandlung von Adipositas bereit. Wird bei Jugendlichen bariatrische Chirurgie angewandt, handelt es sich meist um einen Magenbypass oder ein Magenband. Darüber hinaus gibt es im Erwachsenenbereich weitere Verfahren, welche in dieser Arbeit nicht von Bedeutung sind.

Prävention

Es lassen sich verschiedene Arten von Prävention unterscheiden, darunter Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Nach der Zielgruppe und nach Ansatzpunkten kann zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden werden, wobei die Verhaltensprävention sich an Individuen richtet und die Verhältnisprävention die gesamte Gesellschaft einbezieht, Betroffene und nicht Betroffene gleichermaßen. Bezüglich Übergewicht und Adipositas wird der Begriff Prävention häufig im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention verwendet. Die Sekundärprävention soll eine weitere Gewichtszunahme bei bereits übergewichtigen Kindern verhindern, die Tertiärprävention entspricht dem Versuch, bei bereits adipösen Kindern eine weitere Gewichtszunahme zu vermeiden. Daher entsprechen Sekundär- und Tertiärprävention im allgemeinen Sprachgebrauch eher einer therapeutischen als einer präventiven Maßnahme. Im Gegensatz dazu entspricht die Primärprävention der Vermeidung von Übergewicht respektive Adipositas. Da in sehr vielen Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zum Thema keine klare Differenzierung der Präventionsbegriffe vorgenommen wird, ist die Differenzierung für diese Arbeit nicht sinnvoll umsetzbar.

Coping

Coping bezeichnet den „Prozess der Auseinandersetzung mit belastenden Situationen und Stressoren, der behaviorale, emotionale, kognitive oder motivationale Reaktionen umfasst; klin. Bedeutung: v.a. Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen oder zweifelhafter Prognose“ (Arnold u. a., 2013:S. 414).

1.2 Übergewicht und Adipositas

Definition

Übergewicht und Adipositas können im Erwachsenenalter nach den im Jahr 1997 von der WHO implementierten BMI-Kategorien definiert werden. Der BMI errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Meter. Für Erwachsene dient der BMI zur Einteilung in die Gewichtskategorien Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas und schwere Adipositas. Tabelle 1.1 zeigt die Einteilung nach BMI und das jeweilige Risiko für Begleiterkrankungen (z.B. Metabolisches Syndrom, Diabetes Mellitus Typ 2, Arthrose).

Ende der 70er Jahre wurden von der WHO Referenzkurven für die Größen- und Gewichtsentwicklung von Kindern zum internationalen Gebrauch zur Verfügung gestellt, die 1993 nach einer erneuten Untersuchung durch die Weltgesundheitsorganisation als inadäquat zur Diagnose von Übergewicht und Adipositas bei Kindern erachtet wurden. 1995 erarbeitete daher Elizabeth Poskitt Referenzwerte für Kinder (Poskitt, 1995). Die neuen Standardreferenzkurven wurden 2006 veröffentlicht und sollten international für die Beurteilung der Größen- und Gewichtsentwicklung von Kindern im Alter von null bis fünf Jahren eingesetzt werden (WHO, 2006).

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter spricht sich für die Verwendung der BMI-Referenzkurven von Kromeyer-Hauschild (K. Kromeyer-Hauschild u. a., 2001) in Verbindung mit Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998 (BGS98) (Bellach, 1999) aus, die eine adäquate Diagnostik von Kindern bis zum 18. Lebensjahr ermöglichen sollen. Die Abbildung 1.1 zeigt die BMI-Referenzkurven nach Kromeyer-Hauschild (K. Kromeyer-Hauschild u. a., 2001). Für jedes Alter kann über die Kurven abgelesen werden, auf welcher Perzentile sich das Kind befindet. Perzentilenkurven werden in der Pädiatrie zur Beurteilung des Gedeihens eingesetzt. Anhand der ermittelten Perzentile kann die Einteilung des Gewichtsstatus erfolgen, wie in Tabelle 1.2 abgebildet.

Die Einteilung nach BMI berücksichtigt jedoch nicht die Körperfettmasse. Stark erhöhtes Körpergewicht an sich erfüllt theoretisch noch nicht die Definition für Adipositas, solange die Körperfettmasse nicht übermäßig erhöht ist (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Die Körperfettmasse zu bestimmen ist in der Praxis allerdings schwer umsetzbar.

Tabelle 1.1 Ernährungszustand nach BMI für Erwachsene, angepasst nach Hauner (Hauner, 2016)

BMI	Ernährungsstatus	Risiko für Begleiterkrankungen
< 18,5	Untergewicht	niedrig
18,5-24,9	Normalgewicht	durchschnittlich
25-29,9	Prä-Adipositas	geringfügig erhöht
30-34,9	Adipositas Grad 1	erhöht
35- 39,9	Adipositas Grad 2	hoch
> 40	Adipositas Grad 3	sehr hoch

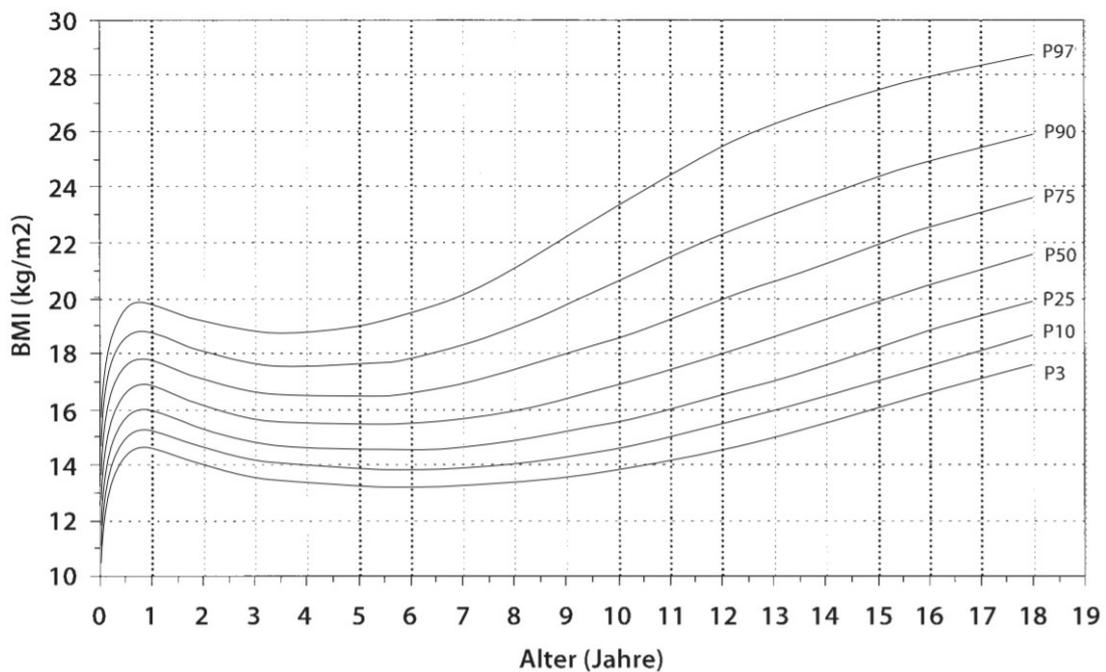
**Abbildung 1.1** BMI-Referenzkurven für Kinder von 0-18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild (K. Kromeyer-Hauschild u. a., 2001:S. 811). Liegt der BMI eines Kindes auf der 3. Perzentile (P3), so bedeutet dies, dass nur 3% der Kinder einen niedrigeren BMI haben. Liegt der BMI auf P97, haben 97% der Kinder einen niedrigeren BMI. Analog sind die weiteren Kurven zu verstehen.

Tabelle 1.2 BMI-Kategorien anhand Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche nach Definition der AGA (AGA, 2011)

BMI-Perzentile	Ernährungsstatus
> 90 - 97	Übergewicht
> 97 - 99,5	Adipositas
> 99,5	Extreme Adipositas

Abgrenzung der Begriffe *Übergewicht* und *Adipositas*

Wie aus der Definition von Adipositas hervorgeht, sind die Begriffe Übergewicht und Adipositas nicht synonym zu verwenden. In einigen Artikeln, die im Deutschen Ärzteblatt zum Thema erschienen sind, wurde diese Trennung nicht konsequent durchgeführt. Häufig werden Folgen oder Entstehungsgründe gemeinsam diskutiert. Ein Beispiel findet sich im Artikel „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“ von Ulrike Korsten-Reck aus dem Jahr 2007 (Korsten-Reck, 2007): Im Titel geht es um Übergewicht, im Text um Adipositas.

Dass eine Differenzierung wichtig ist zeigt eine 2013 im JAMA veröffentlichte Studie von Flegal et al. (Flegal u. a., 2013). Die Gesamtsterblichkeit für die Kategorie Übergewicht mit BMI-Werten $< 30 \text{ kg/m}^2$ sei im Vergleich zu Normalgewicht sogar vermindert (Flegal u. a., 2013). Eine mögliche Erklärung besteht im nicht zwingend gegebenen Zusammenhang von BMI und viszeraler Fettmasse. Bei Untersuchungen des Taillenumfangs, der vor allem das viszerale Fett misst, wurde dagegen eine kontinuierlich steigende Mortalität beobachtet (Graf und Predel, 2003). Aufgrund der fehlenden Begriffsdifferenzierung in den meisten Artikeln des Deutschen Ärzteblatts ist es nicht sinnvoll, in der Analyse derselben zwischen Übergewicht und Adipositas zu unterscheiden. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist in Deutschland regional verschieden, insgesamt aber in den letzten Jahrzehnten deutlich zunehmend (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007). Zur Erfassung des Gewichts- und Gesundheitsstatus in Deutschland lebender Kinder und Jugendlicher hat der Kindergesundheitssurvey KIGGS, veröffentlicht im Jahr 2007, einen großen Beitrag geleistet: 15% der 3-17jährigen seien übergewichtig, 6,3% adipös (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007:S. 737).

Ätiologie

„Die Ursachen von Übergewicht sind bekannt, die anteilige Bedeutung

einzelner Bedingungsfaktoren jedoch nicht“ (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 336). Diese Aussage beschreibt den aktuellen Wissensstand gut. In Auswertungen unterschiedlicher Studien wird beispielsweise der Ernährung oder dem Aktivitätsniveau eine unterschiedlich große Bedeutung zugeschrieben. Aktuelle Modelle der WHO und der AGA zur Entstehung der Adipositas stellen diese einzelnen Faktoren in einem komplexen Netz dar. Dieses Netz aus Faktoren ist in Abbildung 1.2 dargestellt. „Die Adipositasepidemie er-

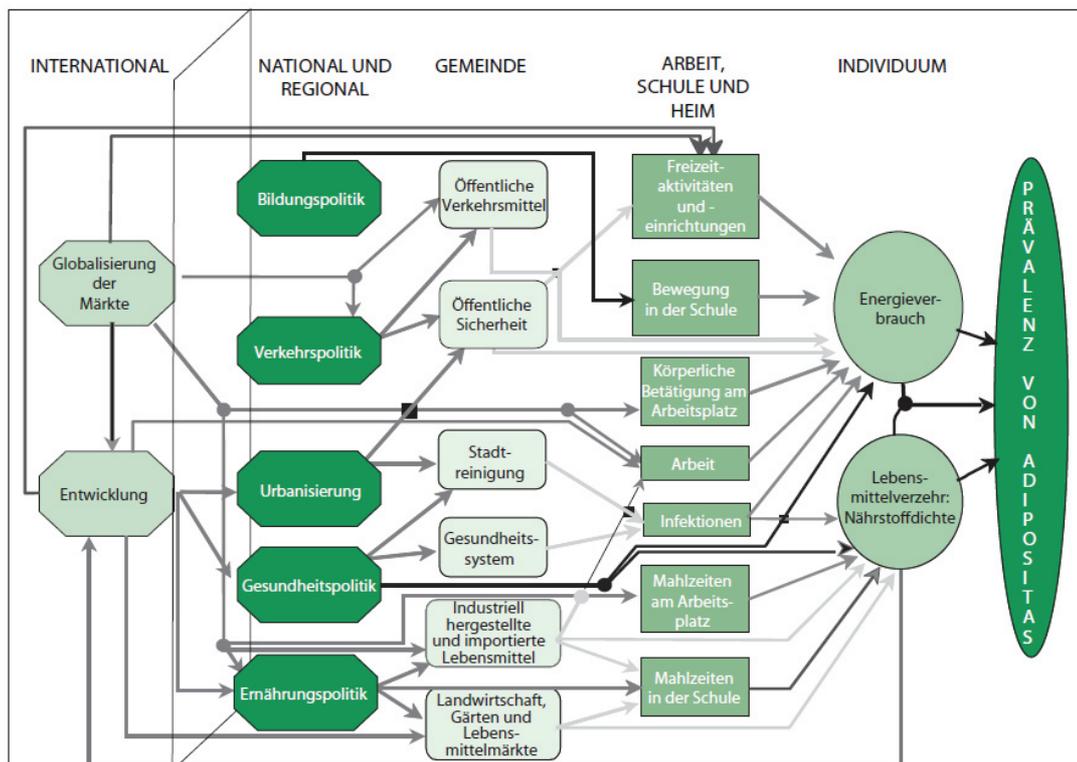


Abbildung 1.2 Erklärungsmodell von Faktoren zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas, nach WHO (Branca, Nikogosian und Lobstein, 2007:S. 15)

klärt sich weitgehend aus einem Zusammentreffen von Bewegungsmangel und schlechter Ernährung.“ (Branca, Nikogosian und Lobstein, 2007:S. 14). Dieser komme durch eine Vielzahl an gesellschaftlichen Faktoren zustande, welche auch als *adipogene Umwelt* bezeichnet werden können. In den Schaubildern wird deutlich, wie hoch die WHO und die AGA den Einfluss der adipogenen Umwelt auf das Verhalten der Betroffenen einschätzen. Die Eigenverantwortung der übergewichtigen und adipösen Menschen wird im Schaubild nicht dargestellt. Ebenso bleibt der bedeutende Faktor der Prädisposition unerwähnt. Die genetische Disposition wird für bis zu 30% der Varianz des Körpergewichts in der Gesellschaft verantwortlich gemacht (Hebebrand, 2008).

Klinische Präsentation und Komplikationen

Adipositas zeigt sich auf den ersten Blick als ein körperliches Phänomen. Tatsächlich wird bei adipösen Menschen ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen und deren Folgeerkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen beobachtet, dies gilt auch für betroffene Kinder. Darüber hinaus begünstigt Adipositas das Auftreten von bestimmten Tumorentitäten (Mammakarzinom, Colonkarzinom und Endometriumkarzinom). Adipöse Menschen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens unter einer Behinderung zu leiden und durchschnittlich eine kürzere Lebenserwartung.

Zu den Auswirkungen von Übergewicht (BMI 25 bis 30) wurde in einem Systematischen Review mit Metaanalyse von Flegal et al. (Flegal u. a., 2013) eine signifikant verringerte Gesamtsterblichkeit beobachtet. Die Metaanalyse hatte eine kombinierte Stichprobengröße von 2,88 Millionen Erwachsenen.

Neben dem Einfluss auf die körperliche Gesundheit weisen Betroffene häufig auch ein geringeres Selbstwertgefühl und ein schlechteres Körperbild als Normalgewichtige auf (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Darüber hinaus sind psychische Störungen, darunter vor allem Essstörungen als Komorbidität, Ursache und/oder Folge einer Adipositas zu berücksichtigen (Wabitsch, Kunze und Moss, 2015). In der Schule, in der Familie und im Gesundheitswesen erleben die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig Diskriminierung und Stigmatisierung. Diese Erfahrungen können „internalisiert werden und zu einer Selbststigmatisierung führen“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823). Dabei spielen vor allem Lehrer, Eltern und auch Kinder- und Jugendärzte eine große Rolle.

Gesundheitsökonomische Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter ergeben sich hauptsächlich bei Fortbestehen des hohen Körpergewichts im Erwachsenenalter (*tracking*) und damit verbundenen Folgeerkrankungen. Krankheitskostenstudien, welche die ökonomischen Implikationen von kindlicher Adipositas beleuchten, berechnen mithilfe von Übergangswahrscheinlichkeiten (Sonntag, Ali und Bock, 2016) für betroffene Erwachsene die direkten Kosten, die der Versorgungsleistung im Gesundheitssystem entsprechen, und die indirekten Kosten, wie beispielsweise Produktivitätsausfall (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Die wenigen existierenden Studien zu ökonomischen Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas im Jugendalter schätzen die entstehenden Mehrkosten extrem hoch ein (Sonntag, Ali und Bock, 2016:S. 3). Die zusätzlichen Gesundheitskosten aufgrund von Adipositas seien mit den jährlichen Gesundheitskosten pro Kopf bei psychischen

Erkrankungen vergleichbar (Sonntag, Ali und Bock, 2016).

Krankheitswert der Adipositas

Aufgrund der Folgen für Körper und Psyche und der vielen möglichen Komplikationen sprechen sich einige Autoren dafür aus, Adipositas als Krankheit zu bezeichnen. Aktuell ist Adipositas in Deutschland nicht als Krankheit anerkannt (Holzapfel u. a., 2014). Manche Menschen mit Adipositas haben laut Blüher kein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen (Blüher, 2014). Ob Adipositas als Krankheit definiert wird oder nicht hat weitreichende Auswirkungen, unter anderem auf die Finanzierung der Therapie und auf das Lebensgefühl von Betroffenen. Seit der Jahrtausendwende hat sich der Begriff Adipositas aufgrund „der Anerkennung als eigenständige Erkrankung auf nationaler Ebene (zum Beispiel Bundessozialgericht, Deutsche Adipositas Gesellschaft) wie auf internationaler Ebene (WHO, American Medical Association)“ (Disse und Zimmer, 2014:S. 816) verändert.

Prävention und Therapie

Da Adipositas in Deutschland offiziell nicht als Krankheit eingeordnet wird, werden Therapieangebote durch die Krankenkassen nur in bestimmten Fällen übernommen. Bei kindlichem Übergewicht wird eine Behandlung erstattet, wenn eine behandlungsbedürftige Begleiterkrankung vorliegt, bei Adipositas ist die Behandlung bei Vorliegen eines Risikofaktors erstattungsfähig. Nur die extreme Adipositas ist auch ohne Risikofaktor ausreichend, eine Therapie über die gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Unter anderem ist das Therapieangebot begrenzt, regional sehr unterschiedlich und nicht flächendeckend verfügbar (Hauner, 2016).

Dazu kommt, dass die langfristige Wirkung von Therapieprogrammen bisher noch nicht nachgewiesen werden konnte (Böhler, Wabitsch und Winkler, 2004).

1.3 Wichtige Akteure: Entscheidungs- und Verantwortungsträger, Verbände, Plattformen

Bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter handelt es sich um ein Public-Health-Problem. Die bestehenden sozioökonomischen Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen begünstigen die Entstehung von

Übergewicht, die Prävalenz ist hoch und die ökonomischen Auswirkungen sind erheblich.

Daher sind verschiedene Akteure auf nationaler und internationaler Ebene mit dem Thema befasst oder kommen zumindest als Mitwirkende in Frage. Im Folgenden werden einige dieser Entscheidungs- und Verantwortungsträger kurz vorgestellt, um das Verständnis zu erleichtern.

Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization WHO)

Seit der Gründung 1948 ist die WHO unter anderem Herausgeber der ICD-Kataloge (International Classification of Diseases). Die Schrift „First Ten Years“ und die Ausgaben für die folgenden Jahre geben einen Überblick über die Arbeit der WHO in den ersten vier Jahrzehnten nach Gründung 1948 (WHO, 1958). In diesen vier Büchern konnte das Wort *obesity* in einer Volltextsuche nicht gefunden werden, was darauf schließen lässt, dass Adipositas in den Jahren 1948 bis 1987 von der WHO noch nicht so stark priorisiert wurde wie heute (WHO, 2018:S. 220). Seit spätestens 1997 zeigt die WHO ein großes Engagement gegen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und fordert die Mitgliedsstaaten zur politischen und wirtschaftlichen Einflussnahme auf (WHO, 2000). Diese Haltung wird bei der WHO-Konferenz der Gesundheitsminister der Europäischen Region der WHO 2006 in Istanbul bestätigt (WHO, 2000; Branca, Nikogosian und Lobstein, 2007).

Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG) und Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)

Die Gründung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) fand 1983 statt. Die DAG ist Mitglied in europäischen und internationalen Adipositas-Organisationen (WorldObesity, EASO) und möchte durch ihre Arbeit dazu beitragen, dass Adipositas in Politik und Öffentlichkeit wahrgenommen wird, dass Betroffene über Möglichkeiten der Prävention und Therapie informiert werden, Diskriminierung verringert werden kann und Forschende, Wissenschaftler und praktisch Tätige miteinander vernetzt werden können (DAG Deutsche Adipositas Gesellschaft, 2017). 1998 wurde in Deutschland die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) als kooptiertes Mitglied der DAG gegründet.

Plattform Ernährung und Bewegung (peb)

Die *Plattform Ernährung und Bewegung* wurde im September 2004 gegründet.

Zu den Mitgliedern gehören unter anderem Ferrero Deutschland GmbH, Danone GmbH, der Deutsche Sportlehrerverband, RTL Disney Fernsehen GmbH & Co. KG und viele weitere Verbände und Institutionen aus dem Wirtschafts-, Gesundheits- und Bildungssektor (Plattform Ernährung und Bewegung e. V., 2020).

Bundesärztekammer (BÄK)

Ärzte sind obligatorisch beitragspflichtige Mitglieder in der jeweiligen Landesärztekammer. Die Bundesärztekammer stellt die Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern Deutschlands dar. Seit 2019 ist Dr. Klaus Reinhardt Präsident, Dr. Heidrun Gitter und Dr. Ellen Lundershausen sind die Vizepräsidentinnen. Die BÄK ist unter anderem zuständig für die Weiterbildungs- und Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

„Die KBV ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie organisiert die flächendeckende wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung und vertritt die Interessen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene“ (KBV, 2018).

PubMed

PubMed ist eine Datenbank des National Center for Biotechnology Information (NCBI), welche über 5000 Zeitschriften aus den Bereichen Medizin, Biologie, Biochemie, Genetik und weitere verwandte Wissenschaften verzeichnet.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

„Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er stellt sicher, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.“ (MDK, 2020)

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)

Renate Künast (Bündnis90/Die Grünen) war 2001-2005 Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2005 bis 2008 war Horst Seehofer (CSU) im Amt, 2008 bis 2013 Ilse Aigner (CSU). Seit 2013 ist das

Ressort Verbraucherschutz an das Bundesministerium für Justiz übergegangen. Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft in den Jahren 2013 und 2014 war Hans-Peter Friedrich (CSU). Sein Nachfolger Christian Schmidt (CSU) war bis 2018 im Amt, seit März 2018 ist Julia Klöckner (CDU) im Amt.

Vorstellung einzelner Autoren

Prof. Dr. med. Manfred James Müller war bis 2015 Leiter des Instituts für Humanernährung an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Er nannte in einem Interview 2012 die Prävention von kindlichem Übergewicht und die Regulation von Energieverbrauch als seine wichtigsten Forschungsschwerpunkte (EJCN, 2012). Manfred Müller ist Mitglied der AGA und erhielt 2013 vom damaligen Präsidenten der DAG, Martin Wabitsch, den Therapiepreis der Gesellschaft.

Prof. Dr. med. Thomas Reinehr ist Chefarzt und Leiter der Abteilung für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln. Thomas Reinehr ist unter anderem Mitglied der AGA und ehemaliger Sprecher der Arbeitsgruppe.

Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand ist Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Duisburg-Essen. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen unter anderem die „Epidemiologie von Adipositas und Untergewicht“ (Universität Duisburg-Essen, 2017) sowie „Essstörungen und Gewichtsregulation“ (Universität Duisburg-Essen, 2017)

Prof. Dr. med. Martin Wabitsch ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und pädiatrische Endokrinologie am Universitätsklinikum Ulm. Dort ist er Leiter des endokrinologischen Forschungslabors und forscht zu folgenden Themen: Wachstums- und Körpergewichtsregulierung bei Kindern und Jugendlichen; Körperzusammensetzung, metabolisches Syndrom bei Kindern und Jugendlichen; Wachstum bei Adipositas; Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Martin Wabitsch ist unter anderem Mitglied der AGA und ehemaliger Sprecher der Arbeitsgruppe.

1.4 Forschungsstand

Im Rahmen von Literaturrecherchen konnten keine Arbeiten gefunden werden, welche eine Medizinzeitschrift inhaltsanalytisch zum Thema Übergewicht oder Adipositas untersuchen, weder im Erwachsenen- noch im Kindes- und Jugendalter. In Deutschland besteht generell noch erheblicher Forschungsbedarf zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern bezüglich Fragen der Diagnostik,

Prävention, Behandlung und Bedeutung für Betroffene und die Gesellschaft (Hutzler, 2004; Müller, 2006; Disse und Zimmer, 2014).

1.5 Ziel der Arbeit und Fragestellungen

Adipositas ist ein kontrovers diskutiertes Thema. Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist darüber hinaus politisch brisant, weil die Verantwortung im Gegensatz zur Adipositas im Erwachsenenalter noch mehr bei der Gesellschaft liegt (Regional Office for Europe, 2006). Interessant ist nun, wie das Deutsche Ärzteblatt als berufspolitische Zeitschrift der Ärzteschaft in Deutschland das Thema aufgreift, diskutiert und bewertet.

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist bis in die 2000er Jahre kontinuierlich gestiegen und scheint seitdem auf hohem Niveau stabil zu bleiben (Wabitsch, Moss und Katrin Kromeyer-Hauschild, 2014). Ebenso nahmen die bei PubMed veröffentlichten Publikationen zum Thema stetig zu (NCBI, 2020), siehe auch Abbildung 4.1.

Die Frage dieser Arbeit ist, welches Bild sich im *Deutschen Ärzteblatt* zeigt. In einer tiefer gehenden Untersuchung werden die folgenden Fragen erforscht. Zeigt sich auch im *Deutschen Ärzteblatt* eine stete Zunahme an veröffentlichten Artikeln? Wie viele Artikel wurden pro Jahr zu kindlichem Übergewicht und Adipositas veröffentlicht?

Nach der Untersuchung der Artikelanzahl folgt die Differenzierung der identifizierten Artikel nach Artikelformat. In welchen Formaten wird hauptsächlich über kindliches Übergewicht und Adipositas diskutiert? Wie verändert sich diese Verteilung im Zeitverlauf und welche Besonderheiten fallen auf?

Ein sehr emotionales Thema stellt die Entstehung von Übergewicht und Adipositas dar. Wie wurden Ursachen für kindliches Übergewicht und Adipositas im „Deutschen Ärzteblatt“ zu Beginn des Untersuchungszeitraums dargestellt und wie veränderte sich diese Darstellung bis 2017? Welche Faktoren wurden diskutiert und in welchem Verhältnis stehen dabei Aussagen zu Verhalten der Betroffenen, gesellschaftlichen Umständen und privatem Umfeld wie sozioökonomischem Status?

Welche Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas werden im Deutschen Ärzteblatt diskutiert? Werden dabei sowohl Folgen für die Betroffenen, als auch für die Gesellschaft wahrgenommen? Werden auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit genannt? Wird dabei eine der Dimensionen besonders hervorgehoben?

Von den wahrgenommenen Folgen für Betroffene hängt im Wesentlichen auch die Zieldefinition einer Intervention ab. Welche Ziele werden neben der Gewichtsabnahme definiert?

Wie häufig werden jeweils individuelle Interventionsansätze im Vergleich zu gesellschaftlichen Ansätzen diskutiert?

Von 1949 bis 2017 sollen alle im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel auf diese Fragen hin untersucht, analysiert und diskutiert werden.

2 Material und Methoden

2.1 Das Deutsche Ärzteblatt

Das zu untersuchende Material stellt das Deutsche Ärzteblatt (DÄ) dar. Das Deutsche Ärzteblatt erschien erstmals im Jahr 1872. In der Zeit des Nationalsozialismus wurde es unter dem Namen „Ärztliche Mitteilungen“ durch die Reichsärztekammer veröffentlicht. Im Jahr 1949 erfolgte die Gründung der Ärzte-Verlag GmbH in Gießen und das Deutsche Ärzteblatt wurde fortan im eigenen Verlag herausgegeben. Heute ist das Deutsche Ärzteblatt mit 362.729 Exemplaren wöchentlich (Stand 2017) die auflagenstärkste Medizinzeitschrift Deutschlands. Aus einer im Jahr 2011 veröffentlichten Leseranalyse medizinischer Fachmedien (LA-MED) ging hervor, dass das Deutsche Ärzteblatt vor allem unter Internisten und Allgemeinmedizinern im Vergleich mit anderen medizinischen Fachzeitschriften sehr beliebt ist (Stüwe, 2011). Aufgrund der Tatsache, dass das Deutsche Ärzteblatt von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben wird, stellt es eine wichtige meinungsbildende Zeitschrift dar. Mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzten „kompetente und objektive“ (Deutscher Ärzteverlag, 2018) Informationen zu bieten, werden im Deutschen Ärzteblatt Artikel aus dem medizinisch-wissenschaftlichen, dem sozial- und gesundheitspolitischen und aus dem gesellschaftlichen Bereich veröffentlicht. Dies ermöglicht die Betrachtung von medizinischen Themen aus verschiedenen Blickwinkeln. Gerade für die Analyse eines so vielschichtigen Themas wie Adipositas ist damit eine wichtige Voraussetzung gegeben.

Das Deutsche Ärzteblatt als wichtige und alltagsrelevante, berufspolitische Medizinzeitschrift soll darauf untersucht werden, welche Haltung Ärztinnen und Ärzte gegenüber adipösen oder übergewichtigen Kindern und deren Eltern in Artikeln und Leserbriefen darstellen und welche Reaktionen wahrgenommen werden können. Das sich ergebende Bild sollte immer vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass es durch redaktionelle Entscheidungen und andere Einflüsse zu Verzerrungen kommen kann. Eine bewusste Selektion durch die

Redaktion kann nicht ausgeschlossen werden.

2.2 Untersuchungszeitraum

Der Untersuchungszeitraum beginnt mit der ersten Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts nach dem Zweiten Weltkrieg am 15.05.1949. Die Wahl der Nachkriegszeit als Beginn der Untersuchung begründet sich in der Annahme, dass kindliches Übergewicht kurz nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst kein gesellschaftlich oder medizinisch relevantes Thema darstellte. Dadurch kann der Wandel zu einem heute so bedeutenden Gesundheitsproblem nachvollzogen werden. In einer ersten Durchsicht zeigte sich bereits, dass die Häufigkeit der Artikel zu kindlichem Übergewicht und Adipositas bis zum Jahr 2007 zunimmt, um dann wieder abzunehmen. Um den Peak im Jahr 2007 und den darauffolgenden Rückgang an Artikeln gut abbilden zu können, wurde das Ende des Untersuchungszeitraums für das Jahr 2017 festgelegt.

2.3 Datenerhebung

Für den Zeitraum von 1973 bis 2017 konnte auf das Online-Archiv des Deutschen Ärzteblatts zurückgegriffen werden. Hierfür wurden die folgenden Suchbegriffe verwendet:

- Adipositas
- adipös
- Übergewicht
- Kind
- Kinder

Die Ausgaben des Deutschen Ärzteblatts in den Jahren vor 1973 werden (noch) nicht online zur Verfügung gestellt, weshalb die Printausgaben durchgesehen wurden. Das Stichwortverzeichnis wurde auf die folgenden 12 Suchbegriffe untersucht:

- Adipositas/adipös
- Baby
- Ernährung
- Fett-

- Gewicht-
- Jugend-
- Kind
- Körper
- Obesitas
- Pädiater/pädiatrisch
- Säugling
- Über- (als Präfix)

Die identifizierten Artikel wurden auf Aussagen zu kindlichem Übergewicht oder Adipositas untersucht. Durch diese breit angelegte Suche im Stichwortverzeichnis kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass alle Artikel mit dem thematischen Schwerpunkt *kindliches Übergewicht oder Adipositas* auch vor 1973 identifiziert wurden.

In der folgenden Abbildung 2.1 wird der Vorgang der Datenerhebung dargestellt. Zunächst wurden über Stichwortsuchen mit den oben genannten Such-

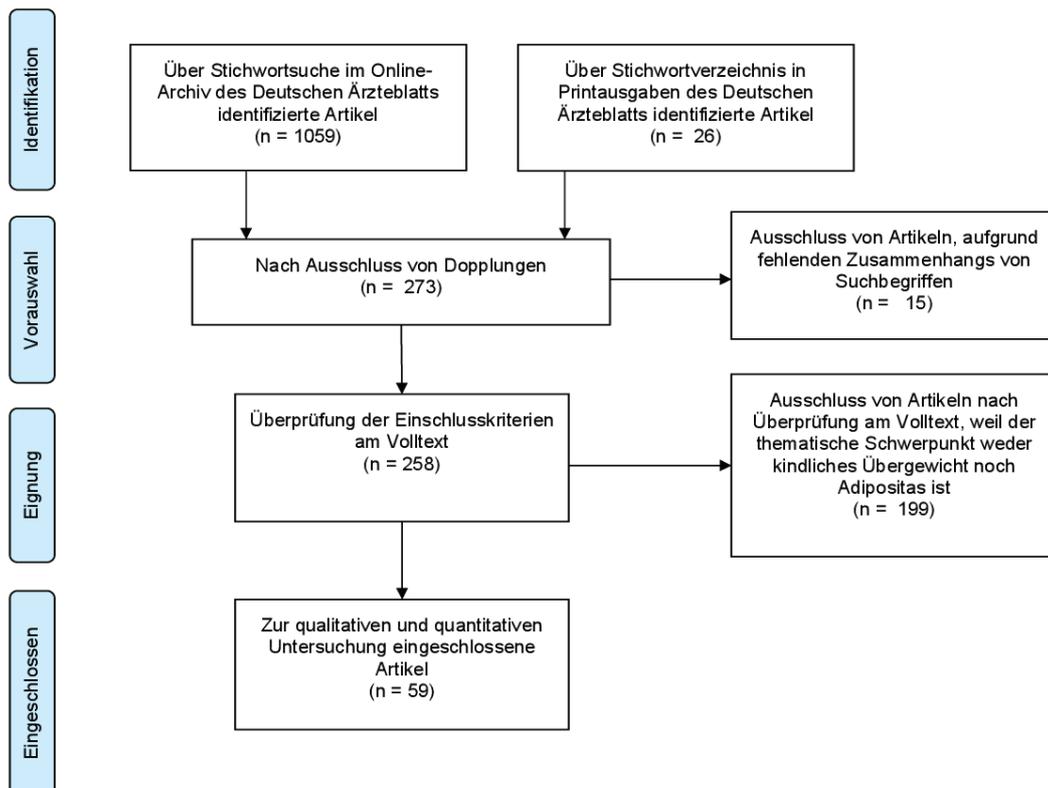


Abbildung 2.1 Flussdiagramm nach PRISMA Statement (Moher u. a., 2009)

begriffen 1059 Artikel über das Online-Archiv und 26 Artikel aus den Print-Ausgaben identifiziert. Nach dem Ausschluss von Dopplungen waren noch 273 Artikel übrig. Dopplungen waren sehr häufig, da beispielsweise jeder Artikel, der den Suchbegriff *Kinder* enthielt, mit großer Wahrscheinlichkeit auch den Suchbegriff *Kind* enthielt. Da die Suchmaske nicht automatisch beim Suchbegriff *Kinder* auch Artikel, die nur den Suchbegriff *Kind* enthielten, anzeigte, mussten beide Suchvorgänge getrennt vorgenommen werden und führten zu einer derart hohen Dopplungsrate.

15 Artikel mussten in der Vorauswahl ausgeschlossen werden. In diesen Fällen handelte der Artikel zwar von Kindern und Adipositas, allerdings nicht von Kindern *mit* Adipositas. Die beiden Begriffe hatten inhaltlich keinen Zusammenhang und die Artikel enthielten keine Aussagen zum Thema dieser Arbeit. Die bleibenden 258 Artikel wurden gelesen und danach bewertet, ob der thematische Schwerpunkt auf dem Thema *Übergewicht oder Adipositas im Kindes- und Jugendalter* liegt. Dies war nur bei 59 Artikeln der Fall.

2.4 Methode: Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Art der Forschungsfragen erfordert einen qualitativen Ansatz. Die eingeschlossenen Artikel sollen auf das Auftreten bestimmter Aussagen und deren Häufigkeit untersucht werden, was eine quantitative Auswertung bedeutet. Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (im Folgenden Qualitative Inhaltsanalyse) verbindet diesen offenen, qualitativen Ansatz mit einer systematischen quantitativen Auswertung. Das Kernstück der Qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem dar. Aus den Forschungsfragen werden Kategorien abgeleitet, die Merkmale des Untersuchungsgegenstands in ihrer Verteilung und Häufigkeit erfassbar machen. Die einzelnen Aspekte einer Forschungsfrage werden demnach in Kategorien abgebildet, denen jeweils einzelne Textmerkmale zugeordnet werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Kategorien trennscharf definiert werden und gleichzeitig möglichst alle Dimensionen der untersuchten Fragestellung abbilden. Das so entstandene Kategoriensystem kann anschließend quantitativ ausgewertet werden. Die quantitativen Ergebnisse müssen dann wieder auf die Fragestellungen rückbezogen und kontextbezogen interpretiert werden. Darüber hinaus werden die kodierten Aussagen vertiefend qualitativ analysiert. Wichtig ist in der qualitati-

ven Inhaltsanalyse nach Mayring das regelgeleitete, systematische Vorgehen (Mayring, 2015:S.50), welches ein Maß an Objektivität und Nachvollziehbarkeit gewährleisten soll. Zu diesem regelgeleiteten Vorgehen gehört nach Mayring das Erstellen eines konkreten Ablaufmodells und dessen Befolgung. Der in Abb. 2.2 dargestellte konkrete Ablauf für die Analyse wurde nach Vorbild eines Modells erstellt (Mayring, 2015).

Die Materialauswertung wurde mit MAXQDA 2019 und SAS 15.0.0 durchgeführt.

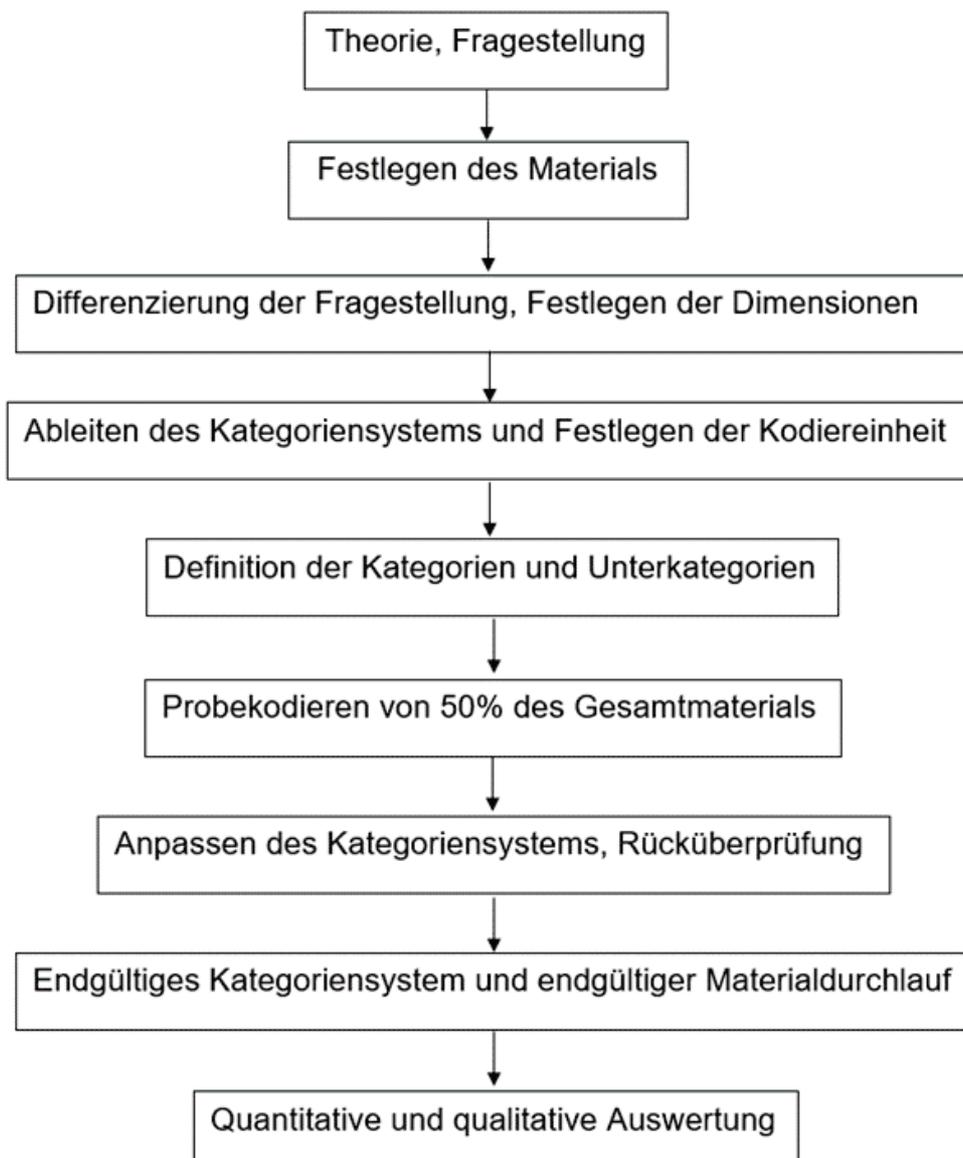


Abbildung 2.2 Konkretes Ablaufmodell Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015)

2.5 Anwendung der Methode

Im Folgenden wird die Erstellung des Kategoriensystems beschrieben. Für die einleitend genannten Fragestellungen (s. Kapitel 1.5) werden quantitativ erfassbare Merkmale definiert. Die Kategorien *Artikelanzahl*, *Artikelformat* und *Politische Inhalte* unterscheiden sich von den weiteren Kategorien in der Definition der Kodiereinheit. Für diese drei Kategorien wird jeweils der gesamte Artikel als Kodiereinheit gezählt. Alle weiteren Kategorien bilden differenziertere Fragestellungen ab und erfordern daher die Definition einer Kodiereinheit als einen Satz.

Anzahl der Artikel

Die Anzahl an Artikeln im Deutschen Ärzteblatt, deren Hauptthema Übergewicht und/oder Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist, soll pro Jahr erfasst und grafisch dargestellt werden. Anschließend werden Auffälligkeiten im Verlauf qualitativ untersucht und kontextualisiert.

Artikelformat

Die Einteilung in der Kategorie Artikelformat erfolgt nach den Rubrikbezeichnungen der Redaktion des Deutschen Ärzteblatts in *Meinungsartikel* (Leserbriefe und Editorials), *Zeitschriftenreferate*, *Originalarbeiten* und *Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik*. Zusätzlich wurde die Unterkategorie *Sonstiges* eingeführt, um Randnotizen, Literaturempfehlungen, die Bekanntgabe von Wahlergebnissen oder Preisverleihungen zusammen zu fassen.

Die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen von Seiten der Redaktion des Deutschen Ärzteblatts ist wichtig: Laut Informationen auf der Homepage des Deutschen Ärzteblatts werden vor allem Originalarbeiten gewünscht. Eingereichte Arbeiten werden von externen Gutachtern beurteilt und ausgewählt. Beiträge aus dem gesundheits- und sozialpolitischen Bereich werden bis zu einer Länge von 2000 Wörtern angenommen. Leserbriefe oder Diskussionsbeiträge können bis spätestens 4 Wochen nach Erscheinen des Artikels eingesandt werden und unterliegen einer redaktionellen Auswahl.

Ursachen

In den Artikeln werden diverse Faktoren präsentiert, die ursächlich für kindliches Übergewicht seien. Darunter fanden sich die folgenden Faktoren: Lebensmittelkonsum, Bewegungsmangel, Erziehung, Verhalten der Eltern und Stillverhalten, niedriger sozioökonomischer Status, psychosoziale Belastungssituationen, niedriger Bildungsstand, Muttersprache beziehungsweise Migrationshintergrund, technischer Fortschritt, Wohlstandsgesellschaft, inaktives und hochkalorisches Lebensumfeld, Lebensmittelwerbung, genetische Veranlagung und Grunderkrankungen, Störungen in Stoffwechselregulationskreisläufen und Behinderungen allgemein. Diese Faktoren lassen sich zu folgenden vier Kategoriengruppen zusammenfassen:

Gesellschaftliches Umfeld

Umweltfaktoren, die gesellschaftlich bedingt sind und alle in Deutschland lebenden Menschen betreffen. Beispielsweise sind hierunter Packungsgrößen im Supermarkt, Infrastruktur, Angebot von Sportvereinen, politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen, überwiegend sitzende Tätigkeiten in der Schule, zunehmende Automatisierung im Alltag und Nutzung von Autos und öffentlichen Verkehrsmitteln zu verstehen.

Spezifisches Umfeld

Umweltfaktoren, die das übergewichtige oder adipöse Kind und dessen Familie aufgrund deren spezifischer Situation betreffen. Wohnsituation, Bildungsstand der Eltern und des Kindes, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, Schule, medizinische Versorgung in der Region und psychosoziale Einflüsse, wie besondere Belastungssituationen zählen zu dieser Kategorie.

Individuelles Verhalten

Diese Kategorie bildet alle Aussagen im Deutschen Ärzteblatt ab, die sich einzig auf das individuelle Verhalten von Kind und Eltern beziehen, ohne auf das Verhalten einwirkende Faktoren zu benennen. Ess- und Bewegungsverhalten des Kindes, Ernährungs- und Freizeitverhalten der Eltern, Sport- und Spielverhalten, Aktivitätsniveau, Stillverhalten. Das Verhalten beeinflusst über Bewegung und Nahrungsaufnahme direkt die Gewichtsentwicklung. In dieser Kategorie soll erfasst werden, ob isoliert die individuelle Verhaltensweise genannt

wird, oder auch Faktoren, die auf das Verhalten einwirken, beschrieben werden.

Prädisposition

Aussagen, welche prädisponierende Erkrankungen oder Zustände benennen, werden in der Kategorie *Prädisposition* kodiert. Hierzu zählen Grunderkrankungen, die häufig mit Adipositas einhergehen oder deren Entwicklung begünstigen, wie beispielsweise das Prader-Willi-Syndrom, geistige Behinderungen und die Spina bifida. Außerdem können eine bestimmte genetische Veranlagung, Stoffwechseleränderungen und Übergewicht der Eltern als prädisponierend bezeichnet werden.

Bedeutung und Folgen

Zur Bedeutung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter dienen die auf der Homepage der WHO und der AGA, in der aktuellen S3-Leitlinie (DAG und DGKJ, 2019) und im Handbuch Essstörungen und Adipositas (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015) genannten Aspekte als Grundlage für die deduktive Kategorienbildung. Es wurden folgende Kategorien abgeleitet: *somatische Folgen*, *psychische Folgen* (psychiatrisch, psychosomatisch, psychosozial, inklusive Essstörungen), *ökonomische Folgen*. Im Verlauf des Probekodierens entstanden induktiv weitere Kategorien, da einige Aussagen nicht den oben Genannten zugeordnet werden konnten. Dabei handelt es sich um die Kategorien *verminderte Lebensqualität*, *allgemeines Gesundheitsrisiko* und *Public-Health-Problem*.

Interventionsziele

Interventionsziele werden nicht in jedem Artikel explizit genannt. Jede Intervention gegen Übergewicht und Adipositas hat das Ziel der Gewichtsreduktion.

Interessant ist dabei, welche weiteren Ziele bei einer Intervention verfolgt werden, zum Beispiel körperliche Gesundheit oder Lebensqualität. Sämtliche Aussagen zu Interventionszielen welche sich primär nicht auf das Körpergewicht beziehen, wurden kodiert. Diese Kodierungen konnten zu den folgenden zehn Unterkategorien zusammengefasst werden: *Keine Verschlechterung durch Intervention*, *Akzeptanz der Intervention*, *Psychische Gesundheit*, *allgemeine*

Gesundheit, Psychosoziales, Lebensqualität, Autonomie, Fitness, Psychosoziales, Coping.

Interventionsansätze

Aussagen zu Interventionen wurden nach ihrem Ansatzpunkt differenziert, das heißt sie wurden entweder als Verhaltensintervention oder Verhältnisintervention kodiert. Dabei wurde nicht zwischen präventiven und therapeutischen Ansätzen unterschieden (s. Kapitel 1.1).

3 Ergebnisse

3.1 Artikelanzahl

Im Untersuchungszeitraum von 1949 bis 2017 konnten insgesamt 59 Artikel identifiziert werden, deren inhaltlicher Schwerpunkt auf kindlichem Übergewicht und Adipositas liegt. 1965 erschien der erste Artikel zu diesem Thema.

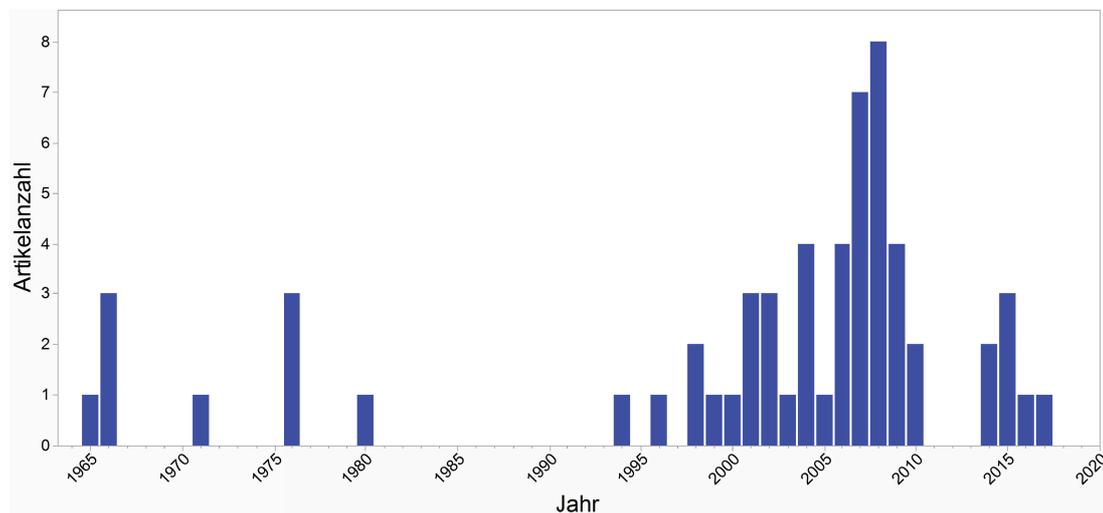


Abbildung 3.1 Anzahl aller identifizierter Artikel zu kindlichem Übergewicht und Adipositas, Angabe pro Jahr

Es fallen einige Jahre auf, in denen kein Artikel erschien. Im Jahr 2008 kann mit acht die höchste Anzahl an Artikeln verzeichnet werden, in den darauffolgenden Jahren rangiert die Artikelzahl von null bis vier pro Jahr.

Die einzelnen Artikel mit Titel, Autor und Erscheinungsjahr können der Tabelle 8 entnommen werden. Es werden jeweils einige Artikel mit inhaltlichen oder formalen Besonderheiten dargestellt.

Anhand der Artikelverteilung in den Jahren 1949 bis 2017 kann eine Unterteilung in die folgenden Abschnitte erfolgen.

1949-1964

In den ersten 15 Jahren nach 1949 war in keinem der im Deutschen Ärzteblatt

publizierten Artikel kindliches Übergewicht oder Adipositas das Hauptthema.

1965-1980

In der Phase von 1965 - 1980 sind neun Artikel erschienen. Darunter finden sich drei *Originalarbeiten*, zwei *Meinungsartikel*, drei *Zeitschriftenreferate* und ein *Bericht von Verbänden, Kongressen und aus der Politik*.

Der erste Artikel, der sich mit kindlichem Übergewicht und Adipositas auseinandersetzt, ist die Originalarbeit mit dem Titel „Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung“ (Hartenstein, 1965) von dem Kinderarzt Dr. med. habil. Hans-Joachim Hartenstein aus Berlin. Er habe in seiner Praxis einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Rachitis und Übergewicht bei Säuglingen beobachtet (Hartenstein, 1965). Es findet sich kein Hinweis darauf, dass Hartenstein von einem gesellschaftlichen Ereignis in Bezug auf Übergewicht konkret motiviert war, vielmehr scheint die hohe Prävalenz von Rachitis bei deutschen Säuglingen der Grund für die Studie gewesen zu sein. Der Arzt beklagt in seinem Beitrag den Einfluss des noch weit verbreiteten „falschen Idealbildes vom dicken Säugling“ (Hartenstein, 1965:S. 2123) und deutet damit das noch nicht vorhandene Bewusstsein für die negativen Auswirkungen von hohem Körpergewicht an (Hartenstein, 1965).

Elf Jahre später erschienen zwei ausführliche Übersichtsarbeiten, die erstmals die Adipositas als „häufigste Ernährungsstörung im Kindesalter“ (Maaser, 1976a:S.2565) darstellen und umfassend über den damaligen Erkenntnisstand zu Entstehung, Diagnostik, Bedeutung, Folgen und Behandlungsansätze informieren („Adipositas bei Kindern. 1. Mitteilung“ (Maaser, 1976a) und „Adipositas bei Kindern. 2. Mitteilung“ (Maaser, 1976b)).

1981-1993

In den darauffolgenden 13 Jahren konnten keine Artikel zum Thema identifiziert werden.

1994-2008

Im Jahr 1994 erschien nach diesen 13 Jahren Pause zunächst ein Zeitschriftenreferat zu einer in *The Lancet* publizierten Originalarbeit mit dem Titel „Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood“ (Lissau und Sørensen, 1994), welche laut der Datenbank PubMed insgesamt 64 mal in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten zitiert wurde. Das erste bei PubMed aufgelistete Zitat erschien im Jahr 1997, das zweite

2003. Das Deutsche Ärzteblatt hat demnach im Jahr 1994 eine Publikation referiert, welche zu diesem Zeitpunkt international noch wenig Aufmerksamkeit bekommen hatte. In dieser Phase erschienen die relevantesten Artikel zum Thema. Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik geben Hinweise auf gesellschaftliche Ereignisse und deren Bewertung durch die Redaktion. Originalarbeiten, vor allem Metaanalysen, geben einen Überblick über die aktuelle Studienlage. Autoren, welche diese Phase prägen sind Manfred J. Müller, Thomas Reinehr, Martin Wabitsch und Johannes Hebebrand, außerdem Bärbel-Maria Kurth und Ute Ellert. Informationen zu einigen Autoren finden sich in Kapitel 1.3. Eine detaillierte Darstellung relevanter Artikel aus der Phase 1994-2008 erfolgt im Kapitel 3.2.

2009-2017

Die 13 Artikel, welche nach dem Jahr 2008 noch erschienen, sind in ihrer Art sehr unterschiedlich. Es sind kurze Berichte über aktuelle Ereignisse dabei, wie die von Adipositas-Zentren durch die AGA („Adipositas: Zertifizierung für die Therapie von Kindern“ (EB, 2009b)) und über den Einsatz von Handy-Anwendungen zur Gewichtsabnahme „Gesundheitsberatung für Jugendliche“ (EB, 2009a)). Die meisten der veröffentlichten Artikel entsprechen der bisherigen Darstellung von kindlichem Übergewicht und Adipositas: über manche politische Ereignisse wird berichtet, Studien zu neuen Therapieansätzen werden veröffentlicht, Vorträge oder Publikationen werden referiert. Bei der 2014 veröffentlichten Systematischen Übersichtsarbeit von Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand („Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014)) handelt es sich um einen Artikel mit unerwarteten Thesen (dargestellt in Kapitel 3.2). Die Argumentation dieser Arbeit hat wenig mit der bisherigen Darstellung des Themas im Deutschen Ärzteblatt gemein. Auch das dazu erschienene Editorial steht weitestgehend im Kontrast zu bisherigen Darstellungen („Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?“ (Disse und Zimmer, 2014)). Die weiteren Artikel fügen sich wieder in die ansonsten vorherrschende Darstellungsweise ein.

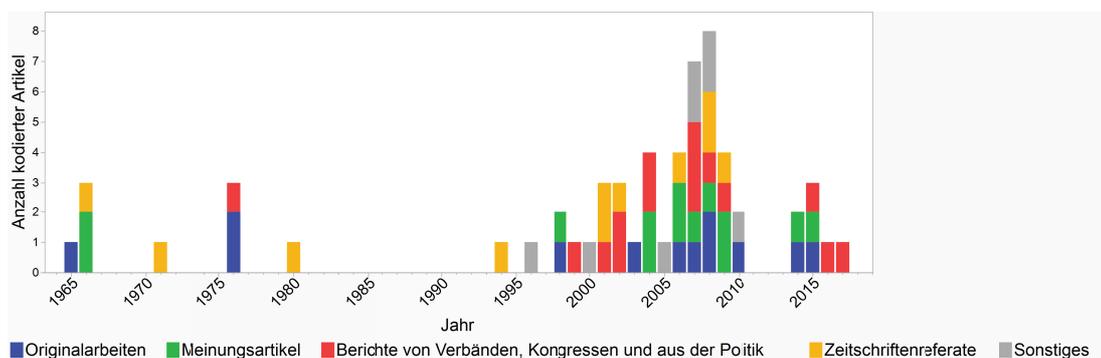
3.2 Artikelformat

Die Tabelle 3.1 zeigt die Anzahl der zu den einzelnen Unterkategorien zugeordneten Artikel und in der Abbildung 3.2 wird die zeitliche Dimension dargestellt.

Tabelle 3.1 Anzahl der insgesamt erschienenen Artikel je Kategorie

Kategorie	Anzahl der Artikel
Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik	15
Meinungsartikel	13
Originalarbeiten	12
Zeitschriftenreferate	11
Sonstiges	8

Im Folgenden werden die Artikel aus den Kategorien *Originalarbeiten*, *Meinungsartikel* und *Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik* detaillierter dargestellt.

**Abbildung 3.2** Anzahl der Artikel pro Unterkategorie, Angabe pro Jahr

Originalarbeiten

Insgesamt erschienen im Deutschen Ärzteblatt während des Untersuchungszeitraums 13 Originalarbeiten mit dem Schwerpunkt kindliches Übergewicht und Adipositas. Vor der Jahrtausendwende erschienen nur vier Originalarbeiten zum Thema. Die Anzahl der Originalarbeiten nahm stetig zu, sodass ab 2003 fast jährlich eine Originalarbeit erschien. Diese lassen sich nach inhaltlichen Aspekten strukturieren.

Originalarbeiten mit informierendem Charakter

Unter den Originalarbeiten gibt es einige, welche vor allem zum Ziel haben, über Adipositas zu informieren und zu zeigen, dass Übergewicht ein Problem darstellt.

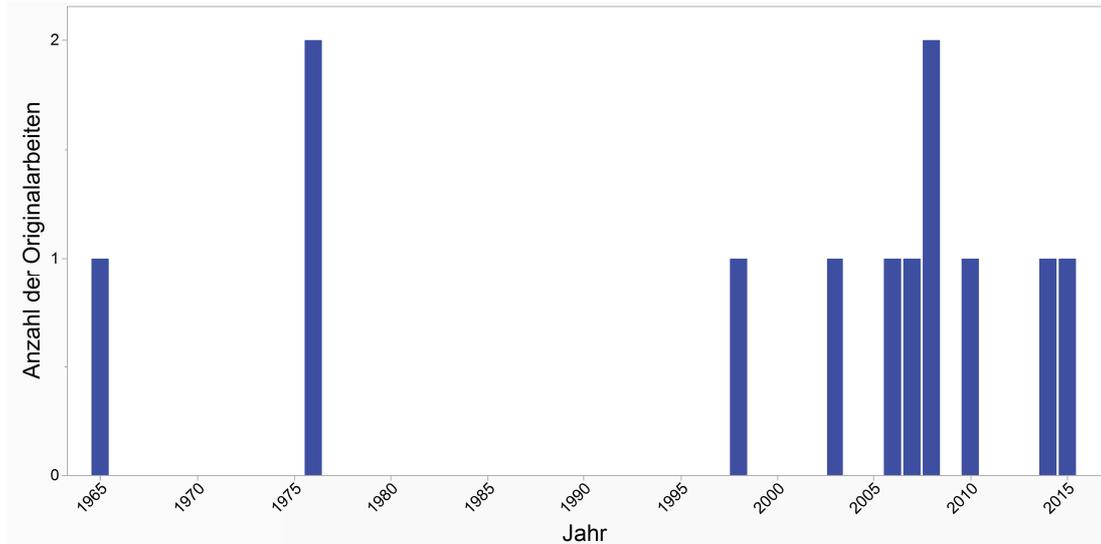


Abbildung 3.3 Anzahl der Originalarbeiten, Angabe pro Jahr

Hartenstein muss im Jahr 1965 zunächst klarstellen, dass es sich bei der Vorstellung, „ein dickes Kind ist ein gesundes, ein blühendes Kind“ (Hartenstein, 1965:S.2123) um das „falsche Idealbild“ (Hartenstein, 1965:S.2123) handle. Die Nachkriegszeit war noch mental präsent, der neue wirtschaftliche Aufschwung ermöglichte endlich wieder die Sicherstellung der guten Ernährung und die Menschen dachten nicht daran, Übergewicht etwas Negatives zuzuschreiben. Die Säuglingsnahrung werde häufig „zusätzlich angedickt, meist von Großmüttern, die [...] es mit der Nahrungandickung natürlich 'gut meinen'“ (Hartenstein, 1965:S.2124). Hartenstein berichtete, dass er gegen dieses Fehlverhalten vorgehe und Mütter zu diesem Thema berate. Der Erfolg bliebe nur aus, wenn sich die Mütter nicht an das „Ernährungsregime“ (Hartenstein, 1966:S.298) hielten.

Im Gegensatz zu Hartenstein, der in seiner Arbeit wenig Quellen angab und seine Erkenntnisse als allgemein gültig wahrnahm, stellen die Übersichtsarbeiten von Reinhard Maaser aus dem Jahr 1976, „Adipositas bei Kindern. 1. Mitteilung“ (Maaser, 1976a) und „Adipositas bei Kindern. 2. Mitteilung“ (Maaser, 1976b) das erste Mal im Untersuchungszeitraum ausführlich den damaligen Forschungsstand zur Entstehung und auch Therapie von Adipositas bei Kindern dar.

Die 2008 erschienene Originalarbeit mit Titel „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008) stellt eine Untersuchung bei Einschulungskindern in Augsburg vor. Die Autoren analysierten Daten über BMI, Muttersprache, sportliche Aktivität, Häufig-

keit der Mahlzeiten und Fernsehzeit und stellten fest, dass sich die „Prävalenz [...] nach ethnischer Herkunft [unterscheidet]“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008). Thomas Reinehr, Michael Dobe, Katrin Winkel, Anke Schaefer und Dieter Hoffmann stellten in der Übersichtsarbeit „Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen“ aus dem Jahr 2010 eine „vergessene Patientengruppe“ (Reinehr, 2010:S.268) vor. Anhand einer selektiven Literaturrecherche zeigten sie einen Zusammenhang zwischen Behinderung und der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas und forderten eine zukünftige Berücksichtigung dieser Patientengruppe bei der Entwicklung von Therapiekonzepten. Da schon für normal entwickelte Kinder keine wirklich effiziente Therapie verfügbar sei, könne den behinderten Kindern und Jugendlichen bisher noch nicht geholfen werden, obwohl diese ein höheres Adipositasrisiko haben und sich die Folgen viel tiefgreifender auswirken könnten (Reinehr, 2010).

Schwerwiegende Folgen auf die körperliche Gesundheit adipöser Kinder beschrieb Erbs 2015 in der Originalarbeit „Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf“ (Erbs, 2015). Blutdruck und ultraschalldiagnostisch ermittelte Parameter zur Gefäßfunktion könnten bereits im Kindesalter erhebliche arteriosklerotisch bedingte Veränderungen aufweisen, weshalb die Autorin Präventionsmaßnahmen schon im Kindesalter forderte.

Prävention und Empfehlungen

Im Jahr 1998 erschien die Übersichtsarbeit „Prävention der Adipositas“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998) von Manfred J. Müller, Inga Körtzinger, Mareike Mast und Eckard König. Die Autoren zeigten die Bedeutung der Adipositasprävention vor allem für Kinder auf. Dabei wurden Interventionsziele sehr differenziert betrachtet (siehe 3.5). Die Übersichtsarbeit liefert Daten zur Adipositasprävalenz in unterschiedlichen Altersgruppen und korreliert diese mit Schulabschluss, Zeit vor dem Fernseher und BMI der Eltern. Darüber hinaus stellten die Autoren Ergebnisse der Kieler Adipositaspräventionsstudie KOPS vor. Sie bemängelten, dass „weltweit kaum Untersuchungen zur Prävention der Adipositas“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027) existieren und stellten Interventionsmöglichkeiten und Erfahrungen diesbezüglich vor. Prävention sei essentiell, da nach einer Therapie „langfristig [...] weniger als zehn Prozent der Adipösen ein gegenüber den Ausgangswerten auch nur vermindertes Körpergewicht halten [...]“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027) könnten.

Auch die CHILT-Studie (Children's Health Interventional Trail), welche an 12 Grundschulen im Großraum Köln durchgeführt wurde, untersuchte Faktoren

im Umfeld adipöser Kinder, welche Ursache für Adipositas und damit Ansatzpunkt für Prävention sein könnten. Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Deutschen Ärzteblatt im Jahr 2003 unter dem Titel „Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität“ (Graf und Predel, 2003) vorgestellt.

Manfred J. Müller veröffentlichte nach der 1998 erschienenen Originalarbeit im Jahr 2006 mit Thomas Reinehr und Johannes Hebebrand eine Arbeit mit Titel „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“ (Müller, 2006). In dieser Arbeit stellten die Autoren bisherige Präventions- und Therapiemaßnahmen und deren meist fehlende Effektivität dar. Sie forderten eine „gesellschaftliche Lösung des Problems“ (Müller, 2006).

Bewegungsbasierte Lösungsansätze untersuchte Korsten-Reck mittels einer selektiven Literaturrecherche. Ihre Ergebnisse stellt sie im Deutschen Ärzteblatt unter dem Titel „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“ (Korsten-Reck, 2007) vor. Aufgrund der erschwerten Erfassung von Aktivitätslevels bei Kindern und dem Überwiegen von Querschnittsstudien auf diesem Gebiet kann die Autorin keinen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen Bewegung und Entstehung von Adipositas nachweisen und damit keinen Nachweis der Effektivität von Sport zur Prävention von Übergewicht liefern (Korsten-Reck, 2007).

Psychische Gesundheit und Bedeutung für Betroffene

Im Jahr 2008 erschienenen Artikel „Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht“ (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008) stellten die Autorinnen Kurth und Ellert Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS vor. Den Fokus legten die Autorinnen auf die mit dem KINDL-R-Fragebogen erfasste Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen und deren Selbsteinschätzung bezüglich ihres Gewichts. Es stellt sich hierbei eine starke Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Körpergewicht und der Einschätzung der Kinder und Jugendlichen dar: normalgewichtige Mädchen beispielsweise fühlten sich in 49,4% zu dick, wobei diese Selbsteinschätzung die Lebensqualität stärker beeinträchtigte als tatsächliches Übergewicht (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411).

Im Jahr 2014 erschien im Deutschen Ärzteblatt eine weitere Arbeit, die die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch aktuelle Interventionsmaßnahmen beeinträchtigt sieht. Die Autoren Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand analysierten die Erfolgsaussichten einer Gewichtsreduktionstherapie bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen. Die systematische Auswertung von 48 randomisiert-kontrollierten Studien führte

zu einem neuen Blick auf Indikation und Zielsetzungen bei Interventionen. Die Therapie-Abbruch-Raten seien in allen untersuchten Studien sehr hoch und negative Auswirkungen der Therapie seien unter anderem eine weitere Gewichtszunahme, eine verminderte Lebensqualität, ein vermindertes Selbstwertgefühl, die Entwicklung von Essstörungen und der Rückzug aus dem Gesundheitssystem (Mühlig u. a., 2014). Aufgrund der geringen Gewichtsreduktion von 0,05 bis 0,39 BMI-SDS selbst in hochwertigen Studien (Mühlig u. a., 2014:S.821) empfehlen die Autoren, Coping-Ansätze zum Umgang mit Übergewicht und Adipositas zu entwickeln. Mittels bestehender Therapieoptionen sei es momentan unwahrscheinlich, dass Kinder und Jugendliche mit Adipositas Normalgewicht erreichen könnten (Mühlig u. a., 2014).

Meinungsartikel

Insgesamt erschienen im Untersuchungszeitraum 13 Meinungsartikel, darunter 11 Leserbriefe und 2 Editorials. Einige der Leserbriefe äußerten Kritik an einem erschienenen Artikel, andere bestätigten oder ergänzten inhaltlich.

Kritik

In fünf der Meinungsartikeln wurde Kritik am veröffentlichten Artikel geäußert. In den zunächst dargestellten beiden Fällen handelt es sich um Kritik an der Methode oder der Auswertung der Daten.

Ein Leser bezweifelt die Schlussfolgerung, welche von Dr. Hartenstein in der Originalarbeit „Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung“ (Hartenstein, 1965) gezogen wird. Aus den gegebenen Daten könne nicht auf eine höhere Prävalenz der Rachitis bei übergewichtigen Säuglingen geschlossen werden, solange die Prävalenz von übergewichtigen Säuglingen in der Praxis nicht bekannt sei (Scholz, 1966).

Zum Artikel „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008) äußerte sich der Leser Prof. Dr. med. Burkhard Weisser kritisch zur Anwendung der Perzentilen in einem Längsschnitt-Design. Dies könne zu einer Verzerrung der tatsächlichen Gewichtsentwicklung führen, da die Perzentilen auf Grundlage der in der Population vorhandenen Gewichtsverteilung errechnet würden und sich daher kein Unterschied feststellen lasse, sollten alle Kinder ein höheres Körpergewicht haben. Er forderte hier Grenzwerte, die am gesundheitlichen Risiko für das jeweilige Körpergewicht ausgerichtet sind, wie dies beispielsweise beim

Bluthochdruck der Fall sei (Weisser, 2009). Die Autoren gaben ihm Recht, verwiesen allerdings auf die fehlenden Daten zur Bestimmung eines solchen Grenzwertes, da „Adipositas-assoziierte Folgeerkrankungen noch sehr selten seien“ (Weber, 2009).

Die anderen drei kritischen Meinungsartikel äußerten inhaltliche Kritik.

Zum ausführlichen und ernüchternden Artikel von Müller et al. zur Prävention der Adipositas im Jahr 1998 erschien ein Leserbrief mit dem Titel „Prävention: Oberste Priorität“ (Krause, 1998) von Dr. med. Ulrich Krause. Er widersprach der Meinung der Autoren, Adipositas-Prävention sei erfolgversprechend. Er lässt die Autoren wissen, dass seiner Meinung nach präventive Maßnahmen gegen Süßigkeiten und Fernsehkonsum schwer durchzusetzen seien (Krause, 1998).

Dr. Peter Bethke kritisierte scharf, dass Dagmar Hutzler im Bericht über Bewertung von Therapieprogrammen durch den MDK „kein einziges Mal das Wort 'Eigenverantwortung' benutzt“ (Bethke, 2004:S.2174) habe. Er schlug vor, durch finanzielle Anreize normales Körpergewicht zu fördern (Bethke, 2004).

Der dritte inhaltlich kritisierende Artikel wies eine fast entgegengesetzte Betrachtungsweise des Problems auf. Der Autor des Leserbriefs diskutiert, wie Kinder und Jugendliche aus einer Gewichtsreduktionsmaßnahme mit gestärktem Selbstwertgefühl hervorgehen können. Er schilderte seine Erfahrungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht: „volitionale und achtsamkeitsorientierte“ (Hofmeister, 2015:S.297) Angebote könnten sowohl das Gewicht reduzieren, als auch die Lebensqualität steigern (Hofmeister, 2015). Damit widersprach er den Autoren des Artikels „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014).

Bestätigung und Ergänzung

In Reaktion auf den 2006 veröffentlichten Artikel „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“ (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006) forderte ein Leser den frühen Beginn der Adipositasprävention und eine Beteiligung der gesundheitspolitischen Verantwortungsträger. Der Leser betont vor allem die Bedeutung des Stillens, worauf Müller antwortet, dies sei selbstverständlich wichtig, allerdings sei der Gesamteffekt auf die Entstehung von Adipositas eher gering (Müller, 2006).

Ein Leser empfahl in Bezug auf die Übersichtsarbeit „Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität“ (Graf und Predel, 2003) im Jahr 2003 die Berücksichtigung des GLYX-Index, worauf die Autoren den Schwerpunkt ihrer

Arbeit klarstellten und die Bedeutung von körperlicher Aktivität im Vergleich zu einer Ernährungsumstellung betonten.

Eine weitere Ergänzung durch einen Leserbrief wurde zu einem Artikel zur Fetalzeit angebracht. Die Erwähnung des „vorprogrammierten Übergewichts“ (Plagemann, 2007) sei versäumt worden.

Editorials

Im Jahr 2008 erschien ein Meinungsartikel in Form eines Editorials von Johannes Hebebrand. Professor Hebebrand ist seit 2004 Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Duisburg Essen. Nach ausführlicher beruflicher Auseinandersetzung mit der Genetik der Adipositas betrachtet er in diesem Editorial die „Paradoxien des Gewichts“ (Hebebrand, 2008). Er stellte die Frage, ob eine Aufklärung über die negativen Folgen von Übergewicht und Adipositas und aktuelle Gewichtsreduktionsprogramme bei Kindern und Jugendlichen nicht insgesamt zu einer niedrigeren Lebensqualität und höheren Mortalität führten und deshalb Zurückhaltung geboten sei: „Manchmal scheint nicht nur die Gleichsetzung von Schlankheit und Schönheit übertrieben, sondern auch die von Normalgewicht und Gesundheit beziehungsweise die von Übergewicht und Krankheit“ (Hebebrand, 2008:S.405).

Das zweite Editorial mit dem Titel „Adipositas bei Kindern – eine chronische Erkrankung?“ (Disse und Zimmer, 2014) stellt eine Hinführung zum Artikel „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014) dar. Nur wenn frühzeitig eine Therapie begonnen werde, könne verhindert werden, „dass Adipositas [...] zur chronischen Erkrankung für eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen wird.“ (Disse und Zimmer, 2014:S.817).

Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik

Die *Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik* lassen sich thematisch folgendermaßen strukturieren.

Vernetzung politischer Akteure

Der BVKJ plädierte auf dem Kongress 2002 in Weimar für eine breite Zusammenarbeit im Kampf gegen Übergewicht und Adipositas: „neben den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern [müssten] auch Schulen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Psychologen und nicht zuletzt die Kinder- und Jugendärzte als die Hausärzte dieser Gruppe mitwirken.“ (DÄ, 2002b:S.896).

Die Vernetzung der Akteure und die Zusammenarbeit stellte auch für Renate Künast ein wesentliches Ziel dar, als sie 2004 das Thema ins Bundeskabinett brachte. Mit Bezug auf den im Mai 2004 vorgestellten IOTF Childhood Obesity Report (Kurth und Schaffrath Rosario, 2007) zeichnete die Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ein dramatisches Bild von einer „Epidemie des Übergewichts“ (EB, 2004:S.1853). Durch die Verknüpfung der „Aktivitäten von wissenschaftlichen Einrichtungen, von Ärzten, Vereinen und Verbänden sowie der Bundesländer“ (EB, 2004:S.1853) solle eine „gesellschaftliche Bewegung“ (EB, 2004:S.1853) entstehen.

Zertifizierung und Bewertung von Therapieprogrammen

Die Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter initiierte mit dem Aufruf zur Vernetzung von Therapieeinrichtungen im Jahr 1999 die Erarbeitung von Therapiestandards (EB, 1999).

Laut einer Mitarbeiterin des MDK etablierten sich im Jahr 2004 zunehmend Gewichtsreduktionsprogramme, ohne dass diese zertifiziert seien. Daraufhin habe die „MDK-Gemeinschaft [...] im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme zu ambulanten Gewichtsreduktionsprogrammen für übergewichtige/adipöse Kinder und Jugendliche erarbeitet“ (Hutzler, 2004:S.1657). Die Autorin stellt dar, dass Adipositas „von einigen Experten als Krankheit angesehen“ (Hutzler, 2004:S.1657) werde, sich daraus aber kein Leistungsanspruch von Betroffenen gegenüber den Krankenkassen ergebe. Eine Behandlung könne von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell nur übernommen werden, wenn zusätzlich zur Adipositas eine von Gewichtsreduktion positiv zu beeinflussende Erkrankung vorläge (Hutzler, 2004). Hutzler berief sich dabei auch auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2003 (Hutzler, 2004:S.1657). Die Qualität und Anzahl der bisher durchgeführten Studien zur Bewertung von Gewichtsreduktionsprogrammen wurde ausdrücklich bemängelt (Hutzler, 2004:S.1658). Es bestehe großer Bedarf, vorhandene Therapie- und Präventionsprogramme wissenschaftlich zu evaluieren, da „der Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen zur Gewichtskontrolle bisher aus[stehe]“ (Hutzler, 2004).

Zu diesem Thema gab es im Jahr 2009, also 10 Jahre nach dem Aufruf zur Standardisierung von Therapieprogrammen, ein Update der AGA: Es seien 29 Adipositas-Trainer und 52 Therapiezentren zertifiziert worden (EB, 2009b).

Appell an Industrie und Politik

Laut BVKJ sollten „Spielverbote auf öffentlichen Grünflächen sowie die Schließung von Schwimmbädern und Kindergärten“ (DÄ, 2002a:S.3058) vermieden werden, um dem zunehmenden Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen entgegen zu wirken.

Der BVKJ plädierte darüber hinaus für eine Kennzeichnung von Lebensmitteln nach dem Ampelsystem, um Kindern und Jugendlichen und Eltern aller Bildungsniveaus das Erkennen von gesunden und ungesunden Lebensmitteln zu erleichtern (Rie, 2007). Übergewicht korreliere mit niedrigem Bildungsstand und Migrationshintergrund, daher müsse ein „kinderleichtes Kennzeichnungssystem“ (Rie, 2007:S.1622) eingeführt werden. Horst Seehofer, 2007 Bundesverbraucherminister, kam in diesem kurzen Bericht ebenfalls zu Wort. Er unterstützte die Forderung des BVKJ nicht, sondern appellierte an die Vernunft der Bürger. Als Beispiel für die praktische Umsetzung dieser Vernunft führte er eine Schweinshaxe an: diese sei durchaus etwas Positives, man solle sie nur nicht täglich verzehren (Rie, 2007:S.1622).

2017 erschien ein sehr knapper politischer Bericht, der die Forderung der Kinderärzte im BVKJ nach einem Kindermarketingverbot für Lebensmittel benannte (hil, 2017).

Blick ins Ausland

Im Untersuchungszeitraum erschienen im Deutschen Ärzteblatt auch drei Artikel zur Situation im Ausland, ein Bericht über China und zwei über die USA.

Im Rahmen eines Erfahrungsaustauschs zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zwischen Deutschland und China entstand 2007 der Bericht „Das dicke Kind: Prinz oder Bettelknabe“ (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007). Unter anderem wurden die gegensätzlichen soziodemografischen Umstände adipöser Kinder dargestellt: in China seien meist Kinder aus wohlhabenden Familien betroffen, in Deutschland vor allem Kinder aus Familien der unteren sozialen Schichten (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007).

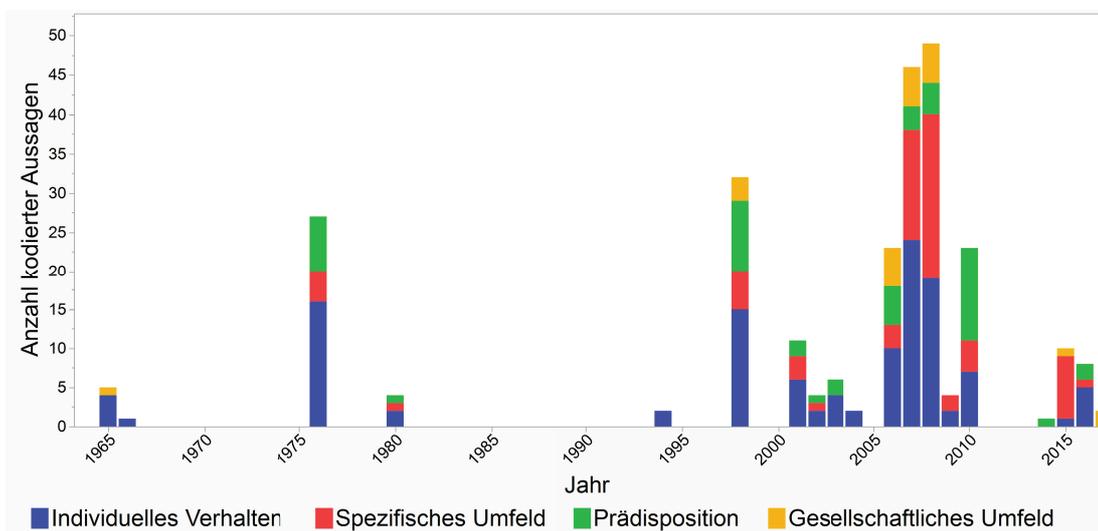
2008 und 2015 erschienen Artikel von Ronald D. Gerste zur Situation in den USA, welche sich laut Gerste sehr dramatisch darstelle (Gerste, 2008; Gerste, 2015).

Tabelle 3.2 Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Ursachen*

Kategorie	Anzahl kodierter Aussagen
Individuelles Verhalten	122
Spezifisches Umfeld	67
Prädisposition	49
Gesellschaftliches Umfeld	22

3.3 Ursachen

Wie in Abbildung 3.4 dargestellt, werden mögliche Ursachen für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in den einzelnen Jahren unterschiedlich häufig genannt und diskutiert. Die absolute Verteilung der Aussagen auf die Unterkategorien zeigt Tabelle 3.2. Fast in jedem Jahr machen Aussagen zum *Individuellen Verhalten* den größten Anteil aus. Zum *Gesellschaftlichen Umfeld* können pro Jahr höchstens fünf Aussagen identifiziert werden. Nur einer der 59 Artikel enthält mehr als drei Aussagen zu gesellschaftlichen Ursachen für kindliches Übergewicht und Adipositas („Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“ (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006)).

**Abbildung 3.4** Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Ursachen*, Angabe pro Jahr

Individuelles Verhalten

Werden in den für diese Arbeit identifizierten Artikeln im Deutschen Ärzteblatt

Aussagen zum *individuellen Verhalten* der Betroffenen gemacht, beziehen sich diese fast ausschließlich auf Ernährung und Bewegung. Direkt oder indirekt wurde in den 122 Aussagen zum Ausdruck gebracht, dass Kinder und Familien sich falsch verhalten. Ihre Ernährungsgewohnheiten seien schlecht: sie essen zu viel, zu viel Fett, zu viel Zucker, zu unausgewogen. Darüber hinaus wird eine „eingeschränkte Bewegungsbereitschaft“ (Maaser, 1976b:S.2652) und körperliche Inaktivität bemängelt. Laut Korsten-Reck stelle Fernsehen einen wichtigen Faktor dar (Korsten-Reck, 2007:S.37).

Spezifisches Umfeld

Maaser diskutiert 1976 in einer Übersichtsarbeit als Ursache für Übergewicht und Adipositas ein „Reifungsdefizit“ (Maaser, 1976a:S. 2566) beziehungsweise eine „gestörte Persönlichkeitsentwicklung“ (Maaser, 1976a:S. 2566). Weiter wird vermutet, dass ein „äußeres schädigendes Ereignis“ (Maaser, 1976a:S.2567) beim Kind zum kompensatorischen „Kummerspeck“ (Maaser, 1976a:S. 2567) führe.

Eine Studie aus dem Jahr 2008 von Weber, Hiebl und Storr (Weber, Hiebl und Storr, 2008) untersuchte die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Einschulungsalter in Augsburg und analysierte zusätzlich Risikofaktoren. Als wichtige Faktoren zur Entstehung von Adipositas stellten sich in dieser Studie das Vorliegen eines Migrationshintergrunds und eine nicht deutsche Muttersprache heraus.

Müller, Reinehr und Hebebrand stellten in ihrem 2006 erschienenen Artikel Faktoren des *Spezifischen Umfelds* in den Mittelpunkt. „Ein niedriger sozialer Status [...] und die Lebensbedingungen“ (Müller, 2006:S. 334) beeinflussten das Verhalten stark.

Die Autorin der Originalarbeit „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“ (Korsten-Reck, 2007) wies auf einen weiteren Faktor hin, welcher das Bewegungsverhalten von Kindern beeinflusse: „eine lange Geschichte von sportlichen Misserfolgen, Überforderungen, mangelnden Bewegungserfahrungen und fehlenden Erfolgserlebnissen“ (Korsten-Reck, 2007). Zudem sollten laut Korsten-Reck neben dem Bewegungsverhalten weitere Einflussfaktoren wie Lebensmittelwerbung und der soziale Status berücksichtigt werden (Korsten-Reck, 2007).

Prädisposition

In der Metaanalyse von Reinehr et al. aus dem Jahr 2010 (Reinehr, 2010) wur-

de der Zusammenhang von Adipositas und einer vorliegenden Behinderung untersucht. Reinehr et al. wiesen mit ihrer Studie „Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen“ (Reinehr, 2010) auf eine „therapeutisch vergessene Patientengruppe“ (Reinehr, 2010:S. 268) hin. Behinderte Kinder haben im Vergleich zu Kindern ohne Behinderung ein fast doppelt so hohes Risiko, adipös zu werden. Eine Behinderung, sowohl geistig als körperlich, stelle damit einen wichtigen Risikofaktor für Adipositas im Kindes- und Jugendalter dar, was vor dem Hintergrund der Folgen und der kaum vorhandenen Therapieansätze einen bedeutsamen Befund darstellt.

Im 2016 erschienenen Artikel „Frühkindliche Ernährung“ (Gießelmann, 2016) wurde die Assoziationsstudie GIANT vorgestellt. Im Rahmen dieser Studie „identifizierten Forscher 97 Genorte, die mit dem Body-mass-Index assoziiert sind.“ (Gießelmann, 2016:S.1920)

Gesellschaftliches Umfeld

1998 diskutieren Müller, Körtzinger, Mast und König gesellschaftliche Umstände wie die „durch Überfluß und Überernährung gekennzeichnete 'Umwelt'“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2029). Hierzu zählt Krause 1998 auch Süßigkeiten und „den technischen Fortschritt (Mobiltelefon, TV-Fernbedienung)“ (Krause, 1998:S. 3299). Im Jahr 2006 wird von Müller et al. darüber hinaus die „intensive Bewerbung von Lebensmitteln“ (Müller, Reinehr und Heberbrand, 2006:S. 336) als Faktor in der Entstehung von Adipositas genannt.

3.4 Bedeutung und Folgen

Die Tabelle 3.3 zeigt die Häufigkeit der Aussagen zu möglichen Folgen und zur Bedeutung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern, die Abbildung 3.5 zeigt deren jährliche Verteilung.

Somatische Folgen

Die „erwartete Sterblichkeit schlanker Personen [werde] durch die [...] Sterblichkeit adipöser Personen beim Diabetes mellitus mehr als dreimal [...] übertroffen“ (Maaser, 1976a:S. 2565) schrieb Maaser 1976. Zudem käme es zu zahlreichen metabolischen Veränderungen, welche „durch Gewichtsabnahme reversibel und damit Adipositasfolge und nicht Adipositasursache [seien]“ (Maaser, 1976a:S. 2566). Während 1976 noch klargestellt werden musste, dass Adipositas zu körperlichen Veränderungen im Stoffwechsel führen kann,

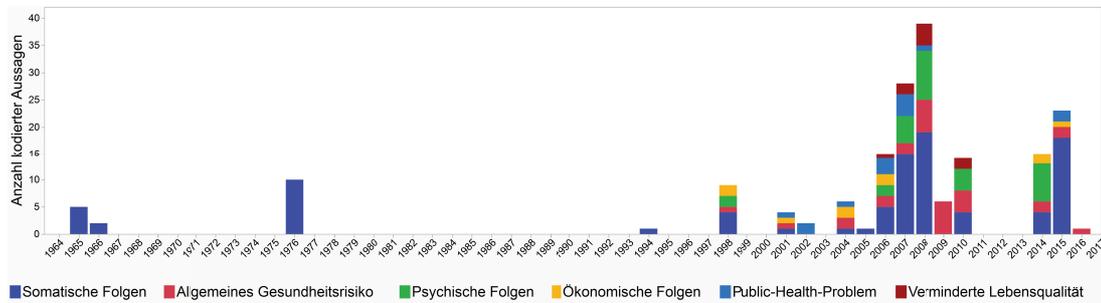


Abbildung 3.5 Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Bedeutung und Folgen* für *Betroffene und Gesellschaft*, Angabe pro Jahr

Tabelle 3.3 Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Bedeutung und Folgen*

Kategorie	Anzahl kodierter Aussagen
Gesamtanzahl	181
Somatische Folgen	90
Allgemeines Gesundheitsrisiko	29
Psychische Folgen	29
Public-Health-Problem	14
Ökonomische Folgen	10
Verminderte Lebensqualität	9

wurden die Folgen 1998 schon deutlich drastischer dargestellt. Von Müller et al. wurde die Adipositas im Jahr 1998 als die „neben dem Rauchen [...] häufigste Ursache vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027) beschrieben. Im Jahr 2007 dann wurde Adipositas von Korsten-Reck als chronische Erkrankung mit bereits im Kindes- und Jugendalter auftretenden latenten somatischen Problemen dargestellt (Korsten-Reck, 2007:S. 35).

Zu den bekannten somatischen Folgeerscheinungen einer Adipositas kämen laut Reinehr bei behinderten Kindern die „Entwicklung und/oder Verschlechterung von Sekundärproblemen der zugrundeliegenden Behinderung“ (Reinehr, 2010:S. 268) hinzu.

Adipöse Kinder und Jugendliche weisen eine Prävalenz von 50% für ein metabolisches Syndrom auf. Diese „Adipositas-assoziierte[n] metabolische[n] Veränderungen führen bereits im Kindesalter zur Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßalterationen (fatty streaks)“ (Erbs, 2015). Eine Adipositas im Kindesalter könne „auch ohne begleitende Erkrankungen früh eine endotheliale Dysfunktion begünstigen“ (Erbs, 2015:S. 26f).

Ökonomische Folgen

Müller, Körtzinger, Mast und König wiesen auf „erhebliche Kosten für [das] Gesundheitssystem“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027) hin. Prof. Dr. med. Michael Krawinkel fand besonders drastische Worte: „Die Diagnostik und Behandlung von ernährungsbedingten Krankheiten koste inzwischen mehr als die Behandlung von Unfallopfern“ (Bühning, 2001:S. 2942). Konkrete Zahlen lieferten Disse und Zimmer im Editorial „Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?“ (Disse und Zimmer, 2014) zumindest für adipöse Kinder in den USA: die Zusatzkosten im Lebensverlauf beliefen sich auf „12000 bis 19000 US-Dollar“ pro Kind (Disse und Zimmer, 2014:S. 816).

Psychische Folgen

Neben den somatischen Folgen wurde von Müller et al. 1998 erstmals auch die mögliche Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden als „persönliche[s] Leid der Betroffenen“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027) genannt.

Laut Korsten-Reck komme es durch Übergewicht und Adipositas zum Teil zu einem „enormen psychischen Leidensdruck“ (Korsten-Reck, 2007:S.35). Dieser sei laut einer Studie von Schwimmer et al. sogar „dem von krebserkrankten Kindern [vergleichbar]“ (Korsten-Reck, 2007:S. 35).

Kurth und Ellert untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen dem Gefühl, zu dick zu sein und tatsächlich vorliegendem Übergewicht oder Adipositas (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008). Sie kamen zum Ergebnis, dass die „Lebensqualität [...] mehr durch das -gefühlte- Übergewicht [...] als durch das objektive“ beeinträchtigt werde (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411).

Die Autoren Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand stellten in der systematischen Übersichtsarbeit „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ das „Risiko somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten, psychosoziale[r] Beeinträchtigung durch Stigmatisierung sowie hohe Gesundheitskosten“ (Mühlig u. a., 2014:S.818) dar. „Die Forschung zur Stigmatisierung bei Adipositas weist auf eine starke Verbreitung von Diskriminierungserfahrungen innerhalb familiärer Beziehungen und in der medizinischen Versorgung hin [...]. Inhalt stigmatisierender Einstellungen ist häufig die Zuschreibung der persönlichen Verantwortung für die Gewichtsentwicklung, aus der Versagens- und Schamgefühle resultieren. In Abhängigkeit vom Selbstwertgefühl der Betroffenen können Diskriminierungen internalisiert werden und zu einer Selbststigmatisierung führen [...]“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823). Vor diesem Hintergrund warnten die Autoren vor der Förderung von „dysfunktionalen Gewichtskontrollmechanismen und [...] Selbstwertminderung bis hin zu depressiven Episoden mit sozialer Isolation“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823) im Rahmen einer Gewichtsreduktionsbehandlung.

Public-Health-Problem

Müller, Reinehr und Hebebrand (Müller, 2006) wiesen darauf hin, dass sowohl somatische als auch psychische Probleme im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas bei Kindern „in der Praxis nicht immer erfasst“ (Müller, 2006:S. 334) werden. In diesem Zusammenhang wurde die Weiterentwicklung der Leitlinien und die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter vorgestellt. Die Autoren ordneten Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter als „Probleme von Public Health“ (Müller, 2006:S. 337) ein und plädierten für Engagement „aller Gesundheitsexperten“ (Müller, 2006:S. 337) und eine gesellschaftliche Herangehensweise.

3.5 Interventionsziele

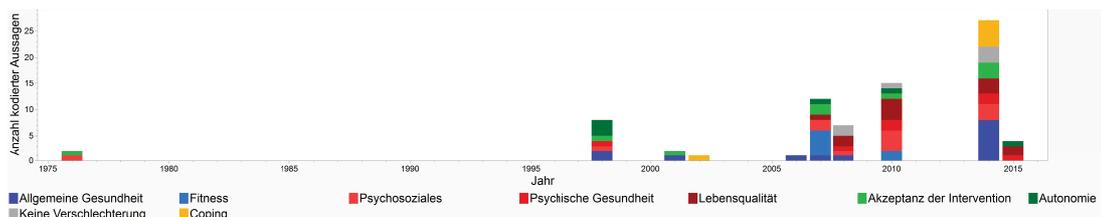
Interventionen gegen Übergewicht und Adipositas haben stets das Ziel, das Körpergewicht zu verringern oder eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Tabelle 3.4 Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Interventionsziele*

Kategorie	Anzahl kodierter Aussagen
Allgemeine Gesundheit	14
Psychosoziales	12
Lebensqualität	12
Akzeptanz der Intervention	9
Fitness	7
Psychische Gesundheit	7
Autonomie	6
Keine Verschlechterung	6
Coping	6

Bis Maaser 1976 die Berücksichtigung sozialer Defizite fordert (Maaser, 1976b), wurden neben diesen gewichtsbezogenen Zielen keine weiteren diskutiert. Seit der Publikation der Arbeit „Prävention der Adipositas“ von Müller, Körtzinger, Mast und König im Jahr 1998 ist klar, dass neben der Gewichtsreduktion weitere Ziele verfolgt werden müssen.

Die Verteilung der Aussagen zu Interventionszielen pro Jahr ist in Abb. 3.6 zu sehen. In Tabelle 3.4 ist aufgelistet, wie häufig die einzelnen Ziele genannt wurden.

**Abbildung 3.6** Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Interventionsziele*, Angabe pro Jahr.

Akzeptanz der Intervention

Die Akzeptanz der Intervention stellt eine Grundvoraussetzung für deren Erfolg dar, während fehlende Akzeptanz zu Misserfolg oder im schlimmsten Fall zum Abbruch und Verschlechterung der gesundheitlichen Situation führt (Mühlig u. a., 2014). Die Intervention sollte möglichst gut in den Alltag der Familien

integrierbar sein (Maaser, 1976b). Um bei Kindern eine möglichst hohe Akzeptanz zu erreichen, müssen die Interventionen „Spaß machen und innerhalb des kindlichen und familiären Lebensstils machbar sein“ (Korsten-Reck, 2007:S. 38). Auch Reinehr betonte, dass Spaß ein wichtiges Ziel bei Interventionen sein sollte (Reinehr, 2010:S. 274).

Autonomie

Die Interventionen sollen bei den Kindern „Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit [...] wecken.“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028). Dies sei bereits bei Kleinkindern möglich und erstrebenswert (Korsten-Reck, 2007:S. 38). Reinehr forderte, auch Kinder mit Behinderungen zu befähigen, sich eigenverantwortlich um ihr Körpergewicht zu kümmern (Reinehr, 2010:S. 272).

In einem Leserbrief forderte Hofmeister den „vermehrte[n] Einsatz von volitionalen und achtsamkeitsorientierten Strategien“ (Hofmeister, 2015:S. 297) und stellt damit die Bedeutung der Autonomie auch im Kindes- und Jugendalter heraus.

Allgemeine Gesundheit

Für Müller, Körtzinger, Mast und König (Müller, Körtzinger u. a., 1998) stellt „ein verbessertes Gesundheitsverhalten“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028) eine bedeutendere Zielgröße als das Körpergewicht dar.

Selbst wenn der Gewichtsverlust in den meisten Studien zur Gewichtsabnahme im Kindes- und Jugendalter gering war, zeigten sich „positive Effekte auf das Gesundheitswissen und auf das Gesundheitsverhalten“ (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006). Ebenso sei von Interventionen mit Bewegung, unabhängig von der Gewichtsentwicklung, eine „Prävention von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes“ (Korsten-Reck, 2007:S. 38) zu erwarten.

Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand diskutierten in der Arbeit „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014), dass das Ausmaß der Gewichtsreduktion gar nicht so sehr entscheidend sei, da „eine signifikante Verbesserung von Insulinsensitivität, Blutdruck und Lipidprofil“ (Mühlig u. a., 2014:S.33) auch ohne ausgeprägten Gewichtsverlust erreicht werden könne. Eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens durch eine Intervention könne sich auch langfristig auf die Gesundheit und „das Risiko adipositasassoziierter Erkrankungen“ (Mühlig u. a., 2014:S.34) auswirken. Wichtig sei eine enge „medizinische Anbindung“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823).

Weiter wurde von den Autoren angemahnt, dass diese positiven Effekte sich

nur bei Kindern und Jugendlichen einstellen, welche die Intervention akzeptieren und nicht abbrechen. Die „relativ hohen 'drop out'-Raten und das noch höhere 'loss to follow-up' [bereiten] Sorgen im Hinblick auf die gesundheitliche Perspektive der Teilnehmer“ (Mühlig u. a., 2014:S. 822), so Mühlig. Umso wichtiger sei die Fokussierung auf eine gute medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen, anstatt die reine Gewichtsreduktion zu fokussieren (Mühlig u. a., 2014).

Fitness

Der Vorteil körperlicher Fitness für die Gesundheit, das Wohlbefinden und den Anteil an Körperfett konnte in Studien belegt werden (Korsten-Reck, 2007). Adipöse Kinder zeigten zudem erheblichen Aufholbedarf in körperlicher Fitness (Korsten-Reck, 2007) und sollten deswegen in diesem Bereich stärker gefördert werden. Laut Korsten-Reck sollte Sport fest im Alltag integriert werden. Behinderte Kinder und Jugendliche profitierten laut Reinehr et al. in besonderer Weise von Bewegung: Es können „stereotype Bewegungsmuster [vermindert] und damit Schmerzen und Ermüdbarkeit“ (Reinehr, 2010:S. 274) reduziert werden.

Keine Verschlechterung

Interventionen gegen Adipositas sollten den Kindern nutzen und nicht ihre Situation verschlechtern. Kurth und Ellert riefen dazu auf, „sorgsam zu überlegen, inwieweit die derzeit allgegenwärtigen Kampagnen gegen das Übergewicht den Anteil der Jugendlichen erhöht, der sich ohne Grund als zu dick erachtet“ (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S. 411). Um derartige negative Auswirkungen zu vermeiden, sollte gleichzeitig über Essstörungen aufgeklärt werden (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008). Zudem nannten Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand die Möglichkeit schädigender Auswirkungen einer Intervention „auf die langfristige Gewichtsentwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014:S. 822) und forderten deshalb eine enge medizinische Anbindung nach Interventionen sowie eine ehrliche Aufklärung „über die realistisch erreichbare Gewichtsreduktion [...] und deren mögliche Nebenwirkungen“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823). Nebenwirkungen seien beispielsweise „Selbstwertminderung [und] ungesunde Gewichtskontrollmechanismen“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823).

Psychische Gesundheit

Die Erhaltung der psychischen Gesundheit wurde hauptsächlich im Kontext mit Essstörungen genannt. Müller, Körtzinger, Mast und König nannten als „Ziele der Adipositasprävention [...] auch das Meiden von Diäten, ein vermindertes Auftreten von Eßstörungen und eine geringere Inzidenz ernährungsabhängiger Krankheiten“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028). Auch Kurth und Ellert sprachen sich 2008 für eine gemeinsame Betrachtung von Adipositasprävention und Vermeidung von Essstörungen aus (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008).

Neben Essstörungen treten laut Mühlig et al. auch weitere „psychiatrische Komorbiditäten bei Adipositas gehäuft [auf]“ (Mühlig u. a., 2014:S. 822). Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand empfahlen daher die Etablierung einer „psychologisch-psychiatrische[n] Diagnostik“ im Rahmen der Gewichtsreduktionsprogramme. Außerdem sollte „Stigmatisierungsprozessen im Familiensystem gezielt entgegengewirkt werden“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823).

Psychosoziales

Laut Maaser sollte ein zusätzliches Ziel bei der Intervention ein „Abbau der häufigen Defizite im Sozialverhalten (infantile Überangepasstheit, soziale Isolation)“ (Maaser, 1976b:S. 2652) sein. Korsten-Reck plädierte zudem für die stärkere Berücksichtigung von „sozialen und familiären Defizite[n]“ (Korsten-Reck, 2007:S. 35). Bei behinderten Kindern und Jugendlichen sei, so Reinehr, mit einer Gewichtsreduktion auch die Gewährleistung der „soziale[n] Teilhabe“ verknüpft (Reinehr, 2010:S. 268). Diese könne durch Bewegung im Rahmen der Intervention weiter gefördert werden (Reinehr, 2010).

Für Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand standen psychosoziale Faktoren in der Zielsetzung sogar ganz im Vordergrund. Sie benannten auch, was sonst an kaum einer anderen Stelle geschah, das Problem der Diskriminierung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen, welches auch innerhalb der Familien auftrete (Mühlig u. a., 2014). Das Verarbeiten solcher Erlebnisse sollte auch Ziel der Intervention sein (Mühlig u. a., 2014:S. 823). Schließlich schlugen die Autoren sogar vor, die Gewichtsreduktion nicht mehr als relevantes Ziel einer Intervention zu sehen, sondern hauptsächlich die „Verbesserung [von] Lebensqualität und psychosozialer Funktionen“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823) als Ziele zu verfolgen.

Lebensqualität

Auch Korsten-Reck betonte 2007 die Bedeutung der Lebensqualität als Interventionsziel: „Nur wenn der Sport als Bereicherung wahrgenommen wird und eine Zunahme der Lebensqualität bedeutet, können Übergewichtige einen neuen Lebensstil langfristig beibehalten.“ (Korsten-Reck, 2007:S. 38). Reinehr sah in der Bewegung ebenfalls Potential, sie „fördert Freundschaften, Kreativität, Integration, soziale Akzeptanz, Selbstwertgefühl und letztendlich damit die Lebensqualität.“ (Reinehr, 2010:S. 274). Andere Autoren betonten die Verbesserung der Lebensqualität nach (erfolgreichen) Interventionen, etwa nach einem bariatrischen Eingriff (Fath, 2008).

Kritische Argumente zum Thema Lebensqualität lesen sich in der Arbeit von Kurth und Ellert aus dem Jahr 2008. Sollten Kinder und Jugendliche mit ihrem Übergewicht konfrontiert werden, wenn sie anschließend eine verminderte Lebensqualität haben (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008)? Mühlig et al. sahen diesen Zusammenhang nicht als zwingend gegeben. Eine kurzzeitige Erhöhung der Lebensqualität konnte in wenigen Studien nachgewiesen werden, dies sei also grundsätzlich möglich (Mühlig u. a., 2014). Hofmeister nannte eine Studie, welche die gesteigerte Lebensqualität „auch zwölf Monate nach einer sechswöchigen multimodalen kognitiv-behavioralen Adipositas-therapie“ zeigen konnte (Hofmeister, 2015:S. 297). Allerdings sei laut Reinehr vor Beginn jeder Intervention zu prüfen, „inwieweit die Adipositas zu einer Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt und ob durch eine Behandlung die Lebensqualität verbessert werden kann“ (Reinehr, 2010:S. 272).

Coping

Schon im Jahr 2002 klang bei einem Kongressbericht des BVKJ in der Aussage, der „Umgang mit Erkrankungen“ (DÄ, 2002b:S. 896) sei ein wichtiges Interventionsziel, das Konzept des Copings (s. Kapitel 1.1) an.

Alle weiteren kodierten Aussagen zu Coping finden sich in der Originalarbeit „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“ (Mühlig u. a., 2014) von Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand aus dem Jahr 2014. Die Autoren stellten in ihrer Arbeit die begrenzten Möglichkeiten konservativer Gewichtsreduktionsprogramme und deren potenziell negative Auswirkungen dar und empfehlen schlussendlich „psychologische[] Interventionen zur Förderung der Akzeptanz der Adipositas“ (Mühlig u. a., 2014:S. 818). Sie gehen sogar so weit, Coping-Ansätze und die „Förderung eines gesunden Lebensstils zur Steigerung der körperlichen und seelischen Gesundheit unabhängig von der Ge-

wichtsreduktion“ (Mühlig u. a., 2014:S. 823) zu empfehlen.

3.6 Interventionsansätze

Im Jahr 1976 erschien der erste Artikel im Deutschen Ärzteblatt, der ein Konzept zu Interventionen bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter vorstellte. In den 59 eingeschlossenen Artikeln konnten sowohl Aussagen zu individuellen, das heißt verhaltensbezogenen Ansätzen, als auch zu gesellschaftlichen, also verhältnisbezogenen Ansätzen gefunden werden. Diese verteilen sich wie in Abbildung 3.7 dargestellt auf die einzelnen Jahre.

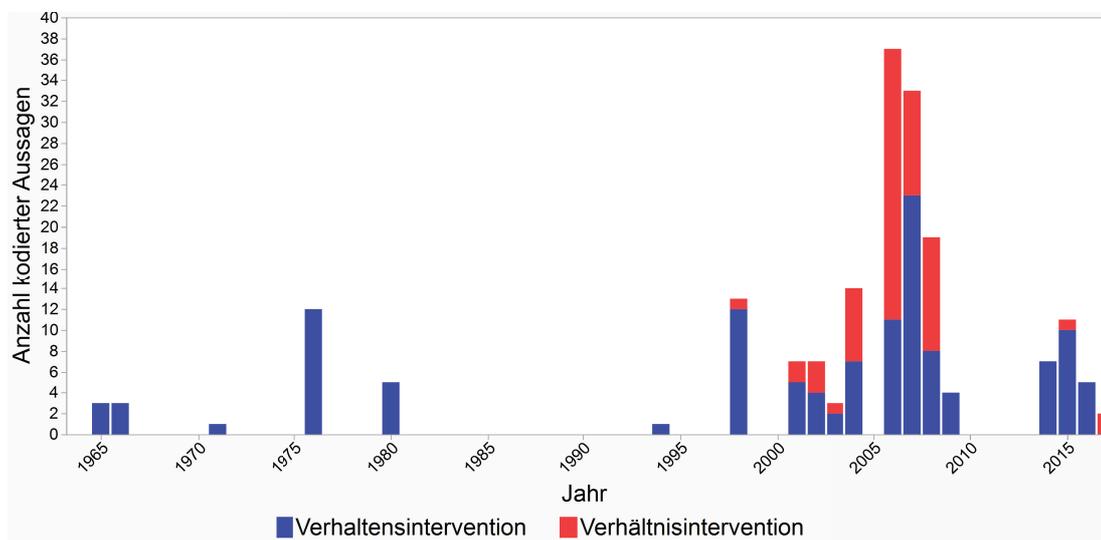


Abbildung 3.7 Anzahl kodierter Aussagen der Kategorie *Interventionsansätze*, Angabe pro Jahr

Verhaltensintervention

Die Verhaltensintervention wurde von Beginn an regelmäßig in den publizierten Artikeln genannt. Maaser stellte die Bewegungstherapie vor, welche „die eingeschränkte Bereitschaft oder auch die mangelnde Fähigkeit zur Bewegung [fördern]“ (Maaser, 1976b:S.2655) soll. In individuellen Beratungssitzungen würden Hilfestellungen zur kalorienarmen Ernährung gegeben, wobei keine Diät empfohlen werde, sondern lediglich „die Einhaltung der festgesetzten oberen Kaloriengrenze“ (Maaser, 1976b:S.2653) gefordert würde.

Im Artikel „Prävention der Adipositas in der Kindheit“ (wrh, 1980) wurden in sechs Punkten Ratschläge zu Gewichtskontrolle in der Schwangerschaft, zum Stillverhalten und regelmäßigem Wiegen der Kinder gegeben. Kinder sollten

„nicht [genötigt] werden, die - errechnete - Nahrung vollständig zu sich zu nehmen“ (wrh, 1980) und ausreichend Freizeitangebote haben. Zudem sollte von ärztlicher Seite darauf geachtet werden, ob eine „'overprotection' mit Überfütterung“ (wrh, 1980) vorliegt.

Der Bericht „Ernährung im Kindes- und Jugendalter - Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei“ (Bühning, 2001) aus dem Jahr 2001 blieb inhaltlich stark an Verhaltensinterventionen orientiert. „Die sozialen Ursachen für Adipositas“ wurden genannt, es wurde allerdings keine sozialpolitische Konsequenz daraus gezogen, sondern „mit Informationsangeboten über gesunde Ernährung“ (Bühning, 2001) ein individueller Ansatz vorgeschlagen.

Die Analyse des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) zu Interventionsansätzen bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter kam zu dem Schluss, dass multimodale Therapieprogramme mit einer Kombination aus Modulen zu „Ernährung, Bewegung, verhaltenstherapeutische[r] Beeinflussung von Ess-, Bewegungsverhalten und Lebensgewohnheiten sowie die Einbindung der Eltern“ (Hutzler, 2004) am ehesten erfolgversprechend seien. Allerdings „[stehe] bisher insbesondere für Kinder mit extrem ausgeprägter Adipositas [...] nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin ein Wirksamkeitsnachweis für Maßnahmen zur Gewichtskontrolle [...] noch aus“ (Hutzler, 2004:S. 1658).

Der Beitrag „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“ betont die Bedeutung der Bewegung und nennt hierzu verhaltensbezogene Ansätze. Im Vorschlag, „ein aktiver Schulweg könnte ein Mittel sein, Kinder und ihre Familien zu ermutigen, mehr Bewegung in ihren Lebensstil zu integrieren“ (Korsten-Reck, 2007), klang die Veränderung der Lebensumstände an, wird aber an keiner Stelle weiter ausgeführt.

Im Jahr 2015 veröffentlichte Gerste einen Artikel zur Situation in den USA mit dem Titel „Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung“ (Gerste, 2015). Er berichtete im Rahmen der „Tagung der National Academies of Sciences“ (Gerste, 2015:S.1880) von Präventionsmaßnahmen in den USA, welche hauptsächlich Mütter und deren „*feeding behaviour*“ (Gerste, 2015:S.1880) adressierten. Die genannten Maßnahmen zur Prävention seien zwar kurzfristig erfolgreich gewesen, „nach fünf Jahren [...] war deren Wirkung aber nicht mehr nachweisbar“ (Gerste, 2015:S.1881).

Koletzko nannte als wirksame Präventionsmaßnahme zusätzlich zu einer gesunden Ernährung der Kinder in den ersten 1000 Lebenstagen eine Ernährungsberatung von Schwangeren (Gießelmann, 2016).

Verhältnisintervention

Müller, Körtzinger, Mast und König betonten, dass „Interventionen [...] die Möglichkeiten der Menschen verbessern [sollen], sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden“ (Müller, Körtzinger u. a., 1998) und damit zu einer Veränderung der Verhältnisse beitragen sollen, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen.

„Eine geeignete Maßnahme der Adipositas-Prävention sei“, so Müller (Bühning, 2001), „die - Public-Health-Strategie -, die auf Gesundheitsförderung und Ernährungserziehung setzt“ (Bühning, 2001).

Auch zur Frage nach Interventionsansätzen brachten die Autoren Müller, Reinehr und Hebebrand in der Übersichtsarbeit 2006 entscheidende Argumente: Gerade vor dem Hintergrund der geringen Effektivität bisheriger Ansätze sei „neben einem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz [...] eine gesellschaftliche Lösung des Problems erforderlich“ (Müller, 2006). Konkret wurden Bildungsangebote, aber auch „politische wie fiskalische Maßnahmen“ (Müller, 2006) genannt. Abschließend forderten Müller, Reinehr und Hebebrand von „alle[n] Gesundheitsexperten, einschließlich der Ärzte, das Problem ernst [zu] nehmen und sich darum auch auf gesellschaftlicher [zu] Ebene kümmern“ (Müller, 2006). Außerdem sei das Einbeziehen von Industrie und Politik unerlässlich für einen Erfolg (Müller, 2006). Die Autoren machten konkrete Vorschläge, wie adipogene Faktoren im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen verändert werden könnten, wie beispielsweise Einschränkungen bei Lebensmittelwerbung oder „das Verbot von Getränkeautomaten mit gesüßten Getränken in Schulen“ (Müller, 2006).

Weber, Hiebl und Storr forderten in ihrer Studie „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008) die Berücksichtigung der „sozialen, ökonomischen und kulturellen Einflüsse, die zu der steigenden Prävalenz beitragen“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883-884) und empfahlen neben Verhaltensänderungen auch eine „gute verkehrs- und kostengünstige Zugänglichkeit der Sport- und Spielangebote“ (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887) für eine effektive Prävention.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methode

Das Deutsche Ärzteblatt zeigt ein vielseitiges Abbild der Interessen, Meinungen und wissenschaftlichen Prioritäten der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Es ist dabei nicht repräsentativ für die Meinung der Ärzteschaft in Deutschland, vielmehr stellt es die Dokumentation einer redaktionell beeinflussten Selektion an wissenschaftlichen Arbeiten, Meinungsäußerungen und Berichten über gesellschaftliche und politische Ereignisse dar. Eine Leserumfrage zeigte, dass die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte, welche das Deutsche Ärzteblatt empfangen, dieses als relevante Zeitschrift für den ärztlichen Alltag betrachten (Stüwe, 2008).

Die Datenerhebung erfolgte konsequent und strukturiert. Für den Zeitraum vor 1973 war die Suche erschwert, da für diesen Zeitraum die Artikel nicht digital vorliegen. Es musste daher eine andere Suchmethode für diesen Zeitraum angewandt werden, indem das Stichwortverzeichnis nach den Worten *Adipositas*, *Übergewicht*, *Kind* und verwandten Wörtern durchsucht wurde (s. Kapitel 2.3). Diese wurde so sorgfältig und ausführlich durchgeführt, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit alle relevanten Artikel zu Übergewicht oder Adipositas im Kindes- und Jugendalter erfasst wurden.

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eignet sich sehr gut für die in dieser Arbeit zu klärende Forschungsfrage und bietet die besten Voraussetzungen, dem vielschichtigen Thema gerecht zu werden.

Im Vergleich zu naturwissenschaftlichen Studiendesigns liegt bei der Qualitativen Inhaltsanalyse eine geringere Reproduzierbarkeit vor. Dies ist dem zunächst offenen Ansatz geschuldet. Dem begegnet Mayring durch ein regelgeleitetes System, bei dem alle Schritte der Analyse offengelegt und dadurch nachvollziehbar gemacht werden (s. Kapitel 2.4 und 2.5).

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit nach thematischen Aspekten diskutiert.

4.2.1 Rückgang der Artikelanzahl

Bevor der Rückgang der Artikelanzahl ab 2008 diskutiert wird, steht zunächst noch im Raum, warum insgesamt von 1949 bis 2017 nur 59 Artikel zu kindlichem Übergewicht und Adipositas erschienen sind.

Generell wird die Artikelanzahl von der Menge und Qualität eingereicherter Arbeiten und von der redaktionellen Auswahl beeinflusst. Die insgesamt geringe Anzahl an deutschsprachigen, hochwertigen Originalarbeiten zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird von einigen Autoren bemängelt, darunter sind auch Hutzler, Müller und Disse (Hutzler, 2004; Müller, 2006; Disse und Zimmer, 2014). Zudem stellt die Pädiatrie im Deutschen Ärzteblatt nur ein Fachgebiet unter vielen dar und auch kindliche Adipositas ist nur ein Themengebiet unter vielen pädiatrischen oder kinderpsychiatrischen Themen. Um Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen eine vielseitige Zeitschrift zu präsentieren, wird die Redaktion sich auch bewusst für eine begrenzte Anzahl an Artikeln zu diesem Thema entschieden haben.

Im Folgenden wird die quantitative Verteilung veröffentlichter Artikel diskutiert. Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Situation nach Ende des 2. Weltkriegs ist es gut nachvollziehbar, dass in den ersten 15 Jahren kein Artikel zum Thema kindliches Übergewicht und Adipositas erschien. Viele Menschen waren unterernährt, die Sterblichkeitsrate für Kinder unter 5 Jahren lag noch bei 50 pro 1000 Neugeborene (Razum und Breckenkamp, 2007), so hoch ist sie 2018 nur noch in Afghanistan, Pakistan und einigen afrikanischen Ländern (United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation, 2019). Als Ursache für die hohe Kindersterblichkeit in den 50er Jahren nennen Razum und Breckenkamp Durchfallerkrankungen. Davon seien Babys, welche zum Beispiel aufgrund von Mangelernährung der Mutter nicht ausreichend lange gestillt werden konnten, besonders betroffen gewesen (Razum und Breckenkamp, 2007:S. 2951-2952). Vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen Situation ist verständlich, dass Übergewicht und Adipositas im Kindesalter im Deutschen Ärzteblatt vor 1965 nicht diskutiert wurden.

In den folgenden Jahren stieg die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas und auch die Artikelzahlen im Deutschen Ärzteblatt nahmen zu (s. Abb. 3.1).

Das Thema scheint im Deutschen Ärzteblatt analog zur Prävalenz und der internationalen Diskussion an Relevanz zu gewinnen, wie aus einer Suchanfrage bei PubMed hervorgeht. Das Ergebnis der Suchanfrage für die Begriffe *child* und *overweight* sowie *child* und *obesity* ist in Abb. 4.1 dargestellt. Diese, im

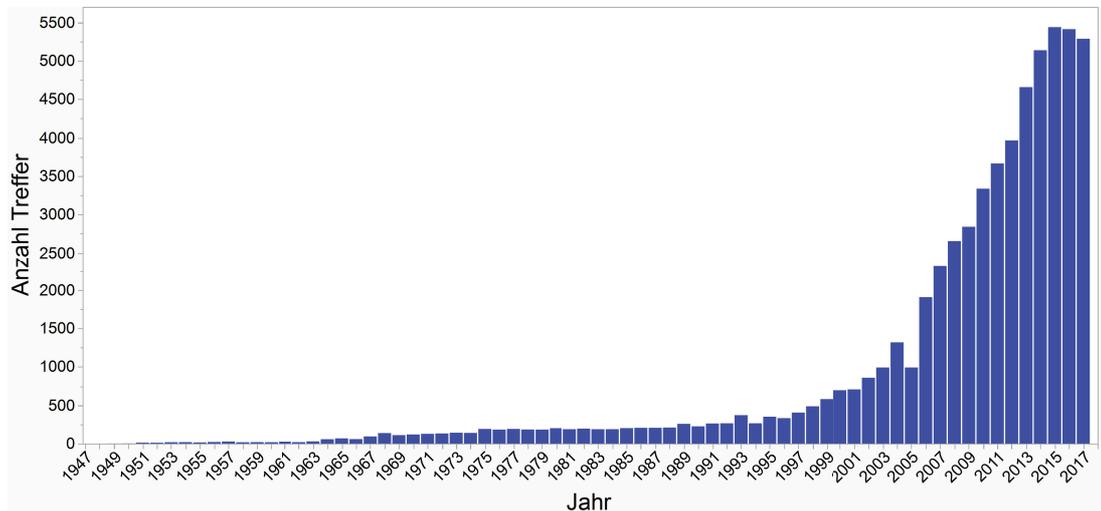


Abbildung 4.1 Anzahl der Treffer bei Eingabe der Suchbegriffe *obesity + child* und *overweight + child* in die Suchmaske von PubMed. Angabe pro Jahr (NCBI, 2020)

Deutschen Ärzteblatt und bei PubMed analog verlaufende Entwicklung, lässt sich bis zum Jahr 2008 verfolgen.

Doch im Jahr 2009 wurden im Deutschen Ärzteblatt unerwartet nur noch vier Artikel zum Thema veröffentlicht. Ein Jahr später waren es nur noch zwei, danach erschien einige Jahre gar kein Artikel mehr.

Bei PubMed stieg dagegen die jährliche Anzahl an Publikationen weiter an. Im Jahr 2015 hatte sich die Anzahl der veröffentlichten Publikationen im Vergleich zu 2008 fast verdoppelt. Erst im Jahr 2016 lässt sich ein leichter Rückgang erkennen.

Wie lässt sich erklären, dass die Artikelzahl im Deutschen Ärzteblatt auf null bis ein Artikel pro Jahr sinkt, während die Anzahl an Publikationen international jährlich um mindestens 20% steigt?

In den Jahren vor 2008 scheint sich in der Diskussion und in der redaktionellen Auswahl der Artikel eine Veränderung vorbereitet zu haben. Als Zeichen dieser Veränderung zeigen sich zwei Wendepunkte in der Argumentationslinie.

Einer der Wendepunkte betrifft die Darstellung von Prävention und Therapie. Vor dem Jahr 2008 wurde die Indikation zur Behandlung in den Artikeln im Deutschen Ärzteblatt nie infrage gestellt. Nachdem in den Jahren 2003-2006 der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) durchgeführt wurde, lagen

erstmalig verlässliche und repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. In einer Auswertung des KiGGS mit besonderem Augenmerk auf die Lebensqualität und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zeigten Kurth und Ellert, dass die Lebensqualität adipöser Jugendlicher kaum beeinträchtigt ist, solange diese sich nicht als adipös wahrnehmen. Dagegen sei der Anteil normalgewichtiger Jugendlicher gestiegen, die sich als „zu dick“ wahrnehmen und dadurch erhebliche Einbußen der Lebensqualität erleiden (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008). Wenn sich die bisher empfohlenen Maßnahmen zur Adipositasprävention negativ auf die Lebensqualität auswirken können und ein gestörtes Essverhalten zur Folge haben können, sollten „Maßnahmen gegen das Übergewicht und die Prävention von Essstörungen nicht unabhängig voneinander stattfinden dürfen, sondern Hand in Hand gehen“ (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S. 411), so Kurth und Ellert. Als Alternative zu einer Gewichtsreduktionsintervention wird das Erlernen von Coping-Strategien zur Akzeptanz der Adipositas diskutiert. Dieser Argumentation liegt neben den potentiell schädigenden Wirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen die geringe Effektivität der verfügbaren Therapieprogramme zugrunde.

Zusätzlich zu den im KIGGS neu gewonnenen Daten zur psychischen Gesundheit trug auch die Durchführung und Veröffentlichung von Metaanalysen zur Wende in der Argumentationslinie bei. Unter den eingeschlossenen Artikeln wurde der erste Bericht über eine Metaanalyse im Jahr 2004 veröffentlicht („Was adipösen Kindern hilft. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet Gewichtsreduktionsprogramme.“ (Hutzler, 2004)). Es folgen darauf drei weitere Artikel zu Metaanalysen: „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“ (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006), „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“ (Korsten-Reck, 2007) und „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen“(Mühlig u. a., 2014). In dieser letztgenannten Metaanalyse konnte belegt werden, was 2006 bereits anhand der wenigen verfügbaren Daten von Müller et al. vermutet wurde: „Insgesamt erscheint eine Gewichtsnormalisierung für die meisten Kinder und Jugendlichen mit Adipositas im Rahmen einer konservativen Gewichtsreduktionsbehandlung mittelfristig nicht realistisch“ (Mühlig u. a., 2014). Anhand zweier Beispiele zeigten Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand in konkreten Zahlen, was ein Gewichtsverlust von 0,3 BMI-SDS bedeuten kann (Mühlig u. a., 2014). Laut der S3-Leitlinie aus dem Jahr 2019 sei „eine Reduktion des BMI-SDS um 0,2 in einem Jahr ein guter Erfolg“ (DAG und DG-

KJ, 2019:S.12). Berechnet für einen 8-jährigen Jungen bedeute eine BMI-SDS-Reduktion um 0,3 in 12 Monaten eine Gewichtszunahme (!) um 3,5 kg und eine BMI-Verminderung von 0,29 (Mühlig u. a., 2014:S. 822).

Diese Daten und die dargestellten Aussagen aus den Artikeln sind ernüchternd. Neben der Tatsache, dass selbst die effektivsten Programme nur eine geringe BMI-Veränderung bewirken, führt die Feststellung von negativen Auswirkungen auf die Psyche zu einer regelrechten Desillusionierung.

Der zweite Wendepunkt, welcher sich in der qualitativen Auswertung im Jahr 2008 ereignete, betrifft die Ursachen der Entstehung von Übergewicht und Adipositas. Seit 2008 wurde neben dem Fehlverhalten von Kind und Eltern auch deren Umgebungssituation häufiger diskutiert. Ebenso wurde das *Gesellschaftliche Umfeld* in den Jahren 2006, 2007 und 2008 stärker berücksichtigt (s. Abb. 3.3). Häufiger waren nun Argumente zu lesen, welche die Ursachen der Adipositas als ein Geflecht aus Faktoren darstellten, von denen die meisten vom Individuum nicht verändert werden konnten. Stellt man sich einen Leser des Deutschen Ärzteblatts vor, der selbst adipöse Patienten behandelt und sich eine Lösung des Problems wünscht, kann man nachempfinden, dass diese Erkenntnisse unangenehm waren. Unbehagen dürfte die Erkenntnis bereiten, weil multifaktorielle Probleme sich sehr viel schwieriger lösen lassen als monofaktorielle und weil nun neben dem persönlichen Versagen von Kindern und Eltern auch strukturelle Versäumnisse in den Vordergrund rücken. In manchen der publizierten Artikeln wurde die Verantwortung der Gesellschaft, der Ärzteschaft und damit auch der Leser betont. Gleichzeitig geht aus Berichten des BVKJ hervor, wie schwierig sich gesellschaftliche Präventionsmaßnahmen gegen die Lobby der Lebensmittelindustrie durchsetzen lassen (DÄ, 2002a; DÄ, 2002b). Die Entwicklung der *Plattform für Ernährung und Bewegung* stellt für diese Beobachtung ein gutes Beispiel dar. Die 2004 ins Leben gerufene Initiative, welche Politik, Verbände und Industrie vernetzen sollte, sei unter anderem mangels Kooperation der Wirtschaftspartner erfolglos geblieben (Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2018). Im Jahr 2018 beendeten BVKJ, DGKJ und DAG gemeinsam ihre Mitgliedschaft. Alle diese Veränderungen können Einfluss auf die Anzahl der im Deutschen Ärzteblatt zum Thema erschienenen Artikel gehabt haben.

Die Redaktion des Deutschen Ärzteblatts war derartigen Veränderungen nicht ausgeliefert, sondern hat den Rückgang der Artikelanzahl initiiert oder zumindest akzeptiert. Die Entscheidung, die Themen kindliches Übergewicht und Adipositas auf der Prioritätenliste nach unten zu verschieben, ist vor dem dis-

kutierten Hintergrund nachvollziehbar. Ein komplexes Problem, welches nur einen kleinen Teil der Ärzteschaft direkt betrifft und dessen Lösung nach Auffassung vieler keine ärztliche Aufgabe darstellt, muss im Deutschen Ärzteblatt nicht stark repräsentiert sein. Andererseits kann eben diese Haltung auch als unverantwortlich bewertet werden. Durch die verminderte Präsenz des Themas in der berufspolitischen Zeitschrift wird der Einfluss und das Engagement der Ärzteschaft weiter zurückgehen und das Feld anderen überlassen. Das metabolische Syndrom, welches eng mit dem Vorliegen einer Adipositas verbunden ist, gilt als einer der wichtigsten Faktoren in der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen. Diese sind in den westlichen Industrienationen für einen wesentlichen Teil der Todesfälle ursächlich. Vor diesem Hintergrund sollte die Gesamtzahl der Artikel zum Thema Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter im Deutschen Ärzteblatt höher sein. Da kardiovaskuläre Erkrankungen tendenziell zunehmen, sollte die Artikelzahl entsprechend weiter zunehmen, anstatt zu versiegen.

4.2.2 Ein individuelles Problem?

Die Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas auf die *körperliche* Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen steht in den Artikeln im Deutschen Ärzteblatt mit 90 Aussagen eindeutig im Vordergrund (s. Tab. 3.3). Das ist bei einer medizinischen Zeitschrift zu erwarten und angesichts der tatsächlich bedeutsamen körperlichen Folgen auch sinnvoll. Allerdings unterstützt die Fokussierung auf die somatischen Folgen die Betrachtungsweise, Adipositas sei ein Problem des Einzelnen.

Dabei stellt Adipositas allein aufgrund der hohen Gesundheitskosten ein gesellschaftlich relevantes Problem dar. Anhand spezieller Berechnungsmodelle wurden für Kinder mit Adipositas im Vergleich zu normalgewichtigen zusätzliche Gesundheitskosten von 2489 Euro für das Jahr 2003 errechnet (Wolfensetter, 2006). Trotzdem wurden im Untersuchungszeitraum nur zehn Aussagen zu den ökonomischen Folgen kindlicher Adipositas gemacht. Eine mögliche Ursache ist, dass die Redaktion des Deutschen Ärzteblatts und einige der Autoren sich nicht von diesem Problem betroffen fühlen.

Die Fokussierung auf Individuen zieht sich wie ein roter Faden durch die Diskussion im Deutschen Ärzteblatt. Mit Abstand am häufigsten wurde als Ursache für Übergewicht oder Adipositas das individuelle Verhalten von Kindern, Jugendlichen oder deren Eltern genannt. Hier zeigt sich eine vereinfachte Dar-

stellung der Problematik: Einzelne hätten aufgrund von Fehlverhalten Gesundheitsprobleme. Als logische Schlussfolgerung kann vor diesem Hintergrund nur die individuelle Verhaltensänderung vorgeschlagen werden. Tatsächlich nehmen im Deutschen Ärzteblatt Aussagen zu Verhaltensinterventionen mehr Raum ein als solche zum gesellschaftlich orientierten Ansatz.

Dies ist durchaus kritisch zu betrachten. Durch eine Fokussierung auf die individuelle Verantwortung werden notwendige Forderungen nach gesellschaftlichen Lösungen nicht gestellt (Ralston u. a., 2018). Die bisher verfügbaren Therapieansätze seien zudem laut Experten des unabhängigen Forschungs- und Beratungsinstituts IGES nicht effektiv, solange die „adipogene[n] Verhältnisse“ (Klein, 2016:S. 200) nicht berücksichtigt würden.

Dieses Phänomen wird in einem 2018 in *The Lancet* publizierten Artikel für politische Inaktivität verantwortlich gemacht (Ralston u. a., 2018). Das fehlende Handeln im Gesundheitssystem und in der Lebensmittelindustrie führe dazu, dass Menschen weiterhin der Gefahr der Adipositas ausgeliefert seien (Ralston u. a., 2018).

Auch die Analyse der Kategorie *Berichte von Verbänden, Kongressen und aus der Politik* zeigte, dass die Redaktion des Deutschen Ärzteblatts den Schwerpunkt der Diskussion nicht auf politische und gesellschaftliche Aspekte legte. Wichtige internationale Ereignisse blieben unkommentiert, so die Gründung der EASO 1986, die WHO-Konferenz 1997 in Genf und die Konferenz der Gesundheitsminister der Region Europa 2006 in Istanbul. Dabei begrenzten sich die Artikel im Deutschen Ärzteblatt zu kindlicher Adipositas ansonsten keineswegs auf Deutschland, sondern berichteten auch von internationalen Kongressen, über die Situation übergewichtiger Kinder in den USA und in China.

Gegen die politische Inaktivität und damit verbundene Delegation der Verantwortung an Einzelne, setzten sich die Autoren Müller, Reinehr und Hebebrand im 2006 im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Artikel „Prävention der Adipositas“ bewusst ein. Sie riefen die Ärzteschaft auf, sich „mehr (auch politisch) zu engagieren“ (Müller, 2006:S. 338).

Sich zu engagieren setzt allerdings eine Problemwahrnehmung voraus. Ein Problem wird nur wahrgenommen, wenn zwischen dem Status quo und einem gewählten Ziel ein Hindernis liegt. Daraus folgt, dass Ärzte sich wohl nur engagieren werden, wenn zu ihren Zielen die Verringerung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter gehört. Dieses Thema hat aber für viele Ärztinnen und Ärzte laut Studien eine negative Konnotation (Puhl und Heuer, 2009). Dabei spiele Stigmatisierung, persönliche Überfor-

derung und auch das Gefühl, nicht zuständig zu sein, eine Rolle (Puhl und Heuer, 2009).

In der Auswertung der einzelnen Kategorien wurden zwei Extrempositionen deutlich, von denen die folgende im Deutschen Ärzteblatt überwiegt.

Einzelne verhalten sich nicht optimal, werden übergewichtig oder adipös, haben dann körperliche und seelische Probleme und sollten diese am besten durch Änderung des eigenen Verhaltens lösen.

Die gegensätzliche Betrachtungsweise wird von der WHO und der AGA vertreten und weist die Verantwortung der Gesellschaft, der Politik und der Industrie zu:

Das *obesiogene* Umfeld, in dem Menschen heute aufwachsen, fördert die Entstehung von Adipositas in großem Ausmaß. Es leiden vor allem die Individuen, jedoch ist Adipositas durch die hohen Gesundheitskosten und die steigende Prävalenz auch ein Problem, das die gesamte Gesellschaft betrifft. Daher sollten auch Verhältnisinterventionen etabliert werden: mehr Grünflächen in Wohngebieten, bessere Infrastruktur, mehr Bewegung in der Schule, Ernährungsbildung, Besteuerung von Zucker und/oder Fett und die politische Förderung eines gesunden Lebensstils.

Die im Deutschen Ärzteblatt hauptsächlich vertretene Darstellung ist die einfachere. Sie entlastet Ärzte, Gesellschaft und Politik von Verantwortung. Die andere Sichtweise ist dagegen ungemütlich und erfordert Handlungen und eine Änderung der persönlichen Einstellungen. Genau genommen widerspricht die Redaktion des Deutschen Ärzteblatts mit der Akzeptanz dieser Darstellung der im Jahr 2006 von Deutschland unterzeichneten *Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas* (Regional Office for Europe, 2006). Dort findet sich folgende Aussage: „Es muss ein Gleichgewicht zwischen der individuellen und der staatlich-gesellschaftlichen Verantwortung hergestellt werden. Die alleinige Schuldzuweisung an den Einzelnen für seine Adipositaserkrankung darf nicht akzeptiert werden“ (Regional Office for Europe, 2006:S. 3).

4.2.3 Veröffentlichung kritischer Leserbriefe

Wie steht die Leserschaft zu diesen Betrachtungsweisen? Was lässt sich aus den Leserbriefen ableiten?

13 Meinungsartikel zum Thema wurden im gesamten Untersuchungszeitraum veröffentlicht. Damit machen die Meinungsartikel zwar die zweitgrößte Gruppe unter den Artikelformaten aus (s. Tabelle 3.1), allerdings könnten zu einem so

kontrovers diskutierten Thema mehr Leserbriefe erwartet werden. Insgesamt erschien nie mehr als ein Leserbrief zu einem Artikel, höchstens noch die Antwort des Autors oder der Autorin wurde veröffentlicht. Dies spricht sehr dafür, dass die Redaktion je einen Leserbrief aus mehreren Zusendungen ausgewählt hat.

Zum Artikel des MDK zur restriktiven Finanzierung von Gewichtsreduktionsprogrammen (Hutzler, 2004) wurde ausgerechnet ein Leserbrief veröffentlicht, welcher nach der „Eigenverantwortung“ (Bethke, 2004:S. 2174) der betroffenen Kinder und Jugendlichen fragt. Die Mitarbeiterin des MDK, Dagmar Hutzler, war bereits selbst sehr klar in ihren Aussagen, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Adipositasbehandlung nur in bestimmten Fällen übernehmen könnten (Hutzler, 2004). Allerdings schien dies Bethke nicht weit genug zu gehen. Der Artikel von Dagmar Hutzler musste einige Leser befremdet haben, die sich großzügigere und vor allem früher beginnende Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten für adipöse Kinder und Jugendliche vorstellten. Trotzdem wurden keine weiteren Leserbriefe veröffentlicht. In dieser Auswahl zeigt sich mit großer Wahrscheinlichkeit eine bewusste Entscheidung der Redaktion des Deutschen Ärzteblatts. Die Verantwortung der Betroffenen soll betont werden, während Ärzteschaft und Politik unbehelligt bleiben sollen.

Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand empfahlen aufgrund der geringen Effektivität verfügbarer Therapieangebote und des Risikos für negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit eine strenge Indikationsstellung zur Therapie und das Erlernen von Coping-Strategien, um die Akzeptanz der Adipositas zu fördern. Eine Aussage, die vieles in Frage stellt, woran in den letzten Jahren gearbeitet und geforscht wurde. Zudem sind unter den Autoren mit Wabitsch und Hebebrand zwei Professoren vertreten, die seit vielen Jahren auf dem Gebiet forschen und internationales Ansehen genießen. Als Reaktion auf diese provokante Forderung erschien im Deutschen Ärzteblatt nur ein Leserbrief. Hofmeister berichtet, dass das Selbstwertgefühl durch die Maßnahmen nicht zwingend negativ beeinflusst werde, sofern es „volitionale“ Angebote gebe (Hofmeister, 2015).

Die Arbeit von Mühlig et al. muss jeden Leser zum Nachdenken gebracht haben. Leider hat das Deutsche Ärzteblatt nicht mehr als diesen einen Leserbrief veröffentlicht. An dieser Stelle ist das ein besonderes Versäumnis, denn die vorgestellten Argumente sind tatsächlich therapierelevant.

4.2.4 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit übergewichtiger Kinder und Jugendlicher war in der Diskussion im Deutschen Ärzteblatt vor allem in den Jahren ab 2007 ein zunehmend berücksichtigtes Thema. Kurth und Ellert untersuchten die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, unabhängig davon ob sie eine konkrete Intervention in Anspruch nahmen. Es ist dabei davon auszugehen, dass alle Kinder und Jugendlichen von den „derzeit allgegenwärtigen Kampagnen gegen das Übergewicht“ (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S. 411) geprägt werden. Die Autoren stellten die Frage, ob derartige präventive Maßnahmen sorgsamer umgesetzt werden sollten. Auch Wabitsch warnt vor einer möglichen Verschlechterung psychosozialen Wohlbefindens bei offensiver Aufklärungsarbeit: „Bei einem ständigen Überangebot preiswerter dickmachender Lebensmittel befördern verstärkte Verbraucherbildungsmaßnahmen die Diskriminierung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, die dann als willensschwach oder als Versager dastehen“ (Wabitsch, 2013:S. 3).

Etwa 10-20% der adipösen Menschen haben kein erhöhtes Risiko für Adipositas-assoziierte Erkrankungen (Blüher, 2014) und können daher durch eine gewichtsreduzierende Therapie ihr Risiko für somatische Folgeerkrankungen nicht senken. Im Gegenteil - unter Therapie wurden unerwünschte Wirkungen und eine verkürzte Lebenszeit gefunden (Blüher, 2014; Mühlig u. a., 2014). Prof. Matthias Blüher an der Universität Leipzig fordert in diesem Zusammenhang eine bessere Differenzierung vor einer Therapie-Indikation, um Patienten zu identifizieren, die auch tatsächlich von der Behandlung profitierten (Blüher, 2014). In der konsensbasierten S2-Leitlinie von 2015 sind diese Überlegungen in die Empfehlungen zur primären Diagnostik aufgenommen. Bevor die Indikation zu einer Adipositas-Therapie gestellt wird, sollen „schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen und Essstörungen“ (Wabitsch, Kunze und Moss, 2015) ausgeschlossen werden. Gerade mit Blick auf die hohen Abbruchraten und die mangelnden Langzeiterfolge sollte der Umgang mit Adipositas, das Akzeptieren der Erkrankung und das Erlernen von Coping-Strategien ein fester Bestandteil einer Adipositas-Therapie sein.

Prof. Johannes Hebebrand, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen, betont die „Assoziationen von Adipositas mit Angst- und Essstörungen [sowie der] der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ (Hebebrand, 2014:S. 16). Eine alleinige psychotherapeutische Behandlung der Adipositas sei nicht angezeigt, könne aber „sehr wohl [...] in Kombination mit den anderen Ansätzen wirksam sein“ (Hebebrand, 2014:S. 16). Hebebrand emp-

fiehlt eine psychotherapeutische Mitbehandlung zum Erlernen von Coping-Strategien (Hebebrand, 2014). Thiel rät, neben der Aufklärung von Betroffenen vor allem „die Bezugsgruppen adipöser Kinder und Jugendlicher für potenzielle Folgen einer Stereotypisierung von stark Übergewichtigen zu sensibilisieren“ (Thiel u. a., 2008:S. e23). Die Autoren beschrieben darüber hinaus „negativ getönte Stereotypisierungen“ (Thiel u. a., 2008:S. e23) als einen über Gelingen oder Misslingen einer Lebensstilintervention entscheidenden Faktoren.

4.2.5 Praktische Situation in Deutschland

Unter den Originalarbeiten zum Thema *kindliches Übergewicht und Adipositas* erwartet man auch Ergebnisse zur Ursachenforschung, Erklärungsmodelle, Studien, welche einzelne Faktoren identifizieren und deren Bedeutung analysieren. Diese Arbeiten finden sich im Deutschen Ärzteblatt allerdings kaum. Auch überrascht, dass die Entwicklungen in der Genforschung kaum Einzug in die Artikel im Deutschen Ärzteblatt fanden. Weder die Entdeckung des Leptingens im Jahr 1994 noch die Entschlüsselung des menschlichen Genoms 2003 oder die Zunahme der Forschung zu genetischen Ursachen von Adipositas wurden in den identifizierten Artikeln aufgeführt. Die große genetische Studie GIANT (genetic investigation of anthropomorphic traits) wurde 2010 durchgeführt und konnte weitere Genregionen identifizieren. Veränderungen in diesen Regionen zeigten sich jeweils in einem etwa 200g bis 1,5kg erhöhten Körpergewicht (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Über die GIANT-Studie wurde im Deutschen Ärzteblatt in einem Artikel aus dem Jahr 2016 berichtet (Gießelmann, 2016). Aussagen zu genetischen Faktoren in der Entstehung von kindlichem Übergewicht und Adipositas blieben bis auf eine Ausnahme sehr unspezifisch, das heißt die Autoren benannten beispielsweise eine „genetisch[e] Disposition“ (Graf und Predel, 2003), tiefergehende Auseinandersetzungen blieben aber aus.

Im Jahr 2005 waren elf monogene Mutationen bekannt, welche meist zu einer schweren Adipositas führten (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Diese Mutationen seien allerdings extrem selten und bis 2015 nur bei 20 Personen weltweit beobachtet worden (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015). Auch polygene Mutationen stellten nur in etwa 5% der Fälle eine Erklärung dar (Herpertz, Zwaan und Zipfel, 2015:S.393).

Eine mögliche Erklärung dafür, dass im Deutschen Ärzteblatt genetische Ursachen für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter kaum disku-

tiert wurden, könnte daher die unklare Signifikanz der bisherigen Ergebnisse sein.

Eine genaue Kenntnis der verursachenden Faktoren könnte helfen, spezifischere und effektivere Interventionsmaßnahmen zu entwickeln. Die verfügbaren Interventionen zielen hauptsächlich auf eine bewusste Verhaltensänderung der Betroffenen ab. Maßnahmen der Verhältnisprävention wurden bis 2006 laut Müller in Deutschland nicht zur Vermeidung von Übergewicht eingesetzt (Müller, 2006). Seitdem wurden einige Initiativen gestartet. Im Jahr 2008 wurde vom BMEL gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit der „Nationale Aktionsplan IN FORM“ ins Leben gerufen.

Außerdem wurde das Kompetenznetz Adipositas (www.kn-adipositas.de) 2008 gegründet, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird (DAG Deutsche Adipositas Gesellschaft, 2020).

Die meisten Pädiater haben während ihrer Ausbildung in Studium und Facharztausbildung nur unzureichende Informationen zur Entstehung, Bedeutung, Folgen und vor allem zur adäquaten Behandlung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter erhalten. Eine 2003 durchgeführte Studie wertete Fragebögen von 620 Hausärzten aus und zeigte eine weit verbreitete Stigmatisierung von adipösen Personen (Foster u. a., 2003). Adipöse Kinder und Jugendliche brauchen eine wertschätzende Rückmeldung zu ihrem Körpergewicht. Pädiater sollten Übergewicht und Adipositas mit einer positiven Grundhaltung dem Patienten gegenüber ansprechen und Lösungen anbieten. Beides ist schwierig, wenn die Ausbildung diesbezüglich meist fehlt und vorhandene Behandlungsangebote in Deutschland qualitativ und quantitativ unzureichend sind (Kliche und Mann, 2008).

4.3 Ausblick

Die Diskussion im Deutschen Ärzteblatt zu kindlichem Übergewicht und Adipositas scheint seit 2008 langsam zu versiegen. Entgegen der weiter steigenden Anzahl an Publikationen bei PubMed gab es bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter keine weitere Zunahme (Robert Koch-Institut, 2018). In der *Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas* (Regional Office for Europe, 2006) wird die Bedeutung der Problematik und, daraus resultierend, „Entschlossenheit und Führungswille auf höchster politischer Ebene“ (Regional Office for Europe, 2006:S. 2) betont. Der Rückzug des Deutschen Ärzteblatts aus der Diskussion zu kindlichem Übergewicht und Adipositas ist nicht als Signal der Unterstützung auf diesem Weg zu werten.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Darstellung kindlichen Übergewichts und Adipositas im Deutschen Ärzteblatt. Zu diesem Zweck wurde im Untersuchungszeitraum von 1949 bis 2017 die Anzahl von 59 Artikeln zum Thema identifiziert und nach der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht. Sämtliche Aussagen zu den Kategorien *Artikelformat*, *Ursachen*, *Bedeutung und Folgen*, *Interventionsziele* und *Interventionsansätze* wurden quantitativ und qualitativ erfasst und analysiert.

Die Darstellung kindlichen Übergewichts und Adipositas im Deutschen Ärzteblatt ändert sich im Verlauf der Zeit. Die 59 Artikel zum Thema verteilen sich ganz überwiegend auf die Jahre 1994-2008, während die Artikelzahlen ab 2009 zurückgingen. Dieser steht im Gegensatz zum Verlauf der Artikelzahlen bei PubMed. Es wurden verschiedene Gründe für diese Diskrepanz diskutiert: Ein schwindender Optimismus bezüglich der Prävention und Therapie aufgrund ernüchternder Studienergebnisse stellt eine Erklärung dar. Unterstützt wird diese Ernüchterung durch die zunehmende Erkenntnis, dass es sich bei Adipositas um ein komplexes Problem handelt, dessen Entstehung sich nicht nur durch individuelle, sondern vor allem durch strukturelle und gesellschaftliche Faktoren erklären lässt.

Die Betrachtung von Adipositas und Übergewicht als ein individuelles Problem ist im Deutschen Ärzteblatt stark repräsentiert. Dies zeigt sich an Aussagen, die individuelles Verhalten als ursächlich benennen, an der Fokussierung persönlicher Folgen für Betroffene und an der Forderung und Empfehlung von Verhaltensänderung als Gegenmaßnahme.

Das Deutsche Ärzteblatt trägt durch diese Darstellung nicht dazu bei, dem Thema auf der politischen Agenda mehr Priorität zukommen zu lassen.

6 Literaturverzeichnis

- AGA (2011). *Definition der Adipositas*. URL: <https://aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8> (besucht am 17.06.2020).
- Anheier, Tanja (2007). „Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(34-35), S. 2340.
- Arnold, Ulrike u. a. (2013). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*. 264. Aufl. Walter de Gruyter GmbH: Berlin/Boston. ISBN: 978-3-11-027788-3.
- Bellach, B.-M. (1999). „Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998“. In: *Das Gesundheitswesen* 61(Sonderheft 2), S55–S222.
- Bethke, Peter (2004). „Was adipösen Kindern hilft. Diskussion: Wo bleibt die Eigenverantwortung?“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 101(31-32), S. 2174.
- Blüher, Matthias (2014). *Der gesunde Dicke - Für wen kommt eine Therapie in Frage?*
- Böhler, Thomas, Martin Wabitsch und Ute Winkler (2004). *Konsensuspapier: Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas*.
- Böttcher, Claudia (2010). „Pädiatrie: Mit Weitblick“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107(7), S. 284.
- Branca, Francesco, Haik Nikogosian und Tim Lobstein (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO: Zusammenfassung*. Hrsg. von WHO.
- brm (2001). „Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98(15), S. 985.
- bt (1971). „Wettbewerb zum Dünnerwerden“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 68(48), S. 3188.
- Bühning, Petra (2001). „Ernährung im Kindes- und Jugendalter - Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98(45), S. 2942–2944.
- BVKJ, DGKJ und DAG (19. Aug. 2018). *Wir können es uns nicht leisten, nichts zu tun! Presseinformation*. Berlin. URL: <https://www.bvkj.de/presse/pressemitteilungen/browse/2/> (besucht am 08.11.2020).

- DÄ (1976). „Wachstum und Adipositas“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73(48), S. 3098.
- DÄ (2002a). „Bewegungsarmut: Ärzte warnen vor den Folgen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 99(46), S. 3058.
- DÄ (2002b). „Kinderärzte: Jugendliche sind zu dick“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 99(14), S. 896.
- DAG und DGKJ (31. Aug. 2019). *S3-Leitlinie: Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. URL: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/050-002.html> (besucht am 08. 11. 2020).
- DAG Deutsche Adipositas Gesellschaft (2017). *Unser Leitbild*. URL: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=6>.
- DAG Deutsche Adipositas Gesellschaft (2020). *Definition von Übergewicht und Adipositas*. URL: <https://adipositas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/> (besucht am 08. 11. 2020).
- Deutscher Ärzteverlag (2018). *Mediadaten 2018: Deutsches Ärzteblatt*. URL: <https://www.aerzteverlag-media.de/de/mediadaten-medizin/deutsches-aerzteblatt/profil.html> (besucht am 06. 12. 2020).
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2018). *Mehrere Verbände beenden Mitgliedschaft in der Plattform Ernährung und Bewegung*. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97967/Mehrere-Verbaende-beenden-Mitgliedschaft-in-der-Plattform-Ernaehrung-und-Bewegung#comments> (besucht am 08. 11. 2020).
- Disse, Sigrid und Klaus-Peter Zimmer (2014). „Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 111(48), S. 816–817.
- EB (1999). „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 96(39), S. 2410.
- EB (2004). „Gesunde Ernährung. Initiative gestartet“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101(26), S. 1853.
- EB (2005). „Verleihungen: Hypertonie-Forschungsstipendium“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102(43), S. 2967.
- EB (2008). „Verleihungen: Adalbert-Czerny-Preis“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(42), S. 2230.
- EB (2009a). „Adipositas: Zertifizierung für die Therapie von Kindern“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106(36), S. 1696.
- EB (2009b). „Gesundheitsberatung für Jugendliche“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106(18), S. 891.

- EJCN (2012). „Getting to know Manfred James Müller; Editor-in-Chief, EJCN“. In: *Eur J Clin Nutr* 66(4), S. 540. DOI: 10.1038/ejcn.2011.226.
- Erbs, Sandra (2015). „Arteriosklerose. Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(12), S. 25–27.
- Fath, Roland (2008). „Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(49), S. 2637–2640.
- Flegal, Katherine M. u. a. (2013). „Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis“. In: *JAMA* 309(1), S. 71–82. DOI: 10.1001/jama.2012.113905.
- Foster, Gary D. u. a. (2003). „Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment“. In: *Obesity research* 11(10), S. 1168–1177. ISSN: 1071-7323. DOI: 10.1038/oby.2003.161..
- Gerste, Ronald D. (2008). „Adipositas in den USA. Kampf gegen eine Epidemie“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(49), S. 3389.
- Gerste, Ronald D. (2015). „Adipositas in den USA: Interventionen mit geringer Wirkung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(45), S. 1880–1881.
- Gießelmann, Kathrin (2016). „Frühkindliche Ernährung: Die ersten 1000 Tage entscheiden“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113(43), S. 1920.
- goa (2001). „Übergewicht bei Kleinkindern“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98(25), S. 1696.
- Graf, Christine (2004). „Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe: Schlusswort“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101(28-29), S. 2059.
- Graf, Christine und Hans-Georg Predel (2003). „Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100(47), S. 3110–3114.
- Hartenstein, Hans-Joachim (1965). „Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 62(40), S. 2123–2124.
- Hartenstein, Hans-Joachim (1966). „Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung. Schlußwort“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 63(5), S. 298.
- Hauner, Hans (2016). „S3-Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas“. In: *Bayerisches Ärzteblatt*, S. 344–350.
- Hebebrand, Johannes (2008). „Paradoxien des Gewichts: Editorial“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(23), S. 404–405. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0404.
- Hebebrand, Johannes (2014). *Was bringt die Psychotherapie bei Adipositas?* Berlin.

- Herpertz, Stephan, Martina Zwaan und Stephan Zipfel (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer Berlin Heidelberg: Berlin/Heidelberg. ISBN: 978-3-642-54572-6.
- Hibbeler, Birgit (2006). „Berthold Koletzko: Eine neue Dimension der Prävention“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103(27), S. 1920.
- hil (2017). „Prävention: Kindermarketingverbot“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 114(19), S. 920.
- Hofmeister, Martin (2015). „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen. Diskussionsbeitrag: Zugewinn an Lebensqualität“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(17), S. 297.
- Holzapfel, C. u. a. (2014). „Therapie der Adipositas in Deutschland“. In: *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 14(02). ISSN: 1865-1739.
- Hutzler, Dagmar (2004). „Was adipösen Kindern hilft: Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet Gewichtsreduktionsprogramme.“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 101(23), S. 1657.
- KBV (2018). *Homepage Kassenärztliche Bundesvereinigung*. URL: <https://www.kbv.de/html/426.php> (besucht am 08. 11. 2020).
- Klein, Silvia (2016). *Weißbuch Adipositas: Versorgungssituation in Deutschland : Gutachten für Johnson & Johnson Medical GmbH*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin. ISBN: 3954662744.
- Kliche, Thomas und R. Mann (2008). „Die Qualität der Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche“. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(6), S. 646–656. ISSN: 1436-9990. DOI: 10.1007/s00103-008-0541-6.
- Korsten-Reck, Ulrike (2007). „Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(1-2), S. 35–39.
- Krause, Ulrich (1998). „Prävention oberste Priorität“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95(51-52), S. 3299.
- Kromeyer-Hauschild, K. u. a. (2001). „Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben“. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149(8), S. 807–818. ISSN: 0026-9298. DOI: 10.1007/s001120170107.
- Kurth, B-M und A. Schaffrath Rosario (2007). „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesund-*

- heitsschutz 50(5-6), S. 736–743. ISSN: 1436-9990. DOI: 10.1007/s00103-007-0235-5.
- Kurth, Bärbel-Maria und Ute Ellert (2008). „Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?“ In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(23), S. 406–412.
- Lissau, I. und T.I.A. Sørensen (1994). „Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood“. In: *The Lancet* 343(8893), S. 324–327. ISSN: 01406736. DOI: 10.1016/s0140-6736(94)91163-0.
- Maaser, Reinhard (1976a). „Adipositas bei Kindern: 1. Mitteilung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73(41), S. 2565–2570.
- Maaser, Reinhard (1976b). „Adipositas bei Kindern. 2. Mitteilung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 73(42), S. 2651–2655.
- Mast, Mareike u. a. (2000). „Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) - Ein Erfahrungsbericht“. In: *Kindheit und Entwicklung* 9(2), S. 108–115. ISSN: 0942-5403. DOI: 10.1026//0942-5403.9.2.108.
- Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Beltz Pädagogik. Beltz: Weinheim. ISBN: 9783407293930.
- MDK (2020). *Die MDK-Gemeinschaft im Gesundheitssystem*. URL: <https://www.mdk.de/mdk/mdk-gemeinschaft-gesundheitssystem/> (besucht am 08.11.2020).
- me (1966). „Fettsuchtbehandlung schon im Kindesalter“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 63(44), S. 2545.
- Merten, Martina (2007). „Kindergesundheit: Wenn Wasser wieder zum Getränk wird“. In: 104(42), S. 2849.
- Moher, David u. a. (2009). „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement“. In: *PLOS Medicine* 6(7), e1000097. ISSN: 1549-1676. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097. URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1000097&type=printable> (besucht am 08.11.2020).
- Mühlig, Yvonne u. a. (2014). „Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen: Systematische Übersicht und Auswertung von konservativen nicht-pharmakologischen Adipositas-Behandlungsprogrammen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111(48), S. 818–824.
- Müller, Manfred J. (2006). „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103(19), S. 1309.

- Müller, Manfred J., Inga Körtzinger u. a. (1998). „Prävention der Adipositas“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95(34-35), S. 2027.
- Müller, Manfred J., Thomas Reinehr und Johannes Hebebrand (2006). „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103(6), S. 334–340.
- NCBI (2020). *((Obesity) AND (child)) OR ((overweight) AND (child)) - Search Results - PubMed*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28%28obesity%29+AND+%28child%29%29+OR+%28%28overweight%29+AND+%28child%29%29&timeline=expanded> (besucht am 08. 11. 2020).
- Ohe, Gudrun von der (2006). „Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter: Diskussionsbeitrag: Prävention noch früher beginnen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103(19), S. 1308.
- Petersen, Antje, Carola Bindt und Christiane Petersen (2007). „Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(31-32), S. 2184–2186.
- Plagemann, Andreas (2007). „Fetalzeit und spätere Gesundheit: Diskussionsbeitrag“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(23), S. 1672.
- Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (2020). *Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)*. URL: <https://www.pebonline.de> (besucht am 15. 11. 2020).
- Poskitt, E. M. (1995). „Defining childhood obesity: the relative body mass index (BMI). European Childhood Obesity group“. In: *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 84(8), S. 961–963. ISSN: 0803-5253. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1995.tb13806.x.
- Puhl, Rebecca M. und Chelsea A. Heuer (2009). „The stigma of obesity: a review and update“. In: *Obesity (Silver Spring, Md.)* 17(5), S. 941–964. ISSN: 1930-7381. DOI: 10.1038/oby.2008.636.
- Ralston, Johanna u. a. (2018). „Time for a new obesity narrative“. In: *The Lancet* 392(10156), S. 1384–1386. ISSN: 01406736. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32537-6.
- Razum, Oliver und Jürgen Breckenkamp (2007). „Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(43), S. 2950–2956.
- Regional Office for Europe (2006). *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Hrsg. von WHO und Regional Office for Europe. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/87466/E89567G.pdf (besucht am 08. 11. 2020).

- Reinehr, Thomas (2010). „Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen: Eine therapeutisch vergessene Patientengruppe“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107(15), S. 268–275.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2007). „Randnotiz: Schokolade, Kuchlein & Co.“ In: *Deutsches Ärzteblatt*, S. 3509.
- Rie (2007). „Lebensmittelkennzeichnung: Kinderärzte für Ampel“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(23), S. 1622.
- Robert Koch-Institut (2018). *Overweight and obesity among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends*. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-022.2.
- Schneider, Andrea (2002). „Ernährungsmedizin: Alarmierende Zahlen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 99(9), S. 540.
- Scholz, Dieter (1966). „Rachitis durch Überernährung. Diskussion“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 63(5), S. 298.
- Siegmund-Schultze, Nicola (2008). „Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Frühe Therapie sinnvoll“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(45), S. 2376.
- silk (1994). „Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 91(27), S. 1898.
- Sonntag, D., S. Ali und F. de Bock (2016). „Langfristige gesellschaftliche Kosten von heutigem Übergewicht und Adipositas im Jugendalter und Präventionspotenziale in Deutschland“. In: *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 10(01), S. 12–18. ISSN: 1865-1739. DOI: 10.1055/s-0037-1617689.
- Stüwe, Heinz (2008). „Leseranalyse: Deutsches Ärzteblatt baut Spitzenposition aus“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(36), S. 1811.
- Stüwe, Heinz (2011). „Medizinische Fachzeitschriften: Deutsches Ärzteblatt weiterhin an der Spitze“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108(33), S. 1715.
- Thiel, Ansgar u. a. (2008). „Stereotypisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen durch ihre Altersgenossen“. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 58(12), e16–24. DOI: 10.1055/s-1008-1067340.
- United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation (19. Sep. 2019). *UN IGME Total Under-5 Mortality Rate, Infant Mortality Rate and Neonatal Mortality database 2019*. Hrsg. von United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. URL: www.childmortality.org (besucht am 08.11.2020).

- Universität Duisburg-Essen (2017). *Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand: Forschungsschwerpunkte*. URL: <https://www.uni-due.de/rke-kj/hebebrandforschungsschwerpunkte.php> (besucht am 08.11.2020).
- Wabitsch, Martin (2013). *Warum schadet Werbung und Sponsoring in der Schule Kindern?* Hrsg. von foodwatch e.V. URL: https://www.nordthueringen.de/_daten/mm_objekte/2013/09/223946_0919_80345290.pdf (besucht am 25.07.2020).
- Wabitsch, Martin, D. Kunze und Anja Moss (2015). *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Hrsg. von AGA und AWMF.
- Wabitsch, Martin, Anja Moss und Katrin Kromeyer-Hauschild (2014). „Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries“. In: *BMC medicine* 12, S. 17. DOI: 10.1186/1741-7015-12-17.
- Weber, Elisabeth (2009). „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Schlusswort“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106(14), S. 250.
- Weber, Elisabeth, Alexandra Hiebl und Ulrich Storr (2008). „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern: Eine Untersuchung in Augsburg“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(51-52), S. 883–889.
- Weisser, Burkhard (2009). „Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Diskussion: Perzentile kann verwirren“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106(14), S. 250.
- WHO (1958). *First Ten Years*. Hrsg. von WHO. Genf. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089> (besucht am 08.11.2020).
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing the global epidemic*. Genf. URL: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ (besucht am 08.11.2020).
- WHO (2006). *WHO child growth standards*. URL: <https://www.who.int/childgrowth/en/> (besucht am 08.11.2020).
- WHO (2018). *WHO History*. URL: <https://www.who.int/about/who-we-are/history> (besucht am 08.11.2020).
- Wolfenstetter, S. B. (2006). „Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse“. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arz-*

te des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany) 68(10), S. 600–612.

DOI: 10.1055/s-2006-927181.

wrh (1980). „Prävention der Adipositas in der Kindheit“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 77(50), S. 2977–2978.

7 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde unter Betreuung von Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing und Prof. Dr. Tobias Renner durchgeführt. Die Konzeption der Arbeit sowie die Auswertung wurde von mir eigenständig durchgeführt, eine Beratung durch Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing und Prof. Dr. Tobias Renner fand statt. Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

8 Anhang

Tabellarische Zusammenstellung der Artikel

Tabelle 8.1 Tabellarische Zusammenstellung der untersuchten Artikel

Artikel-nummer	Titel des Artikels	Jahr	Autoren
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	1965	Hartenstein, Hans-Joachim
021966	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung. Diskussion	1966	Scholz, O. Dieter
031966	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung. Schlusswort	1966	Hartenstein, Hans-Joachim
041966	Fettsuchtbehandlung schon im Kindesalter	1966	me
051971	Wettbewerb zum Dünnerwerden	1971	bt
061976	Wachstum und Adipositas	1976	DÄ
071976	Adipositas bei Kindern. 2.Mitteilung	1976	Maaser, Reinhard
081976	Adipositas bei Kindern. 1.Mitteilung	1976	Maaser, Reinhard
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	1980	wrh
101994	Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen	1994	silk
111996	Verleihungen. Adipositas-Preis 1995	1996	DÄ

Untersuchte Artikel mit der für diese Arbeit zugewiesene Artikelnummer

Artikelnummer	Titel des Artikels	Jahr	Autoren
121998	Prävention der Adipositas	1998	Müller, Manfred J. ; Körtzinger, Inga; Mast, Mareike; König, Eckard
131998	Prävention der Adipositas. Diskussion: Prävention oberste Priorität	1998	Krause, Ulrich
141999	Adipositas im Kindes- und Jugendalter	1999	EB
152000	Verleihungen. Adipositas-Preis 1999	2000	EB
162001	Übergewicht bei Kleinkindern	2001	goa
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	2001	brm
182001	Ernährung im Kindes- und Jugendalter - Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	2001	Bühning, Petra
192002	Kinderärzte: Jugendliche sind zu dick	2002	DÄ
202002	Ernährungsmedizin. Alarmierende Zahlen	2002	Schneider, Andrea
212002	Bewegungsarmut: Ärzte warnen vor den Folgen	2002	DÄ
222003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität – eine familiäre Aufgabe	2003	Graf, Christine; Predel, Hans-Georg
232004	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe. Schlusswort	2004	Graf, Christine
242004	Gesunde Ernährung: Initiative gestartet	2004	EB

Untersuchte Artikel mit der für diese Arbeit zugewiesene Artikelnummer

Artikelnummer	Titel des Artikels	Jahr	Autoren
252004	Was adipösen Kindern hilft. Diskussion	2004	Bethke, Peter
262004	Was adipösen Kindern hilft. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet Gewichtsreduktionsprogramme	2004	Hutzler, Dagmar
272005	Verleihungen. Hypertonie-Forschungsstipendium	2005	EB
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	2006	Müller, Manfred J.; Reinehr, Thomas; Hebebrand, Johannes
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort	2006	Müller, Manfred J.
302006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Diskussion: Prävention noch früher beginnen	2006	Ohe, Gudrun von der
312006	Berthold Koletzko: Eine neue Dimension der Prävention	2006	Hibbeler, Birgit
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	2007	Korsten-Reck, Ulrike
332007	Randnotiz: Schokolade, Kuchlein & Co.	2007	Richter-Kuhlmann, Eva
342007	Lebensmittelkennzeichnung: Kinderärzte für Ampel	2007	Rie
352007	Kindergesundheit: Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	2007	Merten, Martina
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussionsbeitrag	2007	Plagemann, Andreas

Untersuchte Artikel mit der für diese Arbeit zugewiesene Artikelnummer

Artikel- num- mer	Titel des Artikels	Jahr	Autoren
372007	Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe	2007	Petersen, Antje; Bindt, Carola; Petersen, Christiane
382007	Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen	2007	Anheier, Tanja
392008	Verleihungen: Adalbert-Czerny-Preis	2008	EB
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern	2008	Weber, Elisabeth; Hiebl, Alexandra; Storr, Ulrich
412008	Paradoxien des Gewichts	2008	Hebebrand, Johannes
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	2008	Kurth, Bärbel- Maria; Ellert, Ute
432008	Chirurgie. Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	2008	Fath, Roland
442008	Bücher. Neueingänge: Sonja Lehrke, Reinhold G.: Adipositas im Kindes- und Jugendalter	2008	DÄ
452008	Adipositas in den USA. Kampf gegen eine Epidemie	2008	, Ronald D.
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Frühe Therapie sinnvoll	2008	Siegmund- Schultze, Nicola
472009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Schlusswort	2009	Weber, Elisabeth

Untersuchte Artikel mit der für diese Arbeit zugewiesene Artikelnummer

Artikel-nummer	Titel des Artikels	Jahr	Autoren
482009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Diskussion: Perzentile kann verwirren	2009	Weisser, Burkhard
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche	2009	EB
502009	Adipositas: Zertifizierung für die Therapie von Kindern	2009	EB
512010	Pädiatrie. Mit Weitblick	2010	Böttcher, Claudia
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	2010	Reinehr, Thomas
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	2014	Mühlig, Yvonne; Wabitsch, Martin
542014	Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?	2014	Disse, Sigrid; Zimmer, Klaus-Peter
552015	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen. Diskussionsbeitrag	2015	Hofmeister, Martin
562015	Arteriosklerose. Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	2015	Erbs, Sandra
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	2015	Gerste, Ronald D.
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	2016	Gießelmann, Kathrin
592017	Prävention: Kindermarketingverbot	2017	hil

Tabellarische Zusammenstellung der kodierten Aussagen

Tabelle 8.2 Kodierte Aussagen der Kategorie *Ursachen*. Dokumentation der Coding-tabelle, entnommen aus der Software MAXQDA

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Gesellschaftliches Umfeld	Die Neigung, dem Kind möglichst viel an Nahrung beizubringen, ist offenbar eng verknüpft mit unserer derzeitigen Wohlstandsgesellschaft, wo in weiten Kreisen das falsche Idealbild vorherrscht: „Ein dickes Kind ist ein gesundes, ein blühendes Kind.“ (Hartenstein, 1965:S.2123)
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Individuelles Verhalten	Dabei fiel mir in zunehmendem Maße dir mir von früher bekannte Tatsache auf, daß diese vornehmlich kohlenhydratüberfütterten und oft pastösen Säuglinge erheblich häufiger Zeichen einer floriden Rachitis aufwiesen als eutrophische und euergische. (Hartenstein, 1965:S.2123)
011965	Rachitis durch Überernährung	Individuelles Verhalten	Auch an Brei wird manchmal - bisweilen mit Zwang - zu viel gefüttert. (Hartenstein, 1965:S.2124)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Individuelles Verhalten	Nicht selten wird die aus einer Pulvermilch hergestellte Flaschennahrung entgegen der Vorschrift noch zusätzlich angedickt, meist von Großmüttern, die infolge außerhäuslicher Arbeit der Mütter die Kinder tagsüber versorgen und es mit der Nahrungsandickung natürlich „gut meinen“. (Hartenstein, 1965:S.2124)
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Individuelles Verhalten	Es werden an sich zu kalorienreiche Nahrungsgemische (besonders zu kohlenhydrateiche) eigener Herstellung oder als Fertigpräparate gegeben, wobei die Angaben der Mahlzeitmengen durch die Hersteller nicht selten zu hoch sind, naheliegenderweise in der Absicht, daß der Säugling mit dieser Nahrung besonders gut zunimmt. (Hartenstein, 1965:S.2124)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
031966	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung - Schlusswort	Individuelles Verhalten	Von den in meiner Arbeit erwähnten 784 Säuglingen des Jahres 1963 waren 152 (= 19,4 Prozent) und von den 807 des Jahres 1964 174 (= 21,6 Prozent) übergewichtig (d. s. zusammen 20,1 Prozent), die meisten verständlicherweise bei der Erstvorstellung und nur ein kleiner Teil während unserer Betreuung (fast immer infolge Nichteinhaltung unseres Ernährungsregimes).(Hartenstein, 1966:S.298)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Die Feststellung, daß jemand zu dick ist, weil er zu viel ißt, klingt naiv und hinterläßt vor allem bei schweren Adipositasformen immer wieder Zweifel (Maaser, 1976b:S.2651)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Prädisposition	Da aber zur Zeit keine überzeugende Untersuchung vorliegt, die erlauben würde, Stoffwechseleränderungen anzunehmen, die den Verbrauch aufgenommener Nahrungsmittel wirtschaftlicher machen (gute Futterverwerter), bleibt der gemeinsame pathogenetische Faktor aller primären Adipositasformen (siehe 1. Mitteilung) eine positive Energiebilanz (Maaser, 1976b:S.2651)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Da aber zur Zeit keine überzeugende Untersuchung vorliegt, die erlauben würde, Stoffwechseleränderungen anzunehmen, die den Verbrauch aufgenommener Nahrungsmittel wirtschaftlicher machen (gute Futterverwerter), bleibt der gemeinsame pathogenetische Faktor aller primären Adipositasformen (siehe 1. Mitteilung) eine positive Energiebilanz (Maaser, 1976b:S.2651)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Das fastende Kind lernt wenig über seine Ernährungsfehler und ist nicht gezwungen, eine tägliche Nahrungsauswahl zu treffen.(Maaser, 1976b:S.2651)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Sie fördert die eingeschränkte Bereitschaft oder auch die mangelnde Fähigkeit zur körperlichen Aktivität.(Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Es erscheint auch widersprüchlich, Pharmaka zu entwickeln, die es Menschen, die zu viel essen, erlauben sollen, weiterhin zuviel zu essen.(Maaser, 1976b:S.2652)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Änderung des Essenverhaltens und Stärkung der Selbstkontrolle sowie Eigeninitiative auf dem Gebiet der Nahrungsauswahl sind ebenso anzustreben wie ein Abbau der häufigen Defizite im Sozialverhalten (infantile Abhängigkeit, Überangepasstheit, soziale Isolation).(Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Änderung des Essenverhaltens und Stärkung der Selbstkontrolle sowie Eigeninitiative auf dem Gebiet der Nahrungsauswahl sind ebenso anzustreben wie ein Abbau der häufigen Defizite im Sozialverhalten (infantile Abhängigkeit, Überangepasstheit, soziale Isolation). (Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Die Bewegungstherapie fördert die eingeschränkte Bewegungsbereitschaft und hat die Absicht, nach und nach zu einer sportlichen Aktivität anzuregen. (Maaser, 1976b:S.2655)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Sie sollen beitragen, Rückfälle in alte Ernährungsgewohnheiten zu vermeiden. (Maaser, 1976b:S.2655)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	In 70 Prozent der Familien adipöser Kinder ist zumindest ein Eiternteil adipös, nur neun Prozent der Kinder schlanker Eltern sind zu dick. (Maaser, 1976a:S.2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Eine Untersuchung von Adoptivkindern zeigt eine größere Übereinstimmung der Gewichtsentwicklung mit den natürlichen Eltern als mit den Adoptiveltern.(Maaser, 1976a:S.2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Die Fähigkeit zur Fettzellvermehrung bei kalorisiertem Überangebot läßt im Verlauf der Kindheit nach.(Maaser, 1976a:S.2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Die Fähigkeit zur Fettzellvermehrung bei kalorisiertem Überangebot läßt im Verlauf der Kindheit nach. (Maaser, 1976a:S.2565)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Da zur Zeit keine überzeugende Untersuchung vorliegt, die erlauben würde, Stoffwechselveränderungen anzunehmen, die den Verbrauch aufgenommener Nahrungsmittel wirtschaftlicher machen („gute Futtermittelverwerter“), scheint die Bewegungsarmut bei der Mehrzahl adipöser Kinder eine überragende Rolle zu spielen. Die wenigen bisher durchgeführten Untersuchungen unterstützen diese Vermutung. (Maaser, 1976a:S.2566)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Die psychodynamisch orientierte Psychotherapie der Adipositas sieht im Mittelpunkt ein Reifungsdefizit, das als Folge einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung bei adipösen Kindern angenommen wird. (Maaser, 1976a:S.2566)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Nahrungszufuhr wird vom Kind als „Liebesausgleich“ aufgegriffen und führt letztlich zur suchthafte gesteigerten Nahrungsaufnahme. (Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Im sogenannten „Kummer-speck“ sieht man die Reaktion auf ein schädigendes äußeres Ereignis. (Maaser, 1976a:S.2567)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Versagen, Unbefriedigtsein oder zwischenmenschliche Leere werden durch Essen ausgeglichen.(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Ersatzbefriedigung wird dabei direkt im oralen Genuß gefunden. (Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	In 70 Prozent der Familien adipöser Kinder ist zumindest ein Elternteil adipös, nur neun Prozent der Kinder schlanker Eltern sind zu dick(Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Eine Untersuchung von Adoptivkindern zeigt eine größere Übereinstimmung der Gewichtsentwicklung mit den natürlichen Eltern als mit den Adoptiveltern. (Maaser, 1976a:S.2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Die Fähigkeit zur Fettzellvermehrung bei kalorischem Überangebot läßt im Verlauf der Kindheit nach.(Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Die Fähigkeit zur Fettzellvermehrung bei kalorischem Überangebot läßt im Verlauf der Kindheit nach.(Maaser, 1976a)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Da zur Zeit keine überzeugende Untersuchung vorliegt, die erlauben würde, Stoffwechselveränderungen anzunehmen, die den Verbrauch aufgenommener Nahrungsmittel wirtschaftlicher machen („gute Futterverwerter“), scheint die Bewegungsarmut bei der Mehrzahl adipöser Kinder eine überragende Rolle zu spielen. Die wenigen bisher durchgeführten Untersuchungen unterstützen diese Vermutung.(Maaser, 1976a:S.2566)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Die psychodynamisch orientierte Psychotherapie der Adipositas sieht im Mittelpunkt ein Reifungsdefizit, das als Folge einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung bei adipösen Kindern angenommen wird. (Maaser, 1976a:S. 2566)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Nahrungszufuhr wird vom Kind als „Liebesausgleich“ aufgegriffen und führt letztlich zur suchthaft gesteigerten Nahrungsaufnahme. (Maaser, 1976a:S. 2567)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Spezifisches Umfeld	Im sogenannten „Kummerspeck“ sieht man die Reaktion auf ein schädigendes äußeres Ereignis.(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Versagen, Unbefriedigtsein oder zwischenmenschliche Leere werden durch Essen ausgeglichen.(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Ersatzbefriedigung wird dabei direkt im oralen Genuß gefunden. (Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Adipositas entsteht als Folge von Störungen des erlernten beziehungsweise anerzogenen Appetitverhaltens. (Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Familiensitten bestimmen Menge, Zusammensetzung und Einnahmezeitpunkt der täglichen Nahrung.(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Je nach Art des Erziehungsstils gewinnt der leere Teller an Bedeutung, gilt ein dickes Kind als gesundes Kind. (Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Individuelles Verhalten	Folge ist eine erzwungene Nahrungsaufnahme.(Maaser, 1976a:S.2567)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Als Korrelat findet sich beim Kind eine als Dystrophia adiposogenitalis (Morbus Fröhlich) bekannte diencephale Destruktion meist tumoröser Genese (siehe unten).(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Auch als Folge einer tuberkulösen Meningitis wurde eine exzessive Gewichtszunahme beschrieben.(Maaser, 1976a:S.2567)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Prädisposition	Das Ziel ist die Trennung monosomatischer, primärer Adipositasformen - das sind sicher 98 Prozent - von sekundären endogenen Adipositasformen. (Maaser, 1976a:S.2569)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Individuelles Verhalten	Sind es (unbekannte) genetische Faktoren oder Eß-beziehungsweise Bewegungsmuster, die erlernt und beibehalten wurden?(wrh, 1980:S.2977)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Prädisposition	Sind es (unbekannte) genetische Faktoren oder Eß-beziehungsweise Bewegungsmuster, die erlernt und beibehalten wurden?(wrh, 1980:S.2977)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Individuelles Verhalten	Unumstritten ist, daß Kinder mit Brustnahrung eine geringere Gewichtszunahme aufweisen als Kinder mit Flaschnahrung. (wrh, 1980:S.2977)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Spezifisches Umfeld	Während des Schulalters sind es häufig psychosoziale Faktoren, die zur Überernährung führen wie Wohnungswechsel, Berufstätigkeit der Mutter und Schulschwierigkeiten.(wrh, 1980:S.2977)
101994	Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Kinder, die von ihren Eltern vernachlässigt und nicht gut gepflegt werden, haben als Jugendliche häufig Übergewicht, unabhängig von Geschlecht, sozialem Status, Gewicht in der Kindheit oder der Tatsache, ob die Kinder in einer kompletten Familie aufwachsen.(silk, 1994:S.1898)
101994	Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Im Vergleich zu gut versorgten Kindern, die von ihren Eltern gefördert wurden, war das Risiko für Übergewicht bei verwahrlosten Kindern um das 9,8fache erhöht. (silk, 1994:S.1898)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Häufige Ursache gesundheitlicher Probleme in den westlichen Industrienationen sind Ernährung und Lebensweise (1, 2). (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2027)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Diese erklärt Adipositas durch zuviel Essen und zuwenig Bewegung(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Das Adipositasrisiko von Kindern wird besonders durch das Übergewicht mindestens eines Elternteils und das Geburtsgewicht bestimmt. (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Der Einfluß der Eltern umfaßt sowohl biologische als auch sozio-kulturelle Faktoren. (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Da das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Kindern wesentlich in den Familien geprägt wird, richtet sich die Intervention sowohl an die Kinder als auch an deren Familien.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Die Definition eines Adipositasrisikos ergibt sich aus der Kenntnis ihrer Ursachen. Ein „Adipositasrisiko“ kann anhand anamnestischer, verhaltensabhängiger, sozialer, metabolischer und genetischer Faktoren charakterisiert werden.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Die Definition eines Adipositasrisikos ergibt sich aus der Kenntnis ihrer Ursachen. Ein „Adipositasrisiko“ kann anhand anamnestischer, verhaltensabhängiger, sozialer, metabolischer und genetischer Faktoren charakterisiert werden.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Spezifisches Umfeld	Die Definition eines Adipositasrisikos ergibt sich aus der Kenntnis ihrer Ursachen. Ein „Adipositasrisiko“ kann anhand anamnestischer, verhaltensabhängiger, sozialer, metabolischer und genetischer Faktoren charakterisiert werden.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Die hohe Prävalenz der Adipositas in den westlichen Industrienationen und auch deren explosionsartige Zunahme während der letzten 15 Jahre sprechen für die Bedeutung menschlichen Verhaltens(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Gesellschaftliches Umfeld	Die hohe Prävalenz der Adipositas in den westlichen Industrienationen und auch deren explosionsartige Zunahme während der letzten 15 Jahre sprechen für die Bedeutung menschlichen Verhaltens (energie- und fettreiche Ernährung, geringe körperliche Aktivität) in einer durch Überfluß und Überernährung gekennzeichneten „Umwelt“.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Da die normale Varianz des Stoffwechsels groß ist, treffen Überernährung und Bewegungsarmut einzelne Individuen in unterschiedlicher Weise.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Die interindividuelle Varianz des Stoffwechsels (Energieverbrauch, Fettverbrennung, Insulinsensitivität) wird genetisch bestimmt.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	So führen eine fettreiche Ernährung und ein bewegungsarmer Lebensstil bei entsprechend „prädisponierten“ Menschen eher zu Übergewicht und Adipositas als bei nicht „prädisponierten“ Menschen.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	So führen eine fettreiche Ernährung und ein bewegungsarmer Lebensstil bei entsprechend „prädisponierten“ Menschen eher zu Übergewicht und Adipositas als bei nicht „prädisponierten“ Menschen.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Die Prävalenz der Adipositas wird durch die Lebensweise des „Überflusses“ erklärt, ihre Manifestation ist im Einzelfall abhängig von der genetisch vorgegebenen Adaptation des Stoffwechsels an diese Lebensweise.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Die Prävalenz der Adipositas wird durch die Lebensweise des „Überflusses“ erklärt, ihre Manifestation ist im Einzelfall abhängig von der genetisch vorgegebenen Adaptation des Stoffwechsels an diese Lebensweise.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Das „Adipositasrisiko“ von Kindern wird durch das Übergewicht mindestens eines Elternteils und sehr wahrscheinlich durch das Geburtsgewicht bestimmt.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Der Einfluß der Eltern umfaßt sowohl biologische als auch soziokulturelle Faktoren.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Spezifisches Umfeld	Der Einfluß der Eltern umfaßt sowohl biologische als auch soziokulturelle Faktoren.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Der Einfluß der Eltern umfaßt sowohl biologische als auch soziokulturelle Faktoren.(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Spezifisches Umfeld	Energie- beziehungsweise fettreiche Ernährung, niedrige körperliche Aktivität und soziale Faktoren bestimmen die Manifestation der Adipositas. (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Energie- beziehungsweise fettreiche Ernährung, niedrige körperliche Aktivität und soziale Faktoren bestimmen die Manifestation der Adipositas. (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	<p>Untersuchungsparameter sind Ernährung, körperliche Aktivität, Ernährungszustand, der Blutglukose und -cholesterinspiegel, die im Mutterpaß erfaßten Daten zu Geburtsgewicht, Entwicklung und Stillen, der Ernährungszustand der Eltern, deren mögliches Suchtverhalten, die Familienstruktur sowie soziodemographische Daten. Die Ergebnisse erlauben eine umfangreiche Charakterisierung möglicher Einflußgrößen und Risikofaktoren.</p> <p>(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)</p>

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Spezifisches Umfeld	<p>Untersuchungsparameter sind Ernährung, körperliche Aktivität, Ernährungszustand, der Blutglukose und -cholesterinspiegel, die im Mutterpaß erfaßten Daten zu Geburtsgewicht, Entwicklung und Stillen, der Ernährungszustand der Eltern, deren mögliches Suchtverhalten, die Familienstruktur sowie soziodemographische Daten. Die Ergebnisse erlauben eine umfangreiche Charakterisierung möglicher Einflußgrößen und Risikofaktoren.</p> <p>(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)</p>
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	<p>Adipositas findet sich häufiger bei Kindern „dicker“ Eltern (Grafiken 3a und b), bei Kindern von Eltern mit Hauptschulabschluß (Grafiken 4a und b) und bei Kindern mit einer niedrigen körperlichen Aktivität (Grafiken 5a und b)(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)</p>

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Prädisposition	Bei extrem übergewichtigen Kindern (beispielsweise > 97,5 BMI-Perzentile) sind für die Zukunft eine metabolische und molekularbiologische Charakterisierung geplant. (Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Spezifisches Umfeld	Zusammenfassend: Die Untersuchungen bestätigen den Einfluß wichtiger Risikofaktoren für die Adipositas im Kindesalter (wie Übergewicht und niedriger sozialer Status der Eltern, wenig körperliche Aktivität der Kinder).(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Individuelles Verhalten	Zusammenfassend: Die Untersuchungen bestätigen den Einfluß wichtiger Risikofaktoren für die Adipositas im Kindesalter (wie Übergewicht und niedriger sozialer Status der Eltern, wenig körperliche Aktivität der Kinder).(Müller, Körtzinger, Mast und König, 1998:S.2030)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Individuelles Verhalten	Die primäre Prävention im Kindesalter ist schwer durchzusetzen gegen den Wohlgeschmack von Gummibärchen, Mars, Softeis, Coca Cola und Pommes frites (Krause, 1998:S.3299)
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Gesellschaftliches Umfeld	Die primäre Prävention im Kindesalter ist schwer durchzusetzen gegen den Wohlgeschmack von Gummibärchen, Mars, Softeis, Coca Cola und Pommes frites und gegen den technischen Fortschritt (Mobiltelefon, TV-Fernbedienung). (Krause, 1998:S.3299)
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Gesellschaftliches Umfeld	„Die Lebensweise des Überflusses“ ist nicht leicht zu korrigieren. (Beispiel: Durchschnittliche Gewichtszunahme von 2 kg im Zwanzigjahresvergleich bei Schul- und Vorschulkindern in Jena 1998.) (Krause, 1998:S.3299)
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Individuelles Verhalten	„Die Lebensweise des Überflusses“ ist nicht leicht zu korrigieren. (Beispiel: Durchschnittliche Gewichtszunahme von 2 kg im Zwanzigjahresvergleich bei Schul- und Vorschulkindern in Jena 1998.) (Krause, 1998:S.3299)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Individuelles Verhalten	Der Konsum zuckergesüßter Getränke durch Kinder steht im Zusammenhang mit der Entwicklung eines deutlichen Übergewichts. (brm, 2001:S.985)
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Individuelles Verhalten	Der gewohnheitsgemäße Konsum von Limonaden und Säften sowie Veränderungen im Trinkverhalten fanden signifikante Entsprechungen sowohl in der Häufigkeit von Übergewicht als auch im Körpermassenindex.(brm, 2001:S.985)
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Prädisposition	Die Autoren machen für die schon lange vermutete, aber wiederholt in Abrede gestellte Verbindung zwischen Saftgenuss und kindlicher Korpulenz einen ernährungsphysiologischen Adaptationsmechanismus verantwortlich.(brm, 2001:S.985)
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Prädisposition	Sie zitieren eine Metaanalyse, wonach ein Übermaß an kalorienhaltigen Getränken – anders als bei fester Nahrung – im Körper keine kompensatorische Reduktion der Nahrungszufuhr induziert. (brm, 2001:S.985)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Individuelles Verhalten	Sie zitieren eine Metaanalyse, wonach ein Übermaß an kalorienhaltigen Getränken – anders als bei fester Nahrung – im Körper keine kompensatorische Reduktion der Nahrungszufuhr induziert. (brm, 2001:S.985)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Adipositas findet man häufiger bei Kindern, deren Eltern selbst übergewichtig sind, bei Kindern von Eltern mit Hauptschulabschluss und bei inaktiven Kindern.(Bühning, 2001:S.2944)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Adipositas findet man häufiger bei Kindern, deren Eltern selbst übergewichtig sind, bei Kindern von Eltern mit Hauptschulabschluss und bei inaktiven Kindern.(Bühning, 2001:S.2944)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Um dem entgegenzuwirken, müssten vor allem die Eltern Ernährungskompetenz erwerben, denn: „Die sozialen Ursachen für Adipositas und nährstoffarme Ernährung sind die gleichen.“(Bühning, 2001:S.2942)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Um dem entgegenzuwirken, müssten vor allem die Eltern Ernährungskompetenz erwerben, denn: „Die sozialen Ursachen für Adipositas und nährstoffarme Ernährung sind die gleichen.“(Bühning, 2001:S.2942)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Verstärkt müsse versucht werden, diejenigen mit Informationsangeboten über gesunde Ernährung zu erreichen, die aufgrund ihrer Schulbildung oder mangelnden Sprachkenntnisse bisher davon ausgeschlossen sind.(Bühning, 2001:S.2492)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Verstärkt müsse versucht werden, diejenigen mit Informationsangeboten über gesunde Ernährung zu erreichen, die aufgrund ihrer Schulbildung oder mangelnden Sprachkenntnisse bisher davon ausgeschlossen sind.(Bühning, 2001:S.2942)
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Prädisposition	Ziele sind die Förderung der Kompetenz und Verhaltensänderungen in Ernährung, Sport, Freizeitgestaltung sowie im Umgang mit Erkrankungen(DÄ, 2002a:S.896)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Individuelles Verhalten	Verhaltensänderungen in Ernährung, Sport, Freizeitgestaltung sowie im Umgang mit Erkrankungen.(DÄ, 2002a:S.896)
202002	Ernährungsmedizin Alarmierende Zahlen	Individuelles Verhalten	Wegen des sich verändernden Freizeitverhaltens nähern sich die Mädchen und Jungen im Osten den westlichen Werten jedoch an.(Schneider, 2002:S.540)
202002	Ernährungsmedizin Alarmierende Zahlen	Spezifisches Umfeld	Zunehmend forschen die Jenaer Wissenschaftler nach sozialen und sozioökonomischen Hindergründen – mit einem Problem: der geringer werdenden Bereitschaft, sich an den Jenaer Schulkinderuntersuchungen zu beteiligen. (Schneider, 2002:S.540)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Individuelles Verhalten	In der Entstehung von Übergewicht und Adipositas spielt neben genetischen Faktoren das Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und -abgabe eine entscheidende Rolle in jedem Lebensalter (6,21). (Graf und Predel, 2003:S.3110)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Prädisposition	In der Entstehung von Übergewicht und Adipositas spielt neben genetischen Faktoren das Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und -abgabe eine entscheidende Rolle in jedem Lebensalter (6,21). (Graf und Predel, 2003:S.3110)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Prädisposition	Die Kinder, deren Väter im Verein und/oder regelmäßig aktiv waren, hatten das niedrigste Gewicht beziehungsweise den niedrigsten Bodymass-Index (Graf und Predel, 2003:S.3110)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Prädisposition	Neben einer genetischen Disposition und Ernährung hat aber körperliche Aktivität einen ganz wesentlichen Effekt auf die Körpermasse beziehungsweise Körperkomposition (24). (Graf und Predel, 2003:S.3113)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Individuelles Verhalten	Neben einer genetischen Disposition und Ernährung hat aber körperliche Aktivität einen ganz wesentlichen Effekt auf die Körpermasse beziehungsweise Körperkomposition (24). (Graf und Predel, 2003:S.3113)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität	Individuelles Verhalten	Sie konnten bei fast 200 Mädchen zeigen, dass der größte Prädiktor in BMI-Veränderungen das Körperbild beziehungsweise Ess- und Aktivitätsverhalten der Eltern war.(Graf und Predel, 2003:S.3113)
232004	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität Schlusswort	Individuelles Verhalten	Die Gesamtenergiezufuhr blieb weitestgehend gleich, sodass die Autoren folgerten, dass die Zunahme von Übergewicht und Adipositas weniger auf Änderungen des Essverhaltens, sondern vielmehr auf die Abnahme der körperlichen Aktivität zurückzuführen ist (1). (Graf, 2004:S.2059)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Individuelles Verhalten	Ursachen sind insbesondere Bewegungsmangel und der Konsum energiereicher Lebensmittel (Hutzler, 2004:S.1657).
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Prädisposition	Ein niedriger sozialer Status, eine genetische Veranlagung und die Lebensbedingungen sind die entscheidenden Einflussfaktoren (3). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Ein niedriger sozialer Status, eine genetische Veranlagung und die Lebensbedingungen sind die entscheidenden Einflussfaktoren (3). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Gesellschaftliches Umfeld	Ein niedriger sozialer Status, eine genetische Veranlagung und die Lebensbedingungen sind die entscheidenden Einflussfaktoren (3). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas versuchen das für die Gesundheit relevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen und ihrer Familie zu verbessern. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Da eine weitere Zunahme der Prävalenz von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter mutmaßlich bevorsteht, ist neben einem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz, der das Kind und dessen Familie erreicht, eine gesellschaftliche Lösung des Problems erforderlich. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Gesellschaftliches Umfeld	Da eine weitere Zunahme der Prävalenz von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter mutmaßlich bevorsteht, ist neben einem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz, der das Kind und dessen Familie erreicht, eine gesellschaftliche Lösung des Problems erforderlich. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Das Gewicht wird vom Bewegungs- und Ernährungsverhalten beeinflusst (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Prädisposition	Der Einfluss einer Verhaltenstherapie kann gering sein, weil beispielsweise genetische Faktoren eine Rolle spielen können. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Aus Sicht von Public Health beeinflussen andere Determinanten wie Geschlecht und sozialer Status das Verhalten maßgeblich (3). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Physiologische Regelkreise von Appetit, Ruheenergieverbrauch und Thermogenese dienen der Konstanz des Gewichtes ebenso wie komplexe Verhaltensweisen, beispielsweise die Speisenauswahl und die körperliche Aktivität. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Prädisposition	Physiologische Regelkreise von Appetit, Ruheenergieverbrauch und Thermogenese dienen der Konstanz des Gewichtes ebenso wie komplexe Verhaltensweisen, beispielsweise die Speisenauswahl und die körperliche Aktivität. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Gesellschaftliches Umfeld	Gewichtsregulation ist anteilig genetisch bedingt: Möglicherweise ist der geringe Erfolg vieler Präventions- / Therapieprogramme auch darin begründet, dass biologische Regelkreise unter den bestehenden Lebensbedingungen (hochkalorisch und inaktiv) die Entwicklung von Adipositas begünstigen. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Prädisposition	Gewichtsregulation ist anteilig genetisch bedingt: Möglicherweise ist der geringe Erfolg vieler Präventions- / Therapieprogramme auch darin begründet, dass biologische Regelkreise unter den bestehenden Lebensbedingungen (hochkalorisch und inaktiv) die Entwicklung von Adipositas begünstigen. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Gesellschaftliches Umfeld	Medizin und Public Health sollten nicht den Eindruck erwecken, dass sie auf alle Faktoren, wie zum Beispiel die intensive Bewerbung von Lebensmitteln (e24), Einfluss nehmen könnten. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Spezifisches Umfeld	Bei der Analyse der den Variablen zugrunde liegenden Ursachen werden selten Parameter wie die soziale Lage berücksichtigt. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Individuelles Verhalten	Weniger Inaktivität (zum Beispiel weniger Fernsehen) erschien in kontrollierten Interventionsstudien erfolgreich im Hinblick auf Gewichtsreduktion (22) (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Gesellschaftliches Umfeld	Die zunehmende Adipositasprävalenz ist Ausdruck einer gesellschaftlichen Entwicklung. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337-338)
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort.	Individuelles Verhalten	Ein hohes Geburtsgewicht und Nicht-Stillen bedeuten ein erhöhtes Risiko für Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. (Müller, 2006:S.1309)
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort.	Individuelles Verhalten	Allerdings ist auch ein bei normaler Schwangerschaftsdauer niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten ernährungsabhängiger Krankheiten assoziiert. (Müller, 2006:S.1309)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort.	Individuelles Verhalten	Obwohl die Zusammenhänge zwischen intrauteriner Ernährung und auch dem Stillen einerseits und dem späteren Auftreten von Übergewicht und der mit ihr assoziierten Morbidität andererseits sowohl tierexperimentell als auch in epidemiologischen Studien gut belegt sind (2), (Müller, 2006:S.1309)
312006	Berthold Koletzko eine neue Dimension der Prävention	Individuelles Verhalten	Wie hoch das Risiko ist, eine Adipositas zu entwickeln, entscheidet sich aber offenbar schon lange, bevor der Nachwuchs selbst nach dem Schokoriegel oder der Chipstüte greifen kann – während der Schwangerschaft und im Säuglingsalter. (Hibbeler, 2006:S.1920)
312006	Berthold Koletzko eine neue Dimension der Prävention	Individuelles Verhalten	„In unseren Untersuchungen fanden wir eine um 25 Prozent niedrigere Häufigkeit von Übergewicht bei Schulkindern, die nach der Geburt gestillt wurden“, sagt Prof. Dr. med. Berthold Koletzko (Hibbeler, 2006:S.1920).

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
312006	Berthold Koletzko eine neue Dimension der Prävention	Prädisposition	Nach Koletzkos Einschätzung könnte Gynäkologen und Pädiatern künftig eine neue Rolle in der Prävention zukommen, denn es gilt die <i>metabolische Programmierung</i> positiv zu beeinflussen. (Hibbeler, 2006:S.1920)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Die Ursachen der Adipositas sind multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren spielt die Sozialisation eine Rolle, mit signifikant abnehmender körperlicher Aktivität, einer fehlgesteuerten ungesunden Ernährungsweise, Zeitmangel der Eltern und fehlenden familiären Strukturen. (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Prädisposition	Neben genetischen Faktoren spielt die Sozialisation eine Rolle, mit signifikant abnehmender körperlicher Aktivität, einer fehlgesteuerten ungesunden Ernährungsweise, Zeitmangel der Eltern und fehlenden familiären Strukturen. (Korsten-Reck, 2007:S.35)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Neben genetischen Faktoren spielt die Sozialisation eine Rolle, mit signifikant abnehmender körperlicher Aktivität, einer fehlgesteuerten ungesunden Ernährungsweise, Zeitmangel der Eltern und fehlenden familiären Strukturen. (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Prädisposition	Eltern gelten dabei als Vorbild, weil Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowohl genetisch vorgegeben sind als auch über die familiäre Sozialisation geprägt werden. (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Eltern gelten dabei als Vorbild, weil Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowohl genetisch vorgegeben sind als auch über die familiäre Sozialisation geprägt werden. (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Übergewichtige Kinder haben oftmals eine lange Geschichte von sportlichen Misserfolgen, Überforderungen, mangelnden Bewegungserfahrungen und fehlenden Erfolgserlebnissen hinter sich. (Korsten-Reck, 2007:S.35)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Da die Assoziation von früher körperlicher und geistiger Entwicklung belegt ist, sollten schon im Kindergarten die sozialen und familiären Defizite beachtet und wenn möglich ausgeglichen werden. (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Gesellschaftliches Umfeld	Eine <i>sitzende Verhaltensweise</i> als Risiko für die Entstehung der Adipositas einzustufen, ist einfach, da Inaktivität relativ leicht zu messen ist. (Korsten-Reck, 2007:S.36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Prädisposition	Obwohl die Aktivitätsbereitschaft zum Teil genetisch bedingt ist, wird das Bewegungs- und Ernährungsverhalten doch entscheidend von den Eltern geprägt (e30, e31, e32, e33, e34) (Korsten-Reck, 2007:S.37-38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Obwohl die Aktivitätsbereitschaft zum Teil genetisch bedingt ist, wird das Bewegungs- und Ernährungsverhalten doch entscheidend von den Eltern geprägt (e30, e31, e32, e33, e34) (Korsten-Reck, 2007:S.37-38)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Die wenigen durchgeführten prospektiven Untersuchungen beziehen sich auf präpubertäre Kinder und zeigen inkonsistente Beziehungen zwischen dem Ausmaß der körperlichen Aktivität und der Entstehung von Übergewicht (e17, 10). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Auf der Grundlage der Studien von Dietz und Gortmaker et al., die signifikante Zusammenhänge zwischen der Entstehung von Übergewicht und einem erhöhten Fernsehkonsum festgestellt hatten, erstellten Marshall et al. 2004 eine Metaanalyse von Arbeiten, die anhand folgender Schlüsselwörter recherchiert wurden: körperliche Aktivität, sitzendes Verhalten, Inaktivität, TV und Computer (11, 12, 13). (Korsten-Reck, 2007:S.37)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Als Schussfolgerung dieser Metaanalyse ergibt sich, dass zusätzlich zu den Schlüsselementen Fernsehkonsum und Inaktivität noch weitere Störfaktoren wie zum Beispiel Essen energiereicher Snacks vor dem Fernseher und Aufnahme von Werbebotschaften für energiereiche Lebensmittel, hinzukommen müssen, um die Entwicklung einer Adipositas zu begünstigen. (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Gesellschaftliches Umfeld	Als Schussfolgerung dieser Metaanalyse ergibt sich, dass zusätzlich zu den Schlüsselementen Fernsehkonsum und Inaktivität noch weitere Störfaktoren wie zum Beispiel Essen energiereicher Snacks vor dem Fernseher und Aufnahme von Werbebotschaften für energiereiche Lebensmittel, hinzukommen müssen, um die Entwicklung einer Adipositas zu begünstigen. (Korsten-Reck, 2007:S.37)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Diese Vorgehensweise hat einen größeren Effekt auf die Vermeidung oder die Bekämpfung von Übergewicht als das organisierte Sporttreiben im Verein (16). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Maffeis et al. konnten zeigen, dass das elterliche Gewicht ein strenger Prädiktor der Gewichtsentwicklung des Kindes darstellt (19). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Darüber hinaus kommt dem Sozialstatus bei der Entstehung der kindlichen Adipositas eine wesentliche Bedeutung zu. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Kinder aus unteren sozialen Schichten, die als bildungsfern gelten, stellen eine Risikogruppe für die Entwicklung einer Adipositas dar (e35, 20) (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Flegal fand sogar, dass Faktoren wie Einkommen und Bildungsstand der Eltern eine wichtigere Rolle bei der Entstehung und Therapie der Adipositas spielen als Bewegung und Ernährung (e36). (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Gesellschaftliches Umfeld	Den Umweltfaktoren – vor allem dem sozialen Umfeld – wird ein großer Einfluss auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten zugeschrieben (e37, 22). (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Den Umweltfaktoren – vor allem dem sozialen Umfeld – wird ein großer Einfluss auf die Durchführung von Alltagsaktivitäten zugeschrieben (e37, 22). (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Insgesamt stellt auch die elterliche Aktivität einen starken positiven Prädiktor für die Aktivität des Kindes dar (e38). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	In einer Studie stellten Moore et al. fest, dass Kinder deren Väter sportlich sind, dreimal so aktiv sind wie die Kinder von inaktiven Vätern (23). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Für die sportliche Fitness der Mutter konnte kein so deutlicher, jedoch auch ein positiver Einfluss auf die Aktivität des Kindes gefunden werden. (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Individuelles Verhalten	Die Zunahme von Fehlernährung und die parallel beobachtete Abnahme der körperlichen Aktivität in den letzten Jahren erfordern umfangreiche Präventionsmaßnahmen (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Spezifisches Umfeld	Die frühe Prägung von Kleinkindern bezüglich Bewegung und Ernährung wurde lange unterschätzt (9) (Korsten-Reck, 2007:S.38)
332007	Randnotiz. Schokolade, Küchlein und Co	Individuelles Verhalten	Kein Wunder auch, dass der Anteil von dicken Kindern und Jugendlichen in Deutschland immer weiter steigt – auch wenn es keine direkte Korrelation geben mag. (Richter-Kuhlmann, 2007:S. 3509)
332007	Randnotiz. Schokolade, Küchlein und Co	Individuelles Verhalten	Sie öffnen meist noch ganz andere Türchen, nämlich die zu Kühlschrank, Gefrierschrank und dem Fast-Food-Lokal. (Richter-Kuhlmann, 2007:S. 3509)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
342007	Lebensmittelkennzeichnung. Kinderärzte für Ampel	Spezifisches Umfeld	„Übergewicht haben besonders viele Kinder aus sozial benachteiligten Familien, häufig auch aus Familien mit Migrationshintergrund“, sagte Dr. med. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ. (Rie, 2007:S. 1622)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Individuelles Verhalten	Richtete sich der moralische Zeigefinger vor einigen Jahren überwiegend auf die US-Amerikaner und deren Essgewohnheiten, so ist die Fast-Food-Welle inzwischen auch auf Deutschland übergeschwappt. (Merten, 2007:S. 2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Individuelles Verhalten	Doch in der Praxis fällt es Kindern und deren Eltern häufig schwer, von alltäglichen Gewohnheiten zu lassen. (Merten, 2007:S. 2849)
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Individuelles Verhalten	Übergewichtige Babys, vor allem infolge von Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel der Mutter in graviditate, sind in den westlichen Industrieländern eine dramatisch zunehmende Herausforderung für die präventive Perinatalmedizin.(Plagemann, 2007:S. 1672)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Individuelles Verhalten	Und dies, obwohl hier im Gegensatz zur intrauterinen Wachstumsrestriktion die Befundlage konsistent ist: Epidemiologische, klinische und experimentelle Untersuchungen der letzten 3 Jahrzehnte zeigen, dass die betroffenen Kinder im Mutterleib vorprogrammiert werden, später Übergewicht, Diabetes und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen zu entwickeln (2). (Plagemann, 2007:S. 1672)
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Individuelles Verhalten	Übergewichtige Mutter – übergewichtiges Baby – übergewichtiger Erwachsener: Dies ist eine Herausforderung, der wir uns schon heute im Sinne perinataler Präventivmedizin zu stellen haben. (Plagemann, 2007:S. 1672)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Individuelles Verhalten	Traditionell wurde der männliche Stammhalter herausgefüttert, weil man annahm, dass dicke Kinder besonders lebenstüchtig und gesund sind (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2185)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Gesellschaftliches Umfeld	Traditionell wurde der männliche Stammhalter herausgefüttert, weil man annahm, dass dicke Kinder besonders lebenstüchtig und gesund sind. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2185)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Individuelles Verhalten	Festzustellen war, dass gestillte Kinder weniger häufig übergewichtig wurden als nicht oder nur kurz gestillte Kinder. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2185)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Spezifisches Umfeld	Die chinesischen Ärzte halten die zunehmende Übergewichtigkeit von Kindern und Jugendlichen mit daraus immer häufiger resultierenden Fällen von metabolischem Syndrom und Typ-II-Diabetes für eine Begleiterscheinung des neuen Wohlstands in den Städten. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Individuelles Verhalten	Wer wohlhabender ist, hat Fernseher und Computer, vielleicht auch einen Roller oder ein Auto, und das führt wie in westlichen Ländern zu Bewegungsmangel. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Spezifisches Umfeld	Wer wohlhabender ist, hat Fernseher und Computer, vielleicht auch einen Roller oder ein Auto, und das führt wie in westlichen Ländern zu Bewegungsmangel. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Spezifisches Umfeld	Dicke Kinder sind in Deutschland weniger Prinzen als vielmehr Bettelknaben. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Spezifisches Umfeld	Sie stammen meist aus den unteren sozialen Schichten, wo in den Familien oft nicht mehr traditionell und ausgewogen gekocht und gemeinsam gegessen wird. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Individuelles Verhalten	Sie stammen meist aus den unteren sozialen Schichten, wo in den Familien oft nicht mehr traditionell und ausgewogen gekocht und gemeinsam gegessen wird. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Individuelles Verhalten	Die Kinder stillen ihren Hunger deshalb oft in Fast-Food-Restaurants, was in Deutschland erschwinglich ist. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Gesellschaftliches Umfeld	Die Kinder stillen ihren Hunger deshalb oft in Fast-Food-Restaurants, was in Deutschland erschwinglich ist. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S. 2186)
382007	Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen	Individuelles Verhalten	Das Taschenbuch „Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen“ fasst zwei zentrale Ursachen für Übergewicht bei Heranwachsenden schon im Titel zusammen. (Anheier, 2007:S.2340)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Spezifisches Umfeld	Die Tendenz, dass wirtschaftlich schwächere Bundesstaaten mit einem hohen Anteil vor allem afroamerikanischer Einwohner in besonderem Maß mit Adipositas zu kämpfen haben, zeigt sich auch bei den Erwachsenen. (Gerste, 2008:S. 3389)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Gesellschaftliches Umfeld	Die Tendenz, dass wirtschaftlich schwächere Bundesstaaten mit einem hohen Anteil vor allem afroamerikanischer Einwohner in besonderem Maß mit Adipositas zu kämpfen haben, zeigt sich auch bei den Erwachsenen (Gerste, 2008:S. 3389)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Individuelles Verhalten	Ein Sieg über die Fettleibigkeit der jungen Amerikaner wird allerdings erst dann zu erzielen sein, wenn Schule und Eltern ihnen vermitteln, wie sehr die Ess- und Trinkgewohnheiten auch in der Freizeit die eigene Körperlichkeit bestimmen – keine leichte pädagogische Aufgabe in einem Land, in dem selbst ein Eisbecher der Größe „regular“ furchteinflößend erscheint. (Gerste, 2008:S. 3389)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Gesellschaftliches Umfeld	Ein Sieg über die Fettleibigkeit der jungen Amerikaner wird allerdings erst dann zu erzielen sein, wenn Schule und Eltern ihnen vermitteln, wie sehr die Ess- und Trinkgewohnheiten auch in der Freizeit die eigene Körperlichkeit bestimmen – keine leichte pädagogische Aufgabe in einem Land, in dem selbst ein Eisbecher der Größe „regular“ furchteinflößend erscheint. (Gerste, 2008:S. 3389)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Spezifisches Umfeld	Bei den Teenagern ist die Gruppe mit den größten Gewichtsproblemen die der männlichen Kinder und Jugendlichen hispanischer Abstammung – von diesen sind 21,3 Prozent adipös (hispanische Mädchen: 12,1 Prozent). (Gerste, 2008:S. 3389)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Spezifisches Umfeld	Doch die Epidemie beginnt nicht erst im Schulalter: Bereits knapp 15 Prozent der Kinder im Alter von zwei bis fünf Jahren, deren Familien den unteren Einkommenschichten zugerechnet werden, sind viel zu dick. (Gerste, 2008:S. 3389)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Individuelles Verhalten	Mangelnde körperliche Bewegung verschärft das Problem – bei Alt und Jung. (Gerste, 2008:S. 3389)
392007	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Individuelles Verhalten	Auch die Staaten auf den Plätzen zwei bis acht der Inaktivitäts-Hitparade befinden sich ausnahmslos im Süden der USA. (Gerste, 2008:S. 3389)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Neben sozioökonomischen Einflüssen (5) sind eine gesunde Ernährung und körperliche Bewegung Schlüsselfaktoren bei der Prävention von Übergewicht. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Neben sozioökonomischen Einflüssen (5) sind eine gesunde Ernährung und körperliche Bewegung Schlüsselfaktoren bei der Prävention von Übergewicht. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas war bei den Kindern, deren Muttersprache nicht deutsch ist, fast doppelt so hoch (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Die Hälfte aller Kinder nahm nicht an einer Sport- oder Tanzgruppe teil (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Über die Hälfte der übergewichtigen Kinder sahen täglich ein bis drei Stunden fern. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Die Prävalenz unterscheidet sich nach ethnischer Herkunft. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Kinder mit Migrationshintergrund gelten als Risikogruppe. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Zur Vorbeugung des Problems muss man im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes nicht nur individuelle Ursachen erkennen, sondern auch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Einflüsse identifizieren, die zu der steigenden Prävalenz beitragen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 883f)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Insgesamt waren die Kinder mit der Angabe „nicht deutsch“ als Muttersprache etwa doppelt so häufig übergewichtig als die deutsch sprechenden Kinder. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 884f)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Die KOPS-Studie (Kieler Adipositas-Präventionsstudie) zeigt, dass sich übergewichtige Kinder von normalgewichtigen Kindern mehr im Bewegungsverhalten als im Ernährungsverhalten unterscheiden. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 884)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Die Gewichtsunterschiede konnten im Wesentlichen durch unterschiedliche körperliche Aktivität und Fernsehkonsum vor dem Hintergrund sozialer Faktoren (Schulbildung der Eltern) und eines möglichen genetischen Risikos (Gewicht der Eltern) erklärt werden (7). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 884)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Die Gewichtsunterschiede konnten im Wesentlichen durch unterschiedliche körperliche Aktivität und Fernsehkonsum vor dem Hintergrund sozialer Faktoren (Schulbildung der Eltern) und eines möglichen genetischen Risikos (Gewicht der Eltern) erklärt werden (7). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 884)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Prädisposition	Die Gewichtsunterschiede konnten im Wesentlichen durch unterschiedliche körperliche Aktivität und Fernsehkonsum vor dem Hintergrund sozialer Faktoren (Schulbildung der Eltern) und eines möglichen genetischen Risikos (Gewicht der Eltern) erklärt werden (7). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 884)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Kinder aus türkisch sprechenden Familien waren etwa 2,25-mal häufiger übergewichtig und 2,53-mal häufiger adipös als deutsch sprechende Kinder. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Somit trat Übergewicht bei russischen sprechenden Kindern am seltensten auf. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Dementsprechend geringer war der Anteil an wöchentlichen Trainingseinheiten bei übergewichtigen und adipösen Kindern. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Die übergewichtigen und adipösen Kinder nahmen durchschnittlich weniger Mahlzeiten über den Tag verteilt ein. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	In diesen Familien wurde auch weniger häufig gemeinsam gegessen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Von den übergewichtigen beziehungsweise adipösen Kindern waren es 43,4 % beziehungsweise 45,1 %. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 885)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Von den übergewichtigen Kindern verbrachte die Hälfte zwischen einer und drei Stunden vor dem Bildschirm, bei den adipösen Kindern traf dies für die Mehrheit zu (61,9 %). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 886)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Es ist bekannt, dass die Prävalenz von Übergewicht bei bestimmten sozialen Schichten größer ist (11) (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 886)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass Kinder ohne Familientisch häufiger und unkontrollierter essen und somit zu Übergewicht neigen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass Kinder ohne Familientisch häufiger und unkontrollierter essen und somit zu Übergewicht neigen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Der Zusammenhang von Fernsehkonsum und der Neigung zu Übergewicht wurde bereits in mehreren Veröffentlichungen diskutiert. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	So ergab ein systematischer Review, dass als Intervention zur Vermeidung von Übergewicht die Reduzierung von sitzendem Verhalten wirksam scheint (15). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Bereits vor zwanzig Jahren wurde eine signifikante Assoziation von Fernsehen und Übergewicht bei Kindern beschrieben (16). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Man stellte einen dosisabhängigen Effekt der vor dem Fernseher verbrachten Zeit auf die Prävalenz von Übergewicht fest (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Als Trend ist erkennbar, dass die Verweildauer vor dem Bildschirm und das Körpergewicht positiv korrelieren. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Familien mit Migrationshintergrund gelten als Risikogruppe (4). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Schlechte Sprachkenntnisse wirken oft als Barriere für einen aktiveren Lebensstil. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Individuelles Verhalten	Gerade bei den drei- bis sechsjährigen Kindern spielt die Vorbildfunktion eine große Rolle (19). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	In der hier diskutierten Schuleingangsuntersuchung unterscheiden sich die Befundhäufigkeiten zu Übergewicht und Adipositas nach der Muttersprache. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 888)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Spezifisches Umfeld	Kinder mit türkischer Muttersprache weisen die höchste Prävalenz auf. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S. 888)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
412008	Paradoxien des Gewichts	Gesellschaftliches Umfeld	Bei den heutigen Adipositasfördernden Umweltbedingungen muss es eine erhebliche Anzahl an Personen geben, die über einem spezifischen, in früheren Erhebungen festgelegten Schwellenwert liegen. (Hebebrand, 2008:S. 404)
412008	Paradoxien des Gewichts	Prädisposition	Die quantitativen Unterschiede kommen durch genetische Faktoren – die Varianz des BMI ist zu circa 50 bis 70 % genetisch bedingt – und Umweltfaktoren zustande (1). (Hebebrand, 2008:S. 404)
412008	Paradoxien des Gewichts	Gesellschaftliches Umfeld	Die quantitativen Unterschiede kommen durch genetische Faktoren – die Varianz des BMI ist zu circa 50 bis 70 % genetisch bedingt – und Umweltfaktoren zustande (1). (Hebebrand, 2008:S. 404)
412008	Paradoxien des Gewichts	Gesellschaftliches Umfeld	Die heutige Umwelt begünstigt sowohl eine zu hohe Energiezufuhr wie auch körperliche Inaktivität. (Hebebrand, 2008:S. 404)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Spezifisches Umfeld	Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren aus sozial benachteiligten Familien (2) zeigen beispielsweise einen solch hohen Anteil an Adipösen. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S. 406)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Individuelles Verhalten	Das typische Bild eines stark adipösen Jugendlichen: BMI über 40, Fettmasse über 45 Prozent, die tägliche Energiezufuhr liegt bei mehr als 3 000 Kilokalorien täglich, keine Bewegung, Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz, Depressionen und Sozialphobie, häufig auch erhöhte Entzündungsmarker und endotheliale Dysfunktion. (Fath, 2008:S. 2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Prädisposition	Nach Ansicht von Miller kommen bariatrische Eingriffe bei schwer adipösen Kindern (BMI > 99,5. Perzentile), bei denen konservative Therapiemaßnahmen erfolglos waren, bereits ab dem Alter von zwölf Jahren infrage, wenn die Eltern übergewichtig sind (Fath, 2008:S. 2640)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Prädisposition	Früher kann ein Eingriff indiziert sein bei besonderen genetischen Veranlagungen für Adipositas, etwa Patienten mit Prader-Willi-Syndrom. (Fath, 2008:S. 2640)
482009	Diskussion. Perzentile kann verwirren	Individuelles Verhalten	Interessant waren die in der Untersuchung dargestellten Einflüsse von Muttersprache, Bewegung, Ernährungsverhalten und Medienkonsum (Weisser, 2009:S. 250)
482009	Diskussion. Perzentile kann verwirren	Spezifisches Umfeld	Interessant waren die in der Untersuchung dargestellten Einflüsse von Muttersprache, Bewegung, Ernährungsverhalten und Medienkonsum (Weisser, 2009:S. 250)
482009	Diskussion. Perzentile kann verwirren	Spezifisches Umfeld	Für die Untersuchung dieser Einflussfaktoren ist im Querschnittsvergleich die gewählte Definition von Übergewicht und Adipositas anhand der Perzentilenmethode akzeptabel (oberhalb der 90. beziehungsweise der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen) und Unterschiede wie zum Beispiel nach nationaler Herkunft werden sichtbar. (Weisser, 2009:S. 250)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche Handys als Aktivitätsbegleiter	Individuelles Verhalten	Hauptgründe für diese Entwicklung sind vor allem falsche Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel. (EB, 2009b:S. 891)
512010	Pädiatrie: Mit Weitblick	Individuelles Verhalten	Genetische Hintergründe der Adipositas fehlen ebenso wenig wie die Darstellung des Einflusses von Lebensstilfaktoren auf das metabolische Profil oder Referenzwerte für Blutdruck- und Lipidwerte im Kindes- und Jugendalter. (Böttcher, 2010:S. 284)
512010	Pädiatrie: Mit Weitblick	Prädisposition	Genetische Hintergründe der Adipositas fehlen ebenso wenig wie die Darstellung des Einflusses von Lebensstilfaktoren auf das metabolische Profil oder Referenzwerte für Blutdruck- und Lipidwerte im Kindes- und Jugendalter. (Böttcher, 2010:S. 284)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Alle Studien zeigen übereinstimmend, dass behinderte Kinder und Jugendliche verglichen mit nichtbehinderten etwa doppelt so häufig übergewichtig oder adipös sind. (Reinehr, 2010:S. 268)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Da behinderte Kinder und Jugendliche überproportional häufig übergewichtig und adipös sind, sollten effektive Präventions- und Interventionsstrategien zur Übergewichtsreduktion entwickelt werden, um ihre soziale Teilhabe nicht noch weiter zu gefährden (Reinehr, 2010:S. 268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Diese Arbeit hat zum Ziel, zu überprüfen, ob behinderte Kinder und Jugendliche auch häufiger übergewichtig sind (1). (Reinehr, 2010:S. 268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sind häufiger übergewichtig und adipös. (Reinehr, 2010:S. 268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Viele Untersuchungen in verschiedenen Ländern und Populationen zeigen übereinstimmend, dass behinderte Kinder und Jugendliche sowie chronisch kranke Kinder und Jugendliche häufiger übergewichtig und adipös sind, verglichen mit nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen (Tabelle 1). (Reinehr, 2010:S. 268)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Der Unterschied in der Übergewichtsprävalenz zwischen Kindern mit und ohne Entwicklungsverzögerung ist bereits ab einem Alter von drei Jahren nachweisbar („odds ratio“ [OR] 1,3; 95-%-Konfidenzintervall [CI] 1,01–1,67) für Übergewicht bei Kindern mit Entwicklungsverzögerung) und hat sich im fünften Lebensjahr noch weiter verstärkt (OR 1,8 [95-%-CI 1,23–2,54]) (e5). (Reinehr, 2010:S. 269)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Spezifisches Umfeld	Interessanterweise zeigt eine Studie, dass die von nicht behinderten Kindern bekannten Risikofaktoren für Übergewicht wie soziale Schicht und Migrationshintergrund bei behinderten Kindern nicht entscheidend sind (e5). (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Spezifisches Umfeld	Im Folgenden wird auf vier relevante Bereiche für Kinder mit Behinderungen eingegangen: Bewegung Ernährung Wissen und Aufmerksamkeit gegenüber Adipositas soziale Teilhabe. (Reinehr, 2010:S. 270)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Im Folgenden wird auf vier relevante Bereiche für Kinder mit Behinderungen eingegangen: Bewegung Ernährung Wissen und Aufmerksamkeit gegenüber Adipositas soziale Teilhabe. (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Fernsehen und Computerspiele konsumieren (1, e15, e16). Dieses Verhalten ist auch bei nicht-behinderten Kindern mit Adipositas assoziiert (e17). (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Ein Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Adipositas wurde insbesondere für Kinder mit infantiler Zerebralparese (e18, e19), Spina bifida (e20), geistiger Behinderung (e21), Asthma (e22) oder körperlichen Bewegungseinschränkungen (e22) nachgewiesen. (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Spezielle Ernährungsgewohnheiten bei behinderten Kindern und Jugendlichen können das Adipositasrisiko deutlich erhöhen. (Reinehr, 2010:S. 270)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Manche Kinder mit Autismus haben zum Beispiel die Angewohnheit, nur bestimmte sehr hochkalorische Lebensmittel zu verzehren (e23). (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Kinder mit Prader-Willi-Syndrom, Kraniopharyngeom, DownSyndrom oder Spina bifida haben eine Prädisposition zur Überernährung („overeating“), da die Hirnregionen, die für unsere Gewichtsregulation verantwortlich sind (Hypothalamus), geschädigt sein können (e24, e25). (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Manche Eltern neigen dazu, ihren behinderten Kindern vermehrt Süßigkeiten anzubieten, sei es aus vermehrtem Stress, zur Ruhigstellung des Kindes oder aus Angst, dem Kind nicht genügend Freude zu bereiten (1). (Reinehr, 2010:S. 270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Der häufige Verzehr von Lebensmitteln als Tröster bei Traurigkeit, Langeweile oder Einsamkeit kann ebenfalls zu Übergewicht bei behinderten Kindern und Jugendlichen führen (1). (Reinehr, 2010:S. 270)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Spezifisches Umfeld	Das in der Regel geringe Wissen über einen gesunden Lebensstil prädisponiert Behinderte zu einem höheren Adipositasrisiko. (Reinehr, 2010:S. 271)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Spezifisches Umfeld	Die häufig fehlende Teilhabe von Behinderten führt oft zum Gefühl der Isolation und beinhaltet die Gefahr des übermäßigen Essens als Kompensationsmechanismus für dieses soziale Defizit. (Reinehr, 2010:S. 271)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Individuelles Verhalten	Die häufig fehlende Teilhabe von Behinderten führt oft zum Gefühl der Isolation und beinhaltet die Gefahr des übermäßigen Essens als Kompensationsmechanismus für dieses soziale Defizit. (Reinehr, 2010:S. 271)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas (Reinehr, 2010:S. 274)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Prädisposition	Zu den Risikogruppen gehören vor allem Kinder und Jugendliche mit Spina bifida, funktionellen Bewegungseinschränkungen, Entwicklungsverzögerungen, Lernbehinderung, geistiger Behinderung, Hör- und Sehstörungen, Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivität(-)Störung, Asthma bronchiale oder juveniler Arthritis. (Reinehr, 2010:S. 274)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Dort, wo ärmere Bevölkerungsgruppen wohnen, wie in Washington Southeast, ist der Anteil höher – die übergewichtigen Kinder sind hier fast ausschließlich schwarz oder hispanisch. (Gerste, 2015:S. 1880)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Individuelles Verhalten	Dass die Wurzel des Übels bereits in der frühen Kindheit und oft gar in der Schwangerschaft gelegt wird, wird heute unter Experten kaum bestritten. (Gerste, 2015:S. 1880)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Eine Umfrage bei Eltern aus niedrigen Einkommensschichten (die Hälfte von ihnen selbst adipös) hat belegt, dass sich mehr als die Hälfte wenig Gedanken über die Größe dieser Snacks und deren gesunde Zusammensetzung macht. (Gerste, 2015:S. 1881)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Gesellschaftliches Umfeld	Die Erzieherinnen und Erzieher in zahlreichen Vorschulen (entspricht den deutschen Kindergärten) – oft selbst aus Niedriglohnvierteln stammend und schlecht besoldet – haben sich wiederholt als wenig sattelfest in Ernährungsfragen erwiesen. (Gerste, 2015:S. 1881)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Die Assoziation zwischen Stillen oder längerer Stilldauer und niedrigerer Adipositasrate ist vorwiegend in Kollektiven weißer europäischer und amerikanischer Populationen belegt und somit in Gruppen mit einer anderen sozialen Dynamik als in Hochrisikopopulationen amerikanischer Innenstädte. (Gerste, 2015:S. 1881)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Was logisch klingt, scheitert gerade in den US-amerikanischen Stadtteilen, die einen besonders hohen Anteil von Haushalten an und unter der Armutsgrenze (wo adipöse Kinder überdurchschnittlich häufig anzutreffen sind) haben, an der gesellschaftlichen Realität (Gerste, 2015:S. 1881)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Die Möglichkeit, dieses Wissen in die Tat umzusetzen, hängt indes von der ökonomischen Situation ab. (Gerste, 2015:S. 1881)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Während die Burgerketten mit Ein-Dollar-Sonderangeboten werben, schlägt der Einkauf im Biosupermarkt Whole Foods mit Summen zu Buche, die gerade für die Eltern jener Kinder nicht machbar sind, die in der Schule kostenlos oder reduziert verpflegt werden – was in manchen innerstädtischen Problembezirken 80 Prozent und mehr der Jugendlichen sind. (Gerste, 2015:S. 1881)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Eine Studiengruppe der Harvard Universität hat bei der Analyse der Lebenssituationen von 40 000 pädiatrischen Patienten im Großraum Boston eine eindeutige Beziehung zwischen der Entfernung der Wohnung zum nächsten Supermarkt und damit einer Quelle frischer und daheim zubereiteter Lebensmittel (kurze Entfernung gleich niedriger BMI) und der Zahl der Fastfood-Niederlassungen sowie regulärer Restaurants in Wohnnähe (je mehr, desto höher die Adipositasrate) gefunden (4). (Gerste, 2015:S. 1881)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Spezifisches Umfeld	Die amerikanische Gesellschaft ist auch beim Essen zutiefst gespalten: in jene, die sich eine gesunde Ernährung erlauben können, und jene häufig den Minderheiten angehörenden Kinder und Jugendlichen, die dem Junkfood nicht entkommen können. (Gerste, 2015:S. 1881)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Prädisposition	Denn Fettleibigkeit kann zu 40 bis 60 Prozent genetisch bedingt sein, heißt es im Weißbuch Adipositas. (Gießelmann, 2016:S. 1920)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Prädisposition	In der Assoziationsstudie GI-ANT (Genetic Investigation of Anthropometric Traits) identifizierten Forscher 97 Genorte, die mit dem Body-mass-Index assoziiert sind. (Gießelmann, 2016:S. 1920)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Individuelles Verhalten	„Kinder, die gestillt wurden, haben später ein geringeres Risiko für Ekzeme der Haut, chronische Darmerkrankungen, Mittelohrentzündung, plötzlichen Kindstod, akute lymphatische Leukämie, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2“, zählte Koletzko auf. (Gießelmann, 2016:S. 1920)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Individuelles Verhalten	„Den Vorteil des Stillens gegenüber Flaschennahrung hinsichtlich des späteren Risikos für Übergewicht führen wir auf die geringere Eiweißmenge zurück“, erläuterte er die Ergebnisse des „Childhood Obesity Project“. (Gießelmann, 2016:S. 1921)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Spezifisches Umfeld	Gleichzeitig schränkt er die Aussagekraft der Studien zum Stillen ein: „Der sozioökonomische Status darf nicht unterschätzt werden.“ (Gießelmann, 2016:S. 1921)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Individuelles Verhalten	Viele Studien deuten aber darauf hin, dass sich das Gewicht der Mutter zu Beginn und in der Schwangerschaft stark auswirkt (Gießelmann, 2016:S. 1921)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Individuelles Verhalten	Ist die Mutter adipös, verdreifacht sich das Risiko des Kindes für starkes Übergewicht. (Gießelmann, 2016:S. 1921)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Individuelles Verhalten	Dabei werden unter anderem folgende Hypothesen geprüft: Fetale Überernährung, etwa aufgrund von Übergewicht oder Diabetes der Schwangeren, erhöht das Risiko des Kindes für Adipositas, Insulinresistenz, Diabetes, Bluthochdruck, Herzkrankungen, Schlaganfall und Asthma. (Gießelmann, 2016:S. 1921)
602017	Prävention Kindermarketingverbot für Lebensmittel gefordert	Gesellschaftliches Umfeld	Die „kindgerechte“ Internetwerbung fokussiert demnach vor allem Produkte mit zu hohem Zucker-, Salz- oder Fettgehalt, die das Risiko einer kindlichen Adipositas stark erhöhen (hil, 2017:S. 920)

Codings der Kategorie Ursachen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
602017	Prävention Kindermarketingverbot für Lebensmittel gefordert	Gesellschaftliches Umfeld	„Vor allem im Bereich der sozialen Medien haben die Lockrufe von Süßwarenherstellern und ähnlichen Anbietern deutlich zugenommen“, sagte Studienleiter Dr. rer. pol. Tobias Effertz von der Universität Hamburg. (hil, 2017:S. 920)

Tabelle 8.3 Kodierte Aussagen der Kategorie *Bedeutung und Folgen*. Dokumentation der Codingtabelle, entnommen aus der Software MAXQDA

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011965	Rachitis durch Überernährung	Somatische Folgen	Die eine Ursache, die immer lässiger gewordene Handhabung der früher so erfolgreichen Vitamin-D-Prophylaxe, wurde schon in mehreren Arbeiten beleuchtet, nicht jedoch meines Wissens in jüngerer Zeit eine andere, fast ebenso wichtige: die Überernährung, vor allem mit Kohlenhydraten. (Hartenstein, 1965:S. 2123)
011965	Rachitis durch Überernährung	Somatische Folgen	Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, bekamen bei üblicherweise genügenden prophylaktischen Vitamin-D-Gaben im Vergleich zu normalgewichtigen Säuglingen etwa fünfmal soviel übergewichtige eine englische Krankheit. (Hartenstein, 1965:S. 2123)
011965	Rachitis durch Überernährung	Somatische Folgen	Dabei fiel mir in zunehmendem Maße die mir von früher bekannte Tatsache auf, daß diese vornehmlich kohlenhydratüberfütterten und oft pastösen Säuglinge erheblich häufiger Zeichen einer floriden Rachitis aufwiesen als eutrophische und euergische*). (Hartenstein, 1965:S. 2124)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011965	Rachitis durch Überernährung	Somatische Folgen	Auf diese Weise werden die rachitisbegünstigende Überernährung und besonders die Kohlenhydratmast vermieden. (Hartenstein, 1965:S. 2124)
011965	Rachitis durch Überernährung	Somatische Folgen	An 1591 Säuglingen einer Kinderpraxis wurde in einem Jahr (von 1963 auf 1964) eine Zunahme der Rachitis um 1,8 Prozent (von 15,3 auf 17,1 Prozent) festgestellt und trotz üblicherweise genügender Vitamin-D-Prophylaxe eine im Vergleich zu normalgewichtigen Säuglingen etwa fünfmal so häufige Erkrankungen von übergewichtigen an englischer Krankheit beobachtet. (Hartenstein, 1965:S. 2123)
031966	Rachitis durch Überernährung Schlusswort	Somatische Folgen	Der von mir festgestellte Zusammenhang zwischen Rachitistentstehung und Übergewicht scheint damit sicher. (Hartenstein, 1966)
041966	Fettsuchtbehandlung schon im Kindesalter	Somatische Folgen	Die lebensverkürzende Fettsucht hat ihre Wurzeln häufig in der Kindheit der Patienten und muß daher schon in dieser Zeit diagnostiziert und behandelt werden. (me, 1966:S. 2545)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
061976	Wachstum und Adipositas	Somatische Folgen	Übergewichtige beziehungsweise fettsüchtige Kinder wachsen normal oder sogar schneller als normalgewichtige Gleichaltrige. (DÄ, 1976:S. 3098)
061976	Wachstum und Adipositas	Somatische Folgen	Dennoch kann bei diesen Kindern keine erhöhte, sondern vielmehr eine erniedrigte Aktivität des Wachstumshormons nachgewiesen werden (Privatdozent Dr. O. Butenandt, Universitätskinderklinik München). (DÄ, 1976:S. 3098)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Ihr Einfluß auf die verschiedenen Krankheitsbilder ist unbestritten (Darstellung 1). (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Die erwartete Sterblichkeit schlanker Personen (= 100 Prozent) wird durch die aktuelle Sterblichkeit adipöser Personen beim Diabetes mellitus mehr als dreimal, bei Nieren-, Leber- und Gallenerkrankungen mehr als zweimal übertroffen. (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Bei der Adipositas sind Fettspaltung und Freisetzung von Glycerin und Fettsäuren aus dem Fettgewebe gesteigert. (Maaser, 1976a:S. 2565)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Die Plasmakonzentrationen der freien Fettsäuren und des Glycerins sind mäßig bis deutlich erhöht. (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	In der Muskulatur hemmen erhöhte Konzentrationen freier Fettsäuren die Glukoseaufnahme und führen zum Blutzuckeranstieg. (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Das antilipolytisch wirksame Insulin ist bei Adipösen häufig erhöht (Hyperinsulinismus). (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Dennoch ist die Lipolyse weniger gehemmt als bei nicht adipösen Personen. (Maaser, 1976a:S. 2565)
081976	Adipositas bei Kindern 1.Mitteilung	Somatische Folgen	Eine Vielzahl adipöser Kinder zeigt eine von der Norm abweichende Glukosetoleranz. (Maaser, 1976a:S. 2566)
101994	Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen	Somatische Folgen	Nach Ansicht der Wissenschaftler wären Programme zur Gewichtsverminderung bei Kindern geeignet, kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenleben zu verhindern. (silk, 1994:S. 1898)
121998	Prävention der Adipositas	Somatische Folgen	Adipositas bedeutet eine erhöhte Morbidität und Mortalität (18). (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Ökonomische Folgen	Zu dem persönlichen Leid der Betroffenen kommen auch erhebliche Kosten für unser Gesundheitswesen (16). (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027)
121998	Prävention der Adipositas	Psychische Folgen	Zu dem persönlichen Leid der Betroffenen kommen auch erhebliche Kosten für unser Gesundheitswesen (16). (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027)
121998	Prävention der Adipositas	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Neben dem Rauchen ist die Adipositas die häufigste Ursache vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027)
121998	Prävention der Adipositas	Somatische Folgen	Adipositas die häufigste Ursache vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2027)
121998	Prävention der Adipositas	Somatische Folgen	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bedeutet ein hohes Risiko für Stoffwechsel- und Herz- und Kreislauferkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter, sie hat erhebliche ökonomische und psycho-soziale Konsequenzen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Ökonomische Folgen	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bedeutet ein hohes Risiko für Stoffwechsel- und Herz- und Kreislauferkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter, sie hat erhebliche ökonomische und psycho-soziale Konsequenzen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028)
121998	Prävention der Adipositas	Psychische Folgen	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bedeutet ein hohes Risiko für Stoffwechsel- und Herz- und Kreislauferkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter, sie hat erhebliche ökonomische und psycho-soziale Konsequenzen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S. 2028)
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Somatische Folgen	Dieses auch bei (noch) nicht manifestem Diabetes mellitus, da man die Adipositas mit Fug und Recht als Vorläufer oder Teil des Metabolischen Syndroms betrachten kann. (Krause, 1998:S. 3299)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
162001	Übergewicht bei Kleinkindern	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Die Gewichtszunahme sollte im Hinblick auf die bekannten zu erwartenden Komplikationen bereits im Kindesalter zur Prävention beziehungsweise Behandlung führen. (goa, 2001:S. 1696)
172001	Übergewicht bei Kindern durch Softdrinks	Public-Health-Problem	Exzessives Übergewicht gilt der Studie zufolge als das mittlerweile häufigste pädiatrische Problem in den USA (brm, 2001:S. 985)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Somatische Folgen	Adipositas ist das am schnellsten wachsende Gesundheitsrisiko; die Begleiterkrankungen (Typ 2 Diabetes mellitus, Hypertonus, Herz- Kreislauf-Erkrankungen) und Folgeerkrankungen (diabetische Nephropathie) steigen ebenfalls. (Bühring, 2001:S.2942)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Ökonomische Folgen	Die Diagnostik und Behandlung von ernährungsbedingten Krankheiten koste inzwischen mehr als die Behandlung von Unfallopfern, betonte Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Institut für Ernährungswissenschaft, Justus-Liebig- Universität Gießen, bei der wissenschaftlichen Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) in Bonn (Bühning, 2001:S.2942)
192002	Kinderärzte: Jugendliche sind zu dick	Public-Health-Problem	Mit dieser Problematik befasste sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte auf seinem diesjährigen Kongress in Weimar. (DÄ, 2002b:S. 896)
192002	Kinderärzte: Jugendliche sind zu dick	Public-Health-Problem	Nach Auffassung des Verbandes ist das Problem auf mittlere Sicht nur mit integrativen Ansätzen zu bewältigen. (DÄ, 2002b:S. 896)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
252004	Adipositas. Wo bleibt die Eigenverantwortung	Ökonomische Folgen	Also: gerne noch einmal zum Beispiel per Schularzt Informationen über den Zusammenhang von Lebensstil sowie Nahrungsgewohnheiten einerseits und Adipositas mit nachfolgenden Krankheitskosten (!) infolge Hochdruck, Diabetes, Arteriosklerose, Gelenkverschleiß, seniler Demenz andererseits, aber bitte bei Nichterfolg deutlich höhere Krankenkassenbeiträge bzw. Neueinführung von Beiträgen für adipöse Kinder (Malus) oder alternativ deutliche Beitragsgutschrift für Schlanke (Bonus). (Bethke, 2004:S. 2174)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
252004	Adipositas. Wo bleibt die Eigenverantwortung	Somatische Folgen	Also: gerne noch einmal zum Beispiel per Schularzt Informationen über den Zusammenhang von Lebensstil sowie Nahrungsgewohnheiten einerseits und Adipositas mit nachfolgenden Krankheitskosten (!) infolge Hochdruck, Diabetes, Arteriosklerose, Gelenkverschleiß, seniler Demenz andererseits, aber bitte bei Nichterfolg deutlich höhere Krankenkassenbeiträge bzw. Neueinführung von Beiträgen für adipöse Kinder (Malus) oder alternativ deutliche Beitragsgutschrift für Schlanke (Bonus). (Bethke, 2004:S. 2174)
252004	Adipositas. Wo bleibt die Eigenverantwortung	Public-Health- Problem	Die üblen Konsequenzen der Adipositas sollten sinnfällig gemacht werden, wie das bei anderen Versicherungen längst gang und gäbe ist. (Bethke, 2004:S. 2174)
252004	Adipositas. Wo bleibt die Eigenverantwortung	Ökonomische Folgen	Die üblen Konsequenzen der Adipositas sollten sinnfällig gemacht werden, wie das bei anderen Versicherungen längst gang und gäbe ist. (Bethke, 2004:S. 2174)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Übergewicht und Adipositas sind ein weltweit zunehmendes Gesundheitsrisiko (Hutzler, 2004:S. 1657)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Ab einem bestimmten Ausprägungsgrad wird Adipositas von einigen Experten als Krankheitszustand angesehen. (Hutzler, 2004:S. 1657)
272005	Verleihungen	Somatische Folgen	Hypertonie-Forschungsstipendium – verliehen durch die Deutsche Hochdruckliga, an Dr. med. Antje Körner, Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig, dotiert mit 50 000 Euro über eine Laufzeit von zwei Jahren, für die Bearbeitung des Themas „Die Rolle von Adiponectin als Prädiktor und Mediator von kardiovaskulären Folgeerkrankungen der Adipositas bei Kindern“. (EB, 2005:S. 2967)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Ökonomische Folgen	Hypertonie, Störungen des Glucose- und Fettstoffwechsels und des Bewegungsapparates sowie psychosoziale Benachteiligung sind bei übergewichtigen und adipösen Kindern häufig, sie werden aber in der Praxis nicht immer erfasst (4, 5, 6, e2, e3, e4) (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Somatische Folgen	Hypertonie, Störungen des Glucose- und Fettstoffwechsels und des Bewegungsapparates sowie psychosoziale Benachteiligung sind bei übergewichtigen und adipösen Kindern häufig, sie werden aber in der Praxis nicht immer erfasst (4, 5, 6, e2, e3, e4) (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Psychische Folgen	Hypertonie, Störungen des Glucose- und Fettstoffwechsels und des Bewegungsapparates sowie psychosoziale Benachteiligung sind bei übergewichtigen und adipösen Kindern häufig, sie werden aber in der Praxis nicht immer erfasst (4, 5, 6, e2, e3, e4) (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Verminderte Lebensqualität	Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist eine erhebliche Last für die Betroffenen, die Familien und die Gesellschaft. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Public-Health-Problem	Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist eine erhebliche Last für die Betroffenen, die Familien und die Gesellschaft. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Somatische Folgen	Frühzeitige Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas sind notwendig, um die metabolischen, kardiovaskulären und orthopädischen Risiken und Folgestörungen zu vermeiden. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Somatische Folgen	Die Gewichtsveränderungen sind relativ moderat, sie bewirken aber bereits eine Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils (18, 19) (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Somatische Folgen	Die komorbiden Störungen könnten medikamentös, beispielsweise mit Antihypertensiva, behandelt werden. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 336)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Public-Health-Problem	Übergewicht und Adipositas sind Probleme von Public Health (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Somatische Folgen	Diese Zuordnung wird durch die hohe Prävalenz, die zunehmende Verbreitung, ihren Einfluss auf Morbidität und Lebenserwartung, die sozialen Auswirkungen und gesellschaftlichen Kosten, begrenzte Behandlungsmöglichkeiten und auch die zunehmende politische Aufmerksamkeit erklärt. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Ökonomische Folgen	Diese Zuordnung wird durch die hohe Prävalenz, die zunehmende Verbreitung, ihren Einfluss auf Morbidität und Lebenserwartung, die sozialen Auswirkungen und gesellschaftlichen Kosten, begrenzte Behandlungsmöglichkeiten und auch die zunehmende politische Aufmerksamkeit erklärt. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 337)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Psychische Folgen	Diese Zuordnung wird durch die hohe Prävalenz, die zunehmende Verbreitung, ihren Einfluss auf Morbidität und Lebenserwartung, die sozialen Auswirkungen und gesellschaftlichen Kosten, begrenzte Behandlungsmöglichkeiten und auch die zunehmende politische Aufmerksamkeit erklärt. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Public-Health-Problem	Es ist deshalb dringend notwendig, dass alle Gesundheitsexperten, einschließlich der Ärzte, das Problem ernst nehmen und sich darum auch auf gesellschaftlicher Ebene kümmern (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S. 337)
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Obwohl die Zusammenhänge zwischen intrauteriner Ernährung und auch dem Stillen einerseits und dem späteren Auftreten von Übergewicht und der mit ihr assoziierten Morbidität andererseits sowohl tierexperimentell als auch in epidemiologischen Studien gut belegt sind (2), sei darauf hingewiesen, dass der anteilige Effekt dieser Faktoren auf die interindividuelle Varianz des Körpergewichts eher (Müller, 2006:S.1309)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
312006	Berthold Koletzko eine neue Dimension der Prävention	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Der Grundstein für diese Erkrankungen wird allerdings nicht erst im Erwachsenenalter gelegt. (Hibbeler, 2006:S. 1920)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Public-Health-Problem	Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet die Adipositas als globales Problem beziehungsweise als eine Besorgnis erregende Epidemie (e1). (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Bei der Adipositas handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit reduzierter Lebensqualität, erhöhter Morbidität und Mortalität, die langfristige Präventions- und Therapiestrategien benötigt (e1). (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Verminderte Lebensqualität	Bei der Adipositas handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit reduzierter Lebensqualität, erhöhter Morbidität und Mortalität, die langfristige Präventions- und Therapiestrategien benötigt (e1). (Korsten-Reck, 2007:S.35)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Bei der Adipositas handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit reduzierter Lebensqualität, erhöhter Morbidität und Mortalität, die langfristige Präventions- und Therapiestrategien benötigt (e1). (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Die Adipositas kann bereits bei Kindern und Jugendlichen mit zahlreichen klinisch relevanten Folgen, wie kardiovaskulären Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Typ-2-Diabetes, aber auch mit orthopädischen und psychischen Erkrankungen einhergehen (2, e3, 3). (Korsten-Reck, 2007:S.35-36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychische Folgen	Die Adipositas kann bereits bei Kindern und Jugendlichen mit zahlreichen klinisch relevanten Folgen, wie kardiovaskulären Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Typ-2-Diabetes, aber auch mit orthopädischen und psychischen Erkrankungen einhergehen (2, e3, 3). (Korsten-Reck, 2007:S.35-36)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Die klinischen Auswirkungen liegen über eine lange Zeit latent vor – etwa als erhöhter Blutdruck oder eine Fettstoffwechselstörung –, werden jedoch körperlich nicht wahrgenommen. (Korsten-Reck, 2007:S.36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychische Folgen	Dies führt dazu, dass sich der Krankheitswert der Adipositas bei Kindern in der Eigenwahrnehmung in erster Linie nicht durch körperliche Erkrankungen, sondern durch einen enormen psychischen Leidensdruck manifestiert. (Korsten-Reck, 2007:S.36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychische Folgen	Übergewichtige Kinder werden ausgegrenzt und stigmatisiert, ihr Selbstwertgefühl leidet und der soziale Rückzug wird begünstigt. (Korsten-Reck, 2007:S.36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Verminderte Lebensqualität	So zeigt die Untersuchung von Schwimmer et al., dass übergewichtige Kinder einen mit dem von krebserkrankten Kindern vergleichbaren Leidensdruck empfinden (4). (Korsten-Reck, 2007:S.36)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychische Folgen	So zeigt die Untersuchung von Schwimmer et al., dass übergewichtige Kinder einen mit dem von krebskranken Kindern vergleichbaren Leidensdruck empfinden (4). (Korsten-Reck, 2007:S.36)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Ähnlich wie bei Erwachsenen führt die regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern – insbesondere bei übergewichtigen – zur Prävention von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, hypertone Dysregulation und Arteriosklerose, aber auch zur Verbesserung der sozialen Kompetenz durch Aktivitäten innerhalb einer Gruppe (24). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychische Folgen	Ähnlich wie bei Erwachsenen führt die regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern – insbesondere bei übergewichtigen – zur Prävention von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, hypertone Dysregulation und Arteriosklerose, aber auch zur Verbesserung der sozialen Kompetenz durch Aktivitäten innerhalb einer Gruppe (24). (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Da bei adipösen Kindern mithilfe des Koordinationstests nach Kipphard (KTK), des allgemeinen sportmotorischen Tests (AST) und des Münchner Fitness Tests (MFT) ein allgemeines Defizit der motorischen Entwicklung nachgewiesen werden konnte, sollte diesem Bereich eine große Aufmerksamkeit beigemessen werden (e40). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Vor allem die aerobe Ausdauer und die Koordination betreffend zeigen übergewichtige Kinder erhebliche Defizite. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Somatische Folgen	Sie verfügen zwar über gute einzelne koordinative Fähigkeiten, komplexe Abläufe werden jedoch deutlich schlechter durchgeführt als von normalgewichtigen Kindern (e40, e41, e42, e43), weil diese aufgrund des Übergewichts häufig über einen langen Zeitraum nicht mehr trainiert wurden. (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Sportprogramme für übergewichtige Kinder müssen die genannten Defizite beachten und vor allem auch zu einem aktiven Freizeitverhalten motivieren, weil nur dadurch ein langfristiges Management der Adipositas als chronische Erkrankung möglich ist (22). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Somatische Folgen	Vielmehr ist der Epidemiologe an der Universität Illinois, Chicago, davon überzeugt, dass unsere Kinder zu der ersten Generation zählen, die kürzer leben wird als ihre Eltern (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Somatische Folgen	Die traurigen Folgen: „Viele dieser Kinder leiden unter Bluthochdruck, Diabetes und erhöhten Fettwerten, ihre Bewegungsfähigkeit ist schon in jungen Jahren eingeschränkt“, berichtete der US-Amerikaner während des zweiten European Media Summit GE Healthcare zur Zukunft der europäischen Gesundheitsversorgung in Berlin (Merten, 2007:S.2849)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
352007	Kinder- gesundheit. Wenn Was- ser wieder zum Getränk wird	Somatische Folgen	Der einzige Weg, dem Teufelskreis aus Übergewicht/Fettleibigkeit und frühzeitigen Erkrankungen zu entkommen, seien mehr Bewegung, weniger Essen und kalorienärmere Getränke. (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder- gesundheit. Wenn Was- ser wieder zum Getränk wird	Somatische Folgen	Vielleicht steht am Ende die Empfehlung des Familienministeriums, Programme wie Tigerkids zu unterstützen – Programme, die dazu beitragen, Olsanskys düstere These von einer kürzeren Lebensdauer zu widerlegen. (Merten, 2007:S.2849)
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Public-Health- Problem	Übergewichtige Babys, vor allem infolge von Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel der Mutter in graviditate, sind in den westlichen Industrieländern eine dramatisch zunehmende Herausforderung für die präventive Perinatalmedizin (Plagemann, 2007:S.1672)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Public-Health-Problem	Übergewichtige Mutter – übergewichtiges Baby – übergewichtiger Erwachsener: Dies ist eine Herausforderung, der wir uns schon heute im Sinne perinataler Präventivmedizin zu stellen haben. (Plagemann, 2007:S.1672)
372007	Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe	Somatische Folgen	Zehn Prozent der adipösen Kinder weisen zwei oder mehr Risikofaktoren des metabolischen Syndroms auf. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2185)
372007	Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe	Somatische Folgen	Nun befürchtet man, dass die Kinder, die bereits jetzt übergewichtig sind, als Erwachsene ebenfalls am metabolischen Syndrom und seinen Folgen erkranken. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2185)
372007	Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe	Somatische Folgen	Die chinesischen Ärzte halten die zunehmende Übergewichtigkeit von Kindern und Jugendlichen mit daraus immer häufiger resultierenden Fällen von metabolischem Syndrom und Typ-II-Diabetes für eine Begleiterscheinung des neuen Wohlstands in den Städten. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind - Prinz oder Bettelknabe	Somatische Folgen	Hinsichtlich der Behandlung der Folgeerkrankungen (metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus) ist es sinnvoll, sich auch in Zukunft auszutauschen. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2184)
382007	Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen	Public-Health-Problem	Es wird deutlich, dass Übergewicht ein gemeinschaftliches Problem ist, welches nur interdisziplinär bekämpft werden kann. (Anheier, 2007)
392008	Verleihungen	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Sie wurde für ihre Arbeiten über die Entstehung von Adipositas und deren Folgeerkrankungen bei Kindern und die Rolle des Fettgewebes dabei ausgezeichnet. (EB, 2008:S.2230)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Public-Health-Problem	Zur Vorbeugung des Problems muss man im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes nicht nur individuelle Ursachen erkennen, sondern auch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Einflüsse identifizieren, die zu der steigenden Prävalenz beitragen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883f)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Somatische Folgen	Oft werden aus übergewichtigen Kindern und Jugendlichen übergewichtige Erwachsene mit einem erhöhten Risiko für Folgekrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, orthopädischen Problemen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Somatische Folgen	Danach steigt das Risiko, als Erwachsener an einer KHK zu erkranken, linear mit der Höhe des Body-Mass-Index (BMI) in der Kindheit (2) (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Somatische Folgen	Es zeigte sich eine verschiedenen starke Assoziation von Übergewicht und Insulinspiegel, Gesamtcholesterin, Triglyceriden, LDL und systolischem beziehungsweise diastolischem Blutdruck. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Somatische Folgen	Auch das Anhäufen von Risikofaktoren bei schwergewichtigen Kindern und Jugendlichen wurde sichtbar. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Sie identifizieren Übergewicht und Adipositas als die am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Risiken für Kinder und Jugendliche (4). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.883)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Prävention sollte möglichst früh ansetzen, da man gesundheitsbezogenes Verhalten bei Kindern leichter beeinflussen kann als bei Erwachsenen und die Manifestation von Folgeerkrankungen besser vermeiden kann. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887)
412008	Paradoxien des Gewichts	Psychische Folgen	In einer Gesellschaft, in der Menschen mit Adipositas einer erheblichen Stigmatisierung ausgesetzt sind und in der das Äußere eine so große Rolle spielt, ist es geradezu erstaunlich, dass immerhin 40,4 % der 11- bis 17- Jährigen der Meinung sind, sie hätten „genau das richtige Gewicht“ (Hebebrand, 2008:S.404)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
412008	Paradoxien des Gewichts	Allgemeines Gesundheitsrisiko	In einer Gesellschaft, in der Menschen mit Adipositas einer erheblichen Stigmatisierung ausgesetzt sind und in der das Äußere eine so große Rolle spielt, ist es geradezu erstaunlich, dass immerhin 40,4 % der 11- bis 17- Jährigen der Meinung sind, sie hätten „genau das richtige Gewicht“ (Hebebrand, 2008:S.404)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Somatische Folgen	Bekannte gesundheitliche Probleme als Folge eines extremen Übergewichts sind erhöhter Blutdruck sowie erhöhte Blutzucker- und Cholesterinspiegel (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.406)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Somatische Folgen	Krankheiten, die früher erst bei Erwachsenen auftraten, sind heute bereits bei Kindern festzustellen, so zum Beispiel Typ-2-Diabetes, Fettleber, Gelenkschäden, Bluthochdruck, Atmungsstörungen während des Schlafens und Arterienverkalkung (3, 4). (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.406)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Somatische Folgen	Längerfristige Auswirkungen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter auf die spätere Gesundheit sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Schlaganfälle, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen, bis hin zu einer verringerten Lebenserwartung (5). (Bärbel-Maria Kurth und Eilert, 2008:S.406)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Verminderte Lebensqualität	Jugendliche, die sich für „viel zu dick“ halten, weisen unabhängig vom BMI extreme Einbußen in der Lebensqualität auf. (Bärbel-Maria Kurth und Eilert, 2008:S.406)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Verminderte Lebensqualität	In ihrer Lebensqualität und fast allen gemessenen Bereichen sind adipöse Kinder und Jugendliche beeinträchtigt, was sich in zwar geringfügig, aber signifikant niedrigeren Skalenergebnissen der KINDL-Gesamtwerte (Tabelle 1a) niederschlägt. (Bärbel-Maria Kurth und Eilert, 2008:S.408)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Somatische Folgen	Bei adipösen Mädchen ist das körperliche Wohlbefinden beeinträchtigt. Dies zeigt sich bei Jungen nicht. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.408)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Adipöse Jungen zeigen hingegen eine signifikante Beeinträchtigung im Freundeskreis. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.409)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Die Selbstwertkala ist bei adipösen Mädchen im Gegensatz zu den Jungen signifikant verringert. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.409)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Verminderte Lebensqualität	Kinder und Jugendliche mit Adipositas weisen signifikante Einbußen in der schulischen Lebensqualität auf. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.409)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Verminderte Lebensqualität	Sowohl die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes als auch die Lebensqualitätseinbußen von adipösen Kindern und Jugendlichen sind in der Literatur bereits beschrieben (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.409)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Für adipöse Jugendliche wurde ein höherer Grad an psychischen Belastungen gefunden als bei den Normalgewichtigen. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Im Ergebnis wurde zwar ein schwacher Zusammenhang zwischen Übergewichtigkeit und depressiven Symptomen bei Mädchen festgestellt, nicht jedoch bei den Jungen. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Wenn die Kinder allerdings mit ihrem Körpergewicht unzufrieden waren, so wurde eine Korrelation für beide Geschlechter festgestellt. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Folgen	Eine Untersuchung (17) des KINDL-R-Fragebogens zur Auswirkung von chronischen Krankheiten auf die verschiedenen Lebensqualitätsskalen ergab für die Adipositas eine Verringerung des KINDL-Gesamt-Scores und der meisten Subskalen. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Somatische Folgen	Dies soll die Auswirkungen von Adipositas auf die körperliche Gesundheit keineswegs relativieren. (Bärbel-Maria Kurth und Ellert, 2008:S.411)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Bei extremer Adipositas sind chirurgische Eingriffe wie Magenband und -bypass der effizienteste und bei vielen Betroffenen auch der einzige Weg, das Körpergewicht anhaltend deutlich zu reduzieren und begleitende Stoffwechselerkrankungen günstig zu beeinflussen. (Fath, 2008:S.2637)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Übergewicht (Body-Mass-Index, BMI mehr als 25 kg/m ²) ist in den Industrienationen inzwischen der häufigste Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und mit vielen metabolischen Störungen vergesellschaftet. (Fath, 2008:S.2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Das Gesundheitsrisiko durch Übergewicht wird aber in der Bevölkerung immer noch unterschätzt, häufig auch bei Kindern und Jugendlichen. (Fath, 2008:S.2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Allgemeines Gesundheitsrisiko	„Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind krank“, betonte Dr. Karl Miller aus Hallein in Österreich. (Fath, 2008:S.2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Etwa die Hälfte der Betroffenen hat ein metabolisches Syndrom, und ein BMI von 40 ist inzwischen keine Seltenheit mehr. (Fath, 2008:S.2637)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Das typische Bild eines stark adipösen Jugendlichen: BMI über 40, Fettmasse über 45 Prozent, die tägliche Energiezufuhr liegt bei mehr als 3 000 Kilokalorien täglich, keine Bewegung, Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz, Depressionen und Sozialphobie, häufig auch erhöhte Entzündungsmarker und endotheliale Dysfunktion. (Fath, 2008:S.2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Psychische Folgen	Das typische Bild eines stark adipösen Jugendlichen: BMI über 40, Fettmasse über 45 Prozent, die tägliche Energiezufuhr liegt bei mehr als 3 000 Kilokalorien täglich, keine Bewegung, Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz, Depressionen und Sozialphobie, häufig auch erhöhte Entzündungsmarker und endotheliale Dysfunktion. (Fath, 2008:S.2637)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	„Drei Viertel der Betroffenen haben bereits schwerste Knorpelschäden“, betonte Widhalm. (Fath, 2008:S.2637)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Viele Patienten hatten Begleiterkrankungen: fünf Diabetes, elf Hypertonie, sechs Fettstoffwechselstörungen, drei Schlafapnoe und elf Gelenkprobleme. (Fath, 2008:S.2640)
432008	Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Somatische Folgen	Immerhin: Die Werte des Entzündungsmarkers CRP (C-reaktives Protein) verringerten sich von 1,6 auf 0,9 mg/dl und die Gamma-GT-Werte von 47 auf 28 U/l im Mittel 49 Monate nach OP. (Fath, 2008:S.2640)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Somatische Folgen	Psychosoziale Belastungen und körperliche Sekundärkomplikationen, wie Bluthochdruck, Dyslipidämie, Hormonstörungen, Diabetes, Schlafapnoe, Steatose, Verformungen der Füße mit Fehlstellungen und Hüftdysplasien, können die Folge sein. (Siegmund-Schultze, 2008:S.2376)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Psychische Folgen	Psychosoziale Belastungen und körperliche Sekundärkomplikationen, wie Bluthochdruck, Dyslipidämie, Hormonstörungen, Diabetes, Schlafapnoe, Steatose, Verformungen der Füße mit Fehlstellungen und Hüftdysplasien, können die Folge sein. (Siegmund-Schultze, 2008:S.2376)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Somatische Folgen	Eine Hypertonie hatten bereits 26 Prozent und 37 Prozent Dyslipidämien. (Siegmund-Schultze, 2008:S.2376)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Somatische Folgen	Denn auch die kardiovaskulären Risikofaktoren wurden reduziert: Nur noch 17 Prozent der Teilnehmer hatten einen Hypertonus und 28 Prozent erhöhte Blutfettwerte. (Siegmund-Schultze, 2008:S.2376)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
472009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Schlusswort	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Wegen der geringen Inzidenz von Adipositas-abhängigen Erkrankungen und mangels ausreichender longitudinaler Untersuchungen zum Gesundheitsrisiko der Adipositas im Kindes- und Jugendalter gibt es keine Grenzwerte für das gesundheitsgefährdende Ausmaß der Körper-Fett-Masse in diesem Altersbereich (1). (Weber, 2009:S. 250)
472009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Schlusswort	Allgemeines Gesundheitsrisiko	International gibt es einzelne epidemiologische Studien bei Kindern und Jugendlichen zum Zusammenhang von Adipositas und Morbidität im Erwachsenenalter. (Weber, 2009:S. 250)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
472009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Schlusswort	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Eine Verwendung der Ergebnisse dieser Untersuchungen und eine Erweiterung im Sinne einer Weiterbeobachtung einer KIGGS-Kohorte ließen vertiefende Fragestellungen zu Übergewicht als Risikofaktor für Folgeerkrankungen zu (2). (Weber, 2009:S. 250)
482009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Diskussion	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Auch beim kindlichen Übergewicht sollten wie beim Blutdruck Grenzwerte definiert werden, die sich am gesundheitlichen Risiko und nicht an einer statistischen Verteilung orientieren. (Weisser, 2009:S.250)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
482009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Diskussion	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Möglicherweise liegt auch bei diesem Risikofaktor eine Gefährdung bereits bei deutlich niedrigeren Perzentilen vor. (Weisser, 2009:S.250)
482009	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – Eine Untersuchung in Augsburg. Diskussion	Allgemeines Gesundheitsrisiko	In jedem Fall sollten die absoluten Werte für Körpergewicht oder Body-Mass-Index ermittelt werden, ab denen das Gesundheitsrisiko ansteigt. (Weisser, 2009:S.250)
512010	Pädiatrie. Mit Weitblick	Allgemeines Gesundheitsrisiko	So liegt der Schwerpunkt des Werks auf der generell stark im Anstieg begriffenen Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, deren Ursachen sowie der daraus resultierenden möglichen (Ko-)Morbidity, wobei neueste Literatur berücksichtigt wird. (Böttcher, 2010:S.284)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Da behinderte Kinder und Jugendliche überproportional häufig übergewichtig und adipös sind, sollten effektive Präventions- und Interventionsstrategien zur Übergewichtsreduktion entwickelt werden, um ihre soziale Teilhabe nicht noch weiter zu gefährden. (Reinehr, 2010:S.268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Diese sind unter anderem, verursacht durch das zu hohe Gewicht, Müdigkeit und Schmerzen aufgrund der Überbeanspruchung von Gelenken und Muskeln, die zu Mobilitäts einschränkungen bis hin zur Gehunfähigkeit zum Beispiel bei Patienten mit Spina bifida oder Zerebralparese führen können (1). (Reinehr, 2010:S.269f)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Untersuchungen bei adipösen Kindern und Jugendlichen mit Behinderung zeigen, dass die kardiovaskulären Risikofaktoren deutlich häufiger waren, verglichen mit normalgewichtigen Kindern mit Behinderung (2, e12) (Reinehr, 2010:S.269)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Beispielsweise haben bereits 42 Prozent der adipösen Kinder und Jugendlichen mit Spina bifida entweder eine Dyslipidämie und/oder arterielle Hypertonie (2). (Reinehr, 2010:S.269)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Für die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung stellt Adipositas jedoch vor allem einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung und/ oder Verschlechterung von Sekundärproblemen der zugrunde liegenden Behinderungen dar. (Reinehr, 2010:S.269)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Ferner ist eine soziale Isolation festzustellen, die in einer Depression enden kann, die gehäuft bei adipösen Kindern mit Behinderung auftritt (3). (Reinehr, 2010:S.270)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Alle diese chronischen und sekundären Folgeerscheinungen durch Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen können zum Verlust der gegebenenfalls bestehenden Unabhängigkeit führen und limitieren damit weiter die Möglichkeit für Bewegung, Freizeitaktivität und spätere Beschäftigung (e13). (Reinehr, 2010:S.270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Insgesamt wird damit die Lebensqualität dieser Kinder, die durch ihre Behinderung selbst schon gegenüber Gesunden reduziert ist (4), noch weiter vermindert (1, 4). (Reinehr, 2010:S.270)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Gelingt eine Reduktion des Übergewichts, können nicht nur die Folgeerscheinungen der Adipositas vermindert werden, sondern auch viele sekundäre Folgeerscheinungen bei Behinderungen verbessert werden, was sich positiv auf die Behandlung der Grunderkrankung und die Lebensqualität dieser Kinder auswirkt (Tabelle 3) (1). (Reinehr, 2010:S.272)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Verminderte Lebensqualität	Dabei ist zu berücksichtigen, ob und wie eine Intervention aufgrund der Handlungseingeschränktheit der behinderten Kinder und Jugendlichen möglich ist, inwieweit die Adipositas zu einer Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt und ob durch eine Behandlung die Lebensqualität verbessert werden kann. (Reinehr, 2010:S.272)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Verbesserung der Adipositas-assoziierten Komorbidität inklusive der Sekundärerkrankungen der Behinderung, die durch die Adipositas verschlechtert werden. (Reinehr, 2010:S.273)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Adipositas bei behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen verschlimmert die Komplikationen, die durch die Behinderung selbst entstehen, und schränkt die Teilhabe und Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen weiter ein. (Reinehr, 2010:S.274)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Verminderte Lebensqualität	Adipositas bei behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen verschlimmert die Komplikationen, die durch die Behinderung selbst entstehen, und schränkt die Teilhabe und Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen weiter ein. (Reinehr, 2010:S.274)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Ökonomische Folgen	Ungünstige Gewichtsverläufe (4), das Risiko somatischer (5) und psychiatrischer (6) Komorbiditäten, psychosoziale Beeinträchtigung durch Stigmatisierung (7) sowie hohe Gesundheitskosten (8) bedingen einen Bedarf an wirksamen Ansätzen zur Adipositas-Behandlung. (Mühlig u. a., 2014:S.818)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Ungünstige Gewichtsverläufe (4), das Risiko somatischer (5) und psychiatrischer (6) Komorbiditäten, psychosoziale Beeinträchtigung durch Stigmatisierung (7) sowie hohe Gesundheitskosten (8) bedingen einen Bedarf an wirksamen Ansätzen zur Adipositas-Behandlung. (Mühlig u. a., 2014:S.818)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Ungünstige Gewichtsverläufe (4), das Risiko somatischer (5) und psychiatrischer (6) Komorbiditäten, psychosoziale Beeinträchtigung durch Stigmatisierung (7) sowie hohe Gesundheitskosten (8) bedingen einen Bedarf an wirksamen Ansätzen zur Adipositas-Behandlung. (Mühlig u. a., 2014:S.818)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Möglicherweise liegt der therapeutische Nutzen konservativer Gewichtsreduktionsbehandlungen eher in einer Minderung kardiovaskulärer Risikofaktoren und Begleiterkrankungen. (Mühlig u. a., 2014:S.821)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Als Therapie erfolg könnten außerdem nachhaltige positive Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens betrachtet werden, die im Langzeitverlauf das Risiko adipositasassoziierter Erkrankungen reduzieren könnten (34). (Mühlig u. a., 2014:S.821)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Obwohl psychiatrische Komorbiditäten bei Adipositas gehäuft auftreten (6), gehört eine differenzierte psychologisch-psychiatrische Diagnostik bisher nicht zum standardisierten Vorgehen verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Lebensstilinterventionen. (Mühlig u. a., 2014:S.822)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Die Forschung zur Stigmatisierung bei Adipositas weist auf eine starke Verbreitung von Diskriminierungserfahrungen innerhalb familiärer Beziehungen und in der medizinischen Versorgung hin (37). (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Inhalt stigmatisierender Einstellungen ist häufig die Zuschreibung der persönlichen Verantwortung für die Gewichtsentwicklung, aus der Versagens- und Schamgefühle resultieren (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	In Abhängigkeit vom Selbstwertgefühl der Betroffenen können Diskriminierungen internalisiert werden und zu einer Selbststigmatisierung führen (38). (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Dysfunktionale Gewichtskontrollmechanismen und eine Selbstwertminderung bis hin zu depressiven Episoden mit sozialer Isolation können sich bei entsprechender Vulnerabilität als Folge einer einseitigen Konzentration auf das Thema Gewicht herausbilden (39). (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Folgen	Ungesunde Gewichtskontrollmechanismen sind als Grundlage für die Entstehung manifester Essstörungen bekannt, die wiederum im Krankheitsverlauf eine Gewichtszunahme begünstigen (40). (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Somatische Folgen	Eine regelmäßige, zeitlich andauernde medizinische Anbindung ist jedoch aufgrund des erhöhten Risikos für Folgeerkrankungen wichtig (beispielsweise zur frühzeitigen Diagnostik einer arteriellen Hypertonie). (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
552014	Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung	Somatische Folgen	Die zu erwartenden Folgekosten der unzureichend behandelten kindlichen Adipositas sind beträchtlich: In den USA würden die bei einem adipösen Kind zusätzlich gegenüber einem normalgewichtigen Kind zu erwartenden, lebenslang anfallenden direkten Kosten 12 000–19 000 US-Dollar betragen (8) – wobei statistisch gesehen die verkürzte Lebensspanne adipöser Patienten die zu erwartenden Kosten relativiert. (Disse und Zimmer, 2014:S.816)
552014	Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung	Ökonomische Folgen	Die zu erwartenden Folgekosten der unzureichend behandelten kindlichen Adipositas sind beträchtlich: In den USA würden die bei einem adipösen Kind zusätzlich gegenüber einem normalgewichtigen Kind zu erwartenden, lebenslang anfallenden direkten Kosten 12 000–19 000 US-Dollar betragen (8) – wobei statistisch gesehen die verkürzte Lebensspanne adipöser Patienten die zu erwartenden Kosten relativiert. (Disse und Zimmer, 2014:S.816)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
552014	Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Nur eine frühzeitige Intervention kann es ermöglichen, dass Adipositas nicht zur chronischen Erkrankung für eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen wird. (Disse und Zimmer, 2014:S.817)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Ökonomische Folgen	Adipositas und Übergewicht stellen eine immense sozioökonomische Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. (Erbs, 2015:S.25)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Die Verbreitung der Adipositas in jungen Jahren lässt außerdem eine Zunahme der Inzidenz kardiovaskulärer Folgeerkrankungen erwarten, zumal sie mit den klassischen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Arteriosklerose einhergeht (Erbs, 2015:S.25)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	In großen epidemiologischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass bereits bei bis zu 50 Prozent der adipösen Kinder ein metabolisches Syndrom vorliegt (2, 3). (Erbs, 2015:S.25)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Etwa ein Drittel entwickelt eine Insulinresistenz oder eine Dyslipidämie (2). (Erbs, 2015:S.25)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Eine Querschnittsstudie mit über 2 000 Kindern hat zudem gezeigt, dass mit zunehmendem Body-Mass-Index – insbesondere oberhalb der 90. Perzentile – auch der Blutdruck signifikant ansteigt (4). (Erbs, 2015:S.25)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Es ist demnach zu erwarten, dass mit einer frühen Inzidenz der Adipositas vor allem metabolische Störungen bereits in jungen Jahren manifest werden und damit auch die Inzidenz kardiovaskulärer Komorbiditäten „vorverlegt“ ist (5). (Erbs, 2015:S.25-26)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Adipositas-assoziierte metabolische Veränderungen führen bereits im Kindesalter zur Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßalterationen (fatty streaks). (Erbs, 2015:S.26)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Aus Autopsiestudien ist bekannt, dass bereits in der zweiten Lebensdekade fatty streaks auftreten, deren Ausmaß mit der Anzahl der Risikofaktoren und dem Grad der Adipositas zunimmt (7, 8). (Erbs, 2015:S.26)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Erste klinische Studien weisen darauf hin, dass eine Zunahme der Körperfettmasse im Kindesalter aufgrund direkter oder indirekter Mechanismen auch ohne begleitende Erkrankungen früh eine endotheliale Dysfunktion zur Folge hat (9). (Erbs, 2015:S.26-27)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Auch zwischen der Zunahme der Intima-Media-Dicke und dem Ausmaß der Adipositas besteht ein direkter Zusammenhang (21). (Erbs, 2015:S.27)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Daten belegen zudem, dass die gestörte FMD bei adipösen Kindern vergleichbare Ausmaße wie bei Erwachsenen mit chronischer Herzinsuffizienz annehmen kann (17, 18). (Erbs, 2015:S.27)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Diese tragen auf zellulärer Ebene zur Entstehung und Progression der Arteriosklerose bei (22–27). (Erbs, 2015:S.27)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Sowohl die IMT als auch die FMD stellen leicht zu bestimmende Parameter für die Untersuchung früher Adipositas-assoziiierter Gefäßschäden bei Kindern dar. (Erbs, 2015:S.27)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Die dargestellten vaskulären Veränderungen bei Adipositas tragen erschreckenderweise bereits im Kindesalter zu strukturellen und funktionellen Veränderungen am Myokard selbst, unabhängig vom Auftreten einer manifesten Arteriosklerose oder koronaren Herzkrankheit bei. (Erbs, 2015:S.27)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Eine kürzlich publizierte Studie (28) hat bei adipösen im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern folgende Veränderungen nachgewiesen: - echokardiographisch eine Vergrößerung beider Ventrikel und des linken Vorhofes, - eine Zunahme der linksventrikulären Muskelmasse, sowie - pathologische Veränderungen der systolischen und diastolischen Funktion. (Erbs, 2015:S.27)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Adipositas ist somit nicht nur ein Risikofaktor für spätere kardiovaskuläre Erkrankungen, sondern bereits im Kindesalter mit einer systolischen und diastolischen linksventrikulären Dysfunktion vergesellschaftet, was eine frühzeitige kardiologische Basisdiagnostik rechtfertigen sollte. (Erbs, 2015:S.27)
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Übergewicht und Adipositas gehen bereits im Kindesalter mit ausgeprägten vaskulären und myokardialen Alterationen einher, was zur Entwicklung manifester kardiovaskulärer Erkrankungen im frühen Erwachsenenalter führt. (Erbs, 2015:S.27)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Arteriosklerose: Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Somatische Folgen	Eine Einbindung adipöser Kinder an derartige Interventionsprogramme sowie eine Mitbehandlung durch spezialisierte Adipositasambulanzen ist in Anbetracht der frühzeitig auftretenden, zwar noch subklinischen, aber dennoch ausgeprägten kardiovaskulären Veränderungen dringend anzuraten. (Erbs, 2015:S.27)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung.	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Aus adipösen Vorschulkindern werden dicke Jugendliche und schließlich dicke Erwachsene mit massiv erhöhtem Risiko für Diabetes, Herz- und Gefäßleiden und anderen Folgeschäden der, wie es in den USA genannt wird, bulging waistline, des sich stetig während der Adoleszenz ausdehnenden Bauchumfangs. (Gerste, 2015:S.1880)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung.	Somatische Folgen	Aus adipösen Vorschulkindern werden dicke Jugendliche und schließlich dicke Erwachsene mit massiv erhöhtem Risiko für Diabetes, Herz- und Gefäßleiden und anderen Folgeschäden der, wie es in den USA genannt wird, bulging waistline, des sich stetig während der Adoleszenz ausdehnenden Bauchumfangs. (Gerste, 2015:S.1880)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung.	Public-Health-Problem	Die USA mögen Vorreiter sein, doch Übergewicht im Kleinkindalter ist mittlerweile ein globales Problem: Seit 1990 ist der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder weltweit von 4,2 Prozent auf 6,7 Prozent angestiegen. (Gerste, 2015:S.1880)
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung.	Public-Health-Problem	Dass die Wurzel des Übels bereits in der frühen Kindheit und oft gar in der Schwangerschaft gelegt wird, wird heute unter Experten kaum bestritten. (Gerste, 2015:S.1880)

Codings der Kategorie Bedeutung und Folgen

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung.	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Dank der zahlreichen Programme, die auf der Tagung diskutiert wurden, ist das Bewusstsein, dass gesunde Ernährung vielen gesundheitlichen und bereits im frühen Kindesalter angelegten Problemen vorbeugen kann, weit verbreitet. (Gerste, 2015:S.1881)
592016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Allgemeines Gesundheitsrisiko	Und: Zu rasches Wachstum des Säuglings in den ersten beiden Lebensjahren erhöht das Risiko für Adipositas und assoziierte Krankheiten im Erwachsenenalter. (Gießelmann, 2016:S.1920)

Tabelle 8.4 Kodierte Aussagen der Kategorie *Interventionsziele*. Dokumentation der Codingtabelle, entnommen aus der Software MAXQDA

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Psychosoziales	Änderung des Essenverhaltens und Stärkung der Selbstkontrolle sowie Eigeninitiative auf dem Gebiet der Nahrungsauswahl sind ebenso anzustreben wie ein Abbau der häufigen Defizite im Sozialverhalten (infantile Abhängigkeit, Überangepasstheit, soziale Isolation). (Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Akzeptanz der Intervention	Ohne extreme Beeinflussung der individuellen häuslichen Gewohnheiten erlauben die hier dargestellten Hilfsmittel die Zufuhr einer energiearmen Mischkost. (Maaser, 1976b:S.2654)
121998	Prävention der Adipositas	Normale Entwicklung	Ziele einer Adipositasprävention im Kindesalter sind eine normale Entwicklung der Kinder und eine verminderte Inzidenz von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Allgemeine Gesundheit	Wichtiger ist ein verbessertes Gesundheitsverhalten, welches eine gesunde Ernährung, einen aktiven Lebensstil und ein adäquates Risikoverhalten umfaßt. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2028)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Psychische Gesundheit	Auch das Meiden von Diäten, ein vermindertes Auftreten von Eßstörungen, die Reduktion von Risikofaktoren und eine geringere Inzidenz ernährungsabhängiger Krankheiten sind Ziele der Adipositasprävention. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2028)
121998	Prävention der Adipositas	Autonomie	Diese Ziele werden bei Kindern und Jugendlichen in erster Linie durch eine Stärkung der persönlichen Autonomie erreicht. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2028)
121998	Prävention der Adipositas	Autonomie	Das bedeutet, Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit und auch die Gesundheit der Mitmenschen wecken. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2028)
121998	Prävention der Adipositas	Akzeptanz der Intervention	Interventionserfolge waren eine gute kurzfristige Akzeptanz der Maßnahmen, ein verbessertes Ernährungsbewußtsein der Teilnehmer, ein „gesünderes“ Eßverhalten und eine (kurzfristige) Gewichtsreduktion. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Autonomie	Die Maßnahme richtet sich an alle Kinder des jeweiligen Jahrgangs und unterstützt einen altersgerechten spielerischen, aber auch selbstständigen Umgang mit Ernährung und Bewegung. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Allgemeine Gesundheit	Unser Ziel ist es, einen positiven Gesundheitsbegriff zu vermitteln. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)
182001	Ernährung im Kindes- und Jugendalter - Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Allgemeine Gesundheit	Die Interventionen wurden von allen Beteiligten gut angenommen und verbesserten die Ernährung, das Wissen darüber und das gesundheitsrelevante Verhalten (mehr Bewegung, weniger Zwischenmahlzeiten). (Bühning, 2001:S.2944)
182001	Ernährung im Kindes- und Jugendalter - Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Akzeptanz der Intervention	Die Interventionen wurden von allen Beteiligten gut angenommen und verbesserten die Ernährung, das Wissen darüber und das gesundheitsrelevante Verhalten (mehr Bewegung, weniger Zwischenmahlzeiten). (Bühning, 2001:S.2944)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
192002	Kinderärzte: Jugendliche sind zu dick	Coping, Akzeptanz der Adipositas	Ziele sind die Förderung der Kompetenz und Verhaltensänderungen in Ernährung, Sport, Freizeitgestaltung sowie im Umgang mit Erkrankungen. (DÄ, 2002b:S.896)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes	Allgemeine Gesundheit	Die wenigen Studien zeigen positive Effekte auf das Gesundheitswissen und auf das Gesundheitsverhalten, langfristig verminderte sich der Body-Mass-Index der Kinder aber nur gering (3, 9, 13). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.355)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Fitness	Dem sollten angepasste Anforderungen im Sportangebot gegenüberstehen (Korsten-Reck, 2007:S.35)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychosoziales	Da die Assoziation von früher körperlicher und geistiger Entwicklung belegt ist, sollten schon im Kindergarten die sozialen und familiären Defizite beachtet und wenn möglich ausgeglichen werden. (Korsten-Reck, 2007:S.35)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Akzeptanz der Intervention	Aktuelle Empfehlungen aus England und den USA lauten, dass wenigstens 60 Minuten moderate bis anstrengende Aktivität pro Tag, die sich durch Spaß an der Bewegung und variierende Tätigkeiten auszeichnet, für Kinder notwendig ist (9, e18, e19). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Fitness	Die Notwendigkeit von körperlichem Training während der Adipositas therapie ist evidenzbasiert, weil nur bei Therapiegruppen mit Betonung des körperlichem Trainings eine signifikante Reduktion des Körperfettanteils und eine Steigerung der Fitness erzielt werden konnte (e22, e23, e24). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Fitness	So werden die positiven Auswirkungen von Bewegung auf die körperliche Fitness und die Körperkomposition während der Therapie mittlerweile von vielen Studien bestätigt (e23, 14, e26, 15). (Korsten-Reck, 2007:S.37)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Allgemeine Gesundheit	Ähnlich wie bei Erwachsenen führt die regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern – insbesondere bei übergewichtigen – zur Prävention von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, hypertone Dysregulation und Arteriosklerose, aber auch zur Verbesserung der sozialen Kompetenz durch Aktivitäten innerhalb einer Gruppe (24). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Psychosoziales	Ähnlich wie bei Erwachsenen führt die regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern – insbesondere bei übergewichtigen – zur Prävention von Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, hypertone Dysregulation und Arteriosklerose, aber auch zur Verbesserung der sozialen Kompetenz durch Aktivitäten innerhalb einer Gruppe (24). (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Fitness	Da bei adipösen Kindern mithilfe des Koordinationstests nach Kipphard (KTK), des allgemeinen sportmotorischen Tests (AST) und des Münchner Fitness Tests (MFT) ein allgemeines Defizit der motorischen Entwicklung nachgewiesen werden konnte, sollte diesem Bereich eine große Aufmerksamkeit beigemessen werden (e40). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Akzeptanz der Intervention	Somit müssen Aktivitäten Spaß machen und innerhalb des kindlichen und familiären Lebensstils machbar sein. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Fitness	Nur wenn der Sport als Bereicherung wahrgenommen wird und eine Zunahme der Lebensqualität bedeutet, können Übergewichtige einen neuen Lebensstil langfristig beibehalten (e44, e45). (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Lebensqualität	Nur wenn der Sport als Bereicherung wahrgenommen wird und eine Zunahme der Lebensqualität bedeutet, können Übergewichtige einen neuen Lebensstil langfristig beibehalten (e44, e45). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern	Autonomie	Dennoch scheint es plausibel, Kindern bereits im Kindergartenalter den verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper nahe zu bringen. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Lebensqualität	Allerdings stellt sich die Frage: Muss eine realistische Körper einschätzung adipöser Kinder und Jugendlicher erreicht werden, um die Veränderungsbereitschaft des Betroffenen zu fördern, wenn der Preis eine verminderte Lebensqualität ist? (Bärbel-Maria Kurth und Elert, 2008:S.406)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Keine Verschlechterung durch Intervention	Zudem ist sehr sorgsam zu überlegen, inwieweit die derzeit allgegenwärtigen Kampagnen gegen das Übergewicht den Anteil der Jugendlichen erhöht, der sich ohne Grund als zu dick erachtet. (Bärbel-Maria Kurth und Elert, 2008:S.411)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	keine Verschlechterung durch Intervention	Das Fazit aus den hier gefunden Ergebnissen könnte darin bestehen, dass Maßnahmen gegen das Übergewicht und die Prävention von Essstörungen nicht unabhängig voneinander stattfinden dürfen, sondern Hand in Hand gehen sollten. (Bärbel-Maria Kurth und Eilert, 2008:S.411)
422008	Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?	Psychische Gesundheit	Das Fazit aus den hier gefunden Ergebnissen könnte darin bestehen, dass Maßnahmen gegen das Übergewicht und die Prävention von Essstörungen nicht unabhängig voneinander stattfinden dürfen, sondern Hand in Hand gehen sollten. (Bärbel-Maria Kurth und Eilert, 2008:S.411)
432008	Chirurgie. Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Lebensqualität	Mehr als 80 Prozent der Behandelten hätten ihre Lebensqualität bei der letzten Nachuntersuchung als gut bis sehr gut beurteilt, berichtete Miller. (Fath, 2008:S.2640)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Psychosoziales	Bei den 48 Einrichtungen handelte es sich um stationäre Angebote, ambulante Therapien mit stationärer Vorphase, ambulante Angebote mit multidisziplinärem Ansatz und verschiedenen Schwerpunkten wie Ernährung, Bewegung und Psychosoziales. (Sigmund-Schultze, 2008:S.2376)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Allgemeine Gesundheit	Denn auch die kardiovaskulären Risikofaktoren wurden reduziert: Nur noch 17 Prozent der Teilnehmer hatten einen Hypertonus und 28 Prozent erhöhte Blutfettwerte. (Sigmund-Schultze, 2008:S.2376)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Da behinderte Kinder und Jugendliche überproportional häufig übergewichtig und adipös sind, sollten effektive Präventions- und Interventionsstrategien zur Übergewichtsreduktion entwickelt werden, um ihre soziale Teilhabe nicht noch weiter zu gefährden. (Reinehr, 2010:S.268)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Gelingt eine Reduktion des Übergewichts, können nicht nur die Folgeerscheinungen der Adipositas vermindert werden, sondern auch viele sekundäre Folgeerscheinungen bei Behinderungen verbessert werden, was sich positiv auf die Behandlung der Grunderkrankung und die Lebensqualität dieser Kinder auswirkt (Tabelle 3) (1). (Reinehr, 2010:S.272)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Autonomie	Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sollten in die Lage versetzt werden, ihr Gewicht durch ihr Gesundheitsverhalten soweit wie möglich selbst zu bestimmen. (Reinehr, 2010:S.272)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Dabei ist zu berücksichtigen, ob und wie eine Intervention aufgrund der Handlungseingeschränktheit der behinderten Kinder und Jugendlichen möglich ist, inwieweit die Adipositas zu einer Verschlechterung der Lebensqualität beiträgt und ob durch eine Behandlung die Lebensqualität verbessert werden kann. (Reinehr, 2010:S.272)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Keine Verschlechterung durch Intervention	Vermeidung von unerwünschten Therapieeffekten (Reinehr, 2010:S.273)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Normale Entwicklung	Förderung einer möglichst normalen körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung und Leistungsfähigkeit (Reinehr, 2010:S.273)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Fitness	Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Reinehr, 2010:S.273)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit (Reinehr, 2010:S.268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Gesundheit	Verbesserung der psychischen Funktionsfähigkeit (Reinehr, 2010:S.268)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Akzeptanz der Intervention	Die Intervention sollte idealerweise den Kindern Freude bereiten. (Reinehr, 2010:S.274)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Die Intervention sollte idealerweise den Kindern Freude bereiten. (Reinehr, 2010:S.274)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Fitness	Bewegung fördert auch bei behinderten Kindern und Jugendlichen Muskelkraft und körperliche Fitness (e43), vermindert stereotype Bewegungsmuster (e44) und lindert damit Schmerzen und Ermüdbarkeit (e15, e45). (Reinehr, 2010:S.274)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Bewegung fördert Freundschaften, Kreativität, Integration, soziale Akzeptanz, Selbstwertgefühl und letztendlich damit die Lebensqualität (6, e43). (Reinehr, 2010:S.274)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Psychische Gesundheit	Bewegung fördert Freundschaften, Kreativität, Integration, soziale Akzeptanz, Selbstwertgefühl und letztendlich damit die Lebensqualität (6, e43). (Reinehr, 2010:S.274)
522010	Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Bewegung fördert Freundschaften, Kreativität, Integration, soziale Akzeptanz, Selbstwertgefühl und letztendlich damit die Lebensqualität (6, e43). (Reinehr, 2010:S.274)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Coping, Akzeptanz der Adipositas	Die Ermittlung von Prädiktoren für einen Therapieerfolg sowie die Evaluation von zusätzlichen psychologischen Interventionen zur Förderung der Akzeptanz der Adipositas sollten einen Schwerpunkt der zukünftigen Forschung bilden. (Mühlig u. a., 2014:S.818)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Akzeptanz der Intervention	Die „drop out“-Rate und das „loss to follow-up“ lassen indirekt auf die Akzeptanz, die subjektive Bewertung der Intervention und ihre Praktikabilität im Alltag der Familien schließen. (Mühlig u. a., 2014:S.820)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Möglicherweise liegt der therapeutische Nutzen konservativer Gewichtsreduktionsbehandlungen eher in einer Minderung kardiovaskulärer Risikofaktoren und Begleiterkrankungen (Mühlig u. a., 2014:S.821)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Eine signifikante Verbesserung von Insulinsensitivität, Blutdruck und Lipidprofil konnte bereits ab einer geringen bis moderaten Gewichtsreduktion nachgewiesen werden (33). (Mühlig u. a., 2014:S.821)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Als Therapieerfolg könnten außerdem nachhaltige positive Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens betrachtet werden, die im Langzeitverlauf das Risiko adipositasassoziierter Erkrankungen reduzieren könnten (34) (Mühlig u. a., 2014:S.821)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Auch eine Verbesserung der Lebensqualität während einer konservativen Gewichtsreduktionsbehandlung wurde vereinzelt, jedoch bisher nur kurzfristig nachgewiesen (35) (Mühlig u. a., 2014:S.821)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Keine Verschlechterung durch Intervention	Besonders im Hinblick auf potenziell nachteilige Nebenwirkungen einer Gewichtsreduktionsbehandlung auf die langfristige Gewichtsentwicklung und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte eine engmaschige Überprüfung unerwünschter Ereignisse erfolgen (Mühlig u. a., 2014:S.822)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Gesundheit	Obwohl psychiatrische Komorbiditäten bei Adipositas gehäuft auftreten (6), gehört eine differenzierte psychologisch-psychiatrische Diagnostik bisher nicht zum standardisierten Vorgehen verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Lebensstilinterventionen. (Mühlig u. a., 2014:S.822)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Aus therapeutischer Sicht bereiten insbesondere die relativ hohen „drop out“-Raten und das noch höhere „loss to follow-up“ Sorgen im Hinblick auf die gesundheitliche Perspektive der Teilnehmer. (Mühlig u. a., 2014:S.822)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Auf der anderen Seite ist es auch möglich, dass bei Heranwachsenden die Teilnahme an einer Gewichtsreduktionsbehandlung auch unabhängig vom Gewichtsverlust zu einer gesünderen Lebensweise, einer gesteigerten Lebensqualität und einer regelmäßigeren Anbindung an die medizinische Versorgung führen könnte. (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Auf der anderen Seite ist es auch möglich, dass bei Heranwachsenden die Teilnahme an einer Gewichtsreduktionsbehandlung auch unabhängig vom Gewichtsverlust zu einer gesünderen Lebensweise, einer gesteigerten Lebensqualität und einer regelmäßigeren Anbindung an die medizinische Versorgung führen könnte. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Keine Verschlechterung durch Intervention	Zur Prophylaxe ungünstiger Therapieverläufe ist frühzeitig dafür Sorge zu tragen, die Eltern aber auch die Kinder und Jugendlichen entsprechend der mittlerweile konsistenten Evidenz altersgemäß über die realistisch erreichbare Gewichtsreduktion in verfügbaren Behandlungsmethoden und deren mögliche Nebenwirkungen aufzuklären. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Eine regelmäßige, zeitlich andauernde medizinische Anbindung ist jedoch aufgrund des erhöhten Risikos für Folgeerkrankungen wichtig (beispielsweise zur frühzeitigen Diagnostik einer arteriellen Hypertonie). (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Coping, Akzeptanz der Adipositas	Bei einem geäußerten Behandlungswunsch ist eine ausführliche Anamnese bezüglich der Erwartungen indiziert, um der Familie zu einem konstruktiven Umgang mit der Adipositas ihres Kindes zu verhelfen (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Coping, Akzeptanz der Adipositas	Auch für die Adipositas erscheint eine Refokussierung von der Gewichtsreduktion hin zu einem Coping-Ansatz sinnvoll. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Dabei erschließen sich folgende Ziele einer Intervention als relevant: Verbesserung von Lebensqualität und Selbstwertgefühl, Förderung eines positiven Körperbildes, Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, Überwindung sozialer Isolation, Förderung eines gesunden Lebensstils unabhängig von einer Gewichtsreduktion und einer regelmäßigen Gesundheitsvorsorge (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	Dabei erschließen sich folgende Ziele einer Intervention als relevant: Verbesserung von Lebensqualität und Selbstwertgefühl, Förderung eines positiven Körperbildes, Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, Überwindung sozialer Isolation, Förderung eines gesunden Lebensstils unabhängig von einer Gewichtsreduktion und einer regelmäßigen Gesundheitsvorsorge (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Lebensqualität	Dabei erschließen sich folgende Ziele einer Intervention als relevant: Verbesserung von Lebensqualität und Selbstwertgefühl, Förderung eines positiven Körperbildes, Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen, Überwindung sozialer Isolation, Förderung eines gesunden Lebensstils unabhängig von einer Gewichtsreduktion und einer regelmäßigen Gesundheitsvorsorge (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Insbesondere bei jüngeren Kindern ist der Einbezug der Eltern zur Minderung intrafamiliärer Stigmatisierungsprozesse ratsam. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Coping, Akzeptanz der Adipositas	Die Akzeptanz und Wirksamkeit coping-orientierter Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität und psychosozialer Funktionen als primäre Endpunkte sollte zukünftig in die Forschung einfließen. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Akzeptanz der Intervention	Die Akzeptanz und Wirksamkeit coping-orientierter Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität und psychosozialer Funktionen als primäre Endpunkte sollte zukünftig in die Forschung einfließen. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychosoziales	Die Akzeptanz und Wirksamkeit coping-orientierter Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität und psychosozialer Funktionen als primäre Endpunkte sollte zukünftig in die Forschung einfließen. (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Keine Verschlechterung durch Intervention	Behandlungssuchende Familien sollten über die begrenzte Wirksamkeit und potenzielle Nebenwirkungen (zum Beispiel Selbstwertminderung, ungesunde Gewichtskontrollmechanismen) konservativer Gewichtsreduktionsbehandlungen aufgeklärt werden. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Psychische Gesundheit	Durch eine entsprechende Aufklärung könnte auch Stigmatisierungsprozessen im Familiensystem gezielt entgegengewirkt werden. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Coping, Akzeptanz der Adipositas	In der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sollte der Fokus vermehrt auf eine Akzeptanz der Adipositas, die Förderung eines gesunden Lebensstils zur Steigerung der körperlichen und seelischen Gesundheit unabhängig von der Gewichtsreduktion, die Verbesserung psychosozialer Funktionen sowie die Motivation zur langfristigen Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems gerichtet werden. (Mühlig u. a., 2014:S.823)

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewichtsabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Allgemeine Gesundheit	In der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sollte der Fokus vermehrt auf eine Akzeptanz der Adipositas, die Förderung eines gesunden Lebensstils zur Steigerung der körperlichen und seelischen Gesundheit unabhängig von der Gewichtsreduktion, die Verbesserung psychosozialer Funktionen sowie die Motivation zur langfristigen Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems gerichtet werden. (Mühlig u. a., 2014:S.823)
552014	Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?	Akzeptanz der Intervention	Wie wird die Therapie von betroffenen Kindern und Jugendlichen akzeptiert? (Disse und Zimmer, 2014:S.816)
562015	Zugewinn an Lebensqualität	Lebensqualität	Bereits 2001 konnte die Arbeitsgruppe um Petra Warschburger in einer randomisierten, kontrollierten Langzeitstudie mit 197 Kinder und Jugendlichen einen Zugewinn der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auch zwölf Monate nach einer sechswöchigen multimodalen kognitiv-behavioralen Adipositas therapie beobachten (2). Hofmeister (2015):S.297

Codings der Kategorie Interventionsziele

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
562015	Zugewinn an Lebensqualität	Lebensqualität	Und die aktuelle Auswertung der deutschen LOGIC-Studie (Long-term effects of lifestyle Intervention and genetic influence in children) kam zu dem Ergebnis, dass durch ein stationäres vier- bis sechswöchiges multimodales Gewichtsreduktionsprogramm die Lebensqualität übergewichtiger/adipöser Kinder und Jugendlicher sogar zwei Jahre nach Interventionsende signifikant verbessert werden kann Hofmeister (2015):S.297
562015	Zugewinn an Lebensqualität	Psychische Gesundheit	Der größte Benefit spiegelte sich in der Dimension „Selbstwertgefühl“ wider (3) Hofmeister (2015):S.297
562015	Zugewinn an Lebensqualität	Autonomie	Meiner Ansicht nach wäre ein vermehrter Einsatz von volitionalen und achtsamkeitsorientierten Strategien beim Gewichtsmanagement auch bei Kindern langfristig wünschenswert. Hofmeister (2015):S.297

Tabelle 8.5 Kodierte Aussagen der Kategorie *Interventionsansätze*. Dokumentation der Codingtabelle, entnommen aus der Software MAXQDA

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
---------------	--------------------	-----------	-------------------------

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Verhaltensintervention	Nicht weniger wichtig als das Ernährungsregime ist die Berichtigung des falschen Idealbildes vom dicken Säugling. (Hartenstein, 1965:S. 2124)
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Verhaltensintervention	Dabei müssen vor allem wir Kinderärzte in den Mütterberatungsstellen und in der Praxis neben rechtzeitiger und ausreichender Vitamin-D-Medikation die Neigung der Mütter und Großmütter zur Überfütterung erzieherisch immer wieder zu beeinflussen versuchen durch das überzeugende Zwiegespräch, durch klare, schriftliche Ernährungspläne und durch regelmäßige Gewichtskontrollen. (Hartenstein, 1965:S. 2124)
011965	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung	Verhaltensintervention	Sie bestehen im wesentlichen aus einem straffen Ernährungsregime, der überzeugenden Psychagogie der Pflegepersonen und regelmäßigen Gewichtskontrollen. (Hartenstein, 1965:S. 2124)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
011966	Rachitis durch Überernährung und ihre Vermeidung. Schlusswort	Verhaltensintervention	Von den in meiner Arbeit erwähnten 784 Säuglingen des Jahres 1963 waren 152 (=19,4 Prozent) und von den 807 des Jahres 1964 174 (= 21,6 Prozent) übergewichtig (d. s. zusammen 20,1 Prozent), die meisten verständlicherweise bei der Erstvorstellung und nur ein kleiner Teil während unserer Betreuung (fast immer infolge Nichteinhaltung unseres Ernährungsregimes). (Hartenstein, 1966:S.298)
041966	Fettsuchtbehandlung schon im Kindesalter	Verhaltensintervention	Zur Fettsuchtprophylaxe empfiehlt sich eine intensive Beratung der Eltern in Ernährungs- und Erziehungsfragen. (me, 1966:S.2545)
041966	Fettsuchtbehandlung schon im Kindesalter	Verhaltensintervention	Sie besteht in diätetischen Maßnahmen, körperlicher Aktivierung und seelischer Betreuung. (me, 1966:S.2545)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
051971	Wettbewerb zum Dünnwerden	Verhaltensintervention	Nach fünf Monaten sei festzustellen, daß achtzig Prozent der dort behandelten Kinder Gewicht verloren hätten; dazu trage insbesondere bei, daß die gemeinsame Behandlung zu einer Wettbewerbshaltung zwischen den Patienten führe, die meist zwischen zehn und vierzehn Jahren alt sind. (bt, 1971:S.3187)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Dennoch gehört die Bewegungstherapie in den Verbund der Maßnahmen, die einer Adipositas entgegenwirken. (Maaser, 1976b:S.2651-2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Sie fördert die eingeschränkte Bereitschaft oder auch die mangelnde Fähigkeit zur körperlichen Aktivität (Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Sie hat die Absicht, nach und nach zu eigener sportlicher Aktivität anzuregen. (Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Die Einführung sinnvoller Sportübungen bewirkt eine deutliche Steigerung des Therapieerfolges (2). (Maaser, 1976b:S.2652)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Wir entschieden uns für die Kombination einer kalorienreduzierten, in der Zusammensetzung frei wählbaren Reduktionskost mit einem kreislaufintensiven Körpertraining, die Kindern und Eltern in einer sechsmonatigen Behandlungsphase in vierwöchigen Abständen vermittelt wird. (Maaser, 1976b:S.2652)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Auf der Grundlage des Ernährungsprotokolls ist im folgenden eine sehr individuelle Einflußnahme auf die Ernährungsgewohnheiten des Patienten möglich (Maaser, 1976b:S.2653)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Die pro Tag erlaubte Kalorienmenge wird auf der Grundlage der Istkörperlänge berechnet (Maaser, 1976b:S.2653)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Einzigster diätetischer Grundsatz ist die Einhaltung der festgesetzten oberen Kaloriengrenze bei freier Nahrungsmittelwahl (Maaser, 1976b:S.2653)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Betont wird die Bedeutung einer reichlichen, aber kalorienarmen oder sogar kalorienfreien Flüssigkeitszufuhr, die Wichtigkeit einer kritischen Nahrungsauswahl beim Einkauf und küchentechnische Fertigkeiten in der kalorienarmen Zubereitung (Maaser, 1976b:S.2653)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Je nach Alter und Leistungsstand wird ein Übungsprogramm aus fünf möglichen Schwierigkeitsstufen ausgewählt. Jedes Programm dauert 15 bis 20 Minuten, es wird am Tag zweimal durchgeturnt, jedes weitere Mal (Sonderleistung) wird besonders gewertet (Maaser, 1976b:S.2654)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Ein durchturntes Programm wird mit einem Punkt bewertet, eine Sonderleistung erhält zwei Punkte, in einer Woche sollen mindestens 18 Punkte erreicht werden. (Maaser, 1976b:S.2654)
071976	Adipositas bei Kindern 2.Mitteilung	Verhaltensintervention	Die Bewegungstherapie fördert die eingeschränkte Bewegungsbereitschaft und hat die Absicht, nach und nach zu einer sportlichen Aktivität anzuregen. (Maaser, 1976b:S.2655)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Verhaltensintervention	Gewichtszunahme während der Schwangerschaft <13kg (wrh, 1980:S.2977)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Verhaltensintervention	Brustnahrung während der ersten drei Lebensmonate (wrh, 1980:S.2977)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Verhaltensintervention	Kleinkinder nicht nötigen, „errechnete“ Nahrung vollständig zu sich zu nehmen (zum Beispiel Flasche auszutrinken). (wrh, 1980:S.2978)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Verhaltensintervention	Kinder im ersten Halbjahr wöchentlich wiegen, danach monatlich, und die Meßwerte in Form einer Kurve darstellen. (wrh, 1980:S.2978)
091980	Prävention der Adipositas in der Kindheit	Verhaltensintervention	Für ausreichend körperliche Aktivität in der Freizeit sorgen, sei sie organisiert oder spontan. (wrh, 1980:S.2977)
101994	Verwahrlosung und Übergewicht bei Jugendlichen	Verhaltensintervention	Auch aus diesem Grund könnte es wichtig sein, verwahrloste Kinder zu identifizieren, um sie in vorbeugende Programme einzubeziehen. (silk, 1994:S.1898)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Weniger Essen und mehr Bewegung erscheinen daher die geeigneten Behandlungsstrategien. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Diese beginnt im Kindesalter und ist idealerweise eine primäre Prävention. Ihr Ziel ist ein verbessertes Gesundheitsverhalten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Faktoren, welche den Erfolg unterstützen, sind häufige Interventionen, Miteinbeziehen der Eltern, praktische Hilfestellung, beispielsweise beim Einkauf oder Kochen und soziale Unterstützung (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2027)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Da das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Kindern wesentlich in den Familien geprägt wird, richtet sich die Intervention sowohl an die Kinder als auch an deren Familien. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2029)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Demgegenüber wird eine primäre Intervention zur Senkung der Adipositasinzidenz in der Bevölkerung, beispielsweise als Ernährungs- und Gesundheits-erziehung, sowohl alle Kinder als auch Eltern und Lehrer mit einbeziehen. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Mögliche Interventionen waren Ernährungsberatung, Reduktionsdiäten, körperliches Training, Ernährung in den Schulen („school lunch program“). (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Interventionserfolge waren eine gute kurzfristige Akzeptanz der Maßnahmen, ein verbessertes Ernährungsbewußtsein der Teilnehmer, ein „gesünderes“ Eßverhalten und eine (kurzfristige) Gewichtsreduktion. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2029)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Vorläufige Ergebnisse zeigen, daß eine Ernährungsberatung der Schwangeren als isolierte Maßnahme ohne Einfluß ist (24). (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Die Maßnahme richtet sich an alle Kinder des jeweiligen Jahrgangs und unterstützt einen altersgerechten spielerischen, aber auch selbstständigen Umgang mit Ernährung und Bewegung. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	Die schulorientierte Intervention wird um Informationsveranstaltungen oder spezielle Seminare für Eltern und Lehrer ergänzt (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Verhaltensintervention	In Familien mit „dicken“ Kindern beziehungsweise Kindern mit einem „Adipositasrisiko“ wird zusätzlich eine Verhaltensschulung zur Unterstützung einer gesunden Lebensweise durchgeführt (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)
121998	Prävention der Adipositas	Verhältnisintervention	Die Interventionen sollen die Möglichkeiten der Menschen verbessern, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden. (Müller, Körtzinger u. a., 1998:S.2030)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
131998	Prävention der Adipositas Prävention oberste Priorität	Verhaltensintervention	Die primäre Prävention im Kindesalter ist schwer durchzusetzen gegen den Wohlgeschmack von Gummibärchen, Mars, Softeis, Coca Cola und Pommes frites und gegen den technischen Fortschritt (Mobiltelefon, TV-Fernbedienung). (Krause, 1998:S.3299)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhaltensintervention	Um dem entgegenzuwirken, müssten vor allem die Eltern Ernährungskompetenz erwerben, denn: „Die sozialen Ursachen für Adipositas und nährstoffarme Ernährung sind die gleichen.“ (Bühning, 2001:S.2942)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhaltensintervention	Verstärkt müsse versucht werden, diejenigen mit Informationsangeboten über gesunde Ernährung zu erreichen, die aufgrund ihrer Schulbildung oder mangelnden Sprachkenntnisse bisher davon ausgeschlossen sind. (Bühning, 2001:S.2942)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhaltensintervention	Ein Lösungsansatz sei, Ernährung als Schulfach einzuführen. (Bühning, 2001:S.2942)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhaltensintervention	In Sachsen beispielsweise wurden 70 Ernährungsberaterinnen eingesetzt, die in Kindergärten, Schulen und auf Elternabenden aufklären. (Bühning, 2001:S.2942)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhaltensintervention	Präventive Interventionen wurden im Schulunterricht (Ernährungserziehung, „bewegte Pausen“) und in den Familien (Ernährungsberatung) durchgeführt. (Bühning, 2001:S.2942)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhältnis-intervention	Eine geeignete Maßnahme der Adipositas-Prävention sei neben der „Hochrisiko-Strategie“, wie der Behandlung Übergewichtiger mit hohem Krankheitsrisiko, die „Public-Health-Strategie“, die auf Gesundheitsförderung und Ernährungserziehung setzt. (Bühning, 2001:S.2944)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhältnis-intervention	Ernährung sollte nicht nur Bestandteil in Schulcurricula sein, gesunde Nahrung sollte in allen öffentlichen Kantinen selbstverständlich sein. (Bühning, 2001:S.2944)
182001	Ernährung im Kindes und Jugendalter Konzepte gehen oft am Adressaten vorbei	Verhältnis-intervention	Daran müssten neben den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern auch Schulen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Psychologen und nicht zuletzt die Kinder- und Jugendärzte als die Hausärzte dieser Gruppe mitwirken (Bühning, 2001:S.2944)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhältnis-intervention	Daran müssten neben den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern auch Schulen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Psychologen und nicht zuletzt die Kinder- und Jugendärzte als die Hausärzte dieser Gruppe mitwirken (DÄ, 2002b:S.896)
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhaltens-intervention	Daran müssten neben den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern auch Schulen, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Psychologen und nicht zuletzt die Kinder- und Jugendärzte als die Hausärzte dieser Gruppe mitwirken (DÄ, 2002b:S.896)
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhaltens-intervention	Am ehesten stelle sich der Erfolg mit Adipositas-Schulungen ein (DÄ, 2002b:S.896)
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhaltens-intervention	Ziele sind die Förderung der Kompetenz und Verhaltensänderungen in Ernährung, Sport, Freizeitgestaltung sowie im Umgang mit Erkrankungen. (DÄ, 2002b:S.896)
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhaltens-intervention	Für Verhaltensänderungen sei ein Zeitraum von ein bis zwei Jahren nötig (DÄ, 2002b:S.896)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
192002	Kinderärzte Jugendliche sind zu dick	Verhältnis-intervention	Die Kinderärzte forderten zudem eine Gesundheitssteuer auf besonders ungesunde Ernährung („Junk Food“). (DÄ, 2002b:S.896)
212002	Bewegungsarme Kinder warnen vor den Folgen	Verhältnis-intervention	Spielverbote auf öffentlichen Grünflächen sowie die Schließung von Schwimmbädern und Kindergärten seien kurzfristige Sparmaßnahmen, die langfristig teuer erkaufte werden müssten. (DÄ, 2002a:S.3058)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe	Verhaltens-intervention	Die Umsetzung lebensstilverändernder Maßnahmen sollte daher stets auch aus Sicht der ganzen Familie erfolgen. (Graf und Predel, 2003:S.3111)
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe	Verhaltens-intervention	Danach sollten Erwachsene an mindestens 5 Tagen 30 bis 60 Minuten und Kinder täglich mindestens 60 Minuten aktiv sein (Textkasten) (Graf und Predel, 2003:S3114.)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
22003	Prävention von Adipositas durch körperliche Aktivität - eine familiäre Aufgabe	Verhältnis-intervention	Um Kindern weniger aktiver Eltern auch entsprechende Möglichkeiten zukommen lassen zu können, sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen interdisziplinär erarbeitet und möglichst frühzeitig, zum Beispiel in Kindergärten und Schulen unter gewünschter Mitarbeit der Eltern, umgesetzt werden, um so die Grundlage für eine lebenslange Fortführung zu legen. (Graf und Predel, 2003:S.3114)
242004	Gesunde Ernährung Initiative gestartet	Verhaltens-intervention	Angeichts solcher Daten mahnte Bundesverbraucherministerin Renate Künast ein verändertes Ernährungsverhalten an. (EB, 2004:S.1853)
242004	Gesunde Ernährung Initiative gestartet	Verhaltens-intervention	Insbesondere Kinder und Jugendliche müssten lernen, sich anders zu ernähren und mehr zu bewegen. (EB, 2004:S.1853)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
242004	Gesunde Ernährung Initiative gestartet	Verhaltensintervention	Erste Maßnahmen, wie zum Beispiel Beratungsprogramme für Kindergärten und Schulen und die Entwicklung von Unterrichtseinheiten zu gesunder Ernährung, habe das Bundesverbraucherministerium bereits in die Wege geleitet, berichtete Ministerin Künast (EB, 2004:S.1853)
242004	Gesunde Ernährung Initiative gestartet	Verhältnisintervention	Jetzt gehe es darum, die Aktivitäten von wissenschaftlichen Einrichtungen, von Ärzten, Vereinen und Verbänden sowie der Bundesländer so zu vernetzen, dass man tatsächlich von einer „gesellschaftlichen Bewegung zur Bekämpfung des Übergewichts“ sprechen könne. (EB, 2004:S.1853)
242004	Gesunde Ernährung Initiative gestartet	Verhältnisintervention	Künast forderte darüber hinaus, Ernährungsbildung als Querschnittsthema in alle Bildungseinrichtungen aufzunehmen, die Gemeinschaftsverpflegung zu verbessern und Regeln für die Bewerbung von Lebensmitteln für Kinder aufzustellen. (EB, 2004:S.1853)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
252004	Adipositas. Wo bleibt die Eigenverantwortung	Verhaltensintervention	Also: gerne noch einmal zum Beispiel per Schularzt Informationen über den Zusammenhang von Lebensstil sowie Nahrungsgewohnheiten einerseits und Adipositas mit nachfolgenden Krankheitskosten (!) infolge Hochdruck, Diabetes, Arteriosklerose, Gelenkverschleiß, seniler Demenz andererseits, aber bitte bei Nichterfolg deutlich höhere Krankenkassenbeiträge bzw. Neueinführung von Beiträgen für adipöse Kinder (Malus) oder alternativ deutliche Beitragsgutschrift für Schlanke (Bonus).(Bethke, 2004:S.2174)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhaltensintervention	Das sind Maßnahmen, die auf mehreren Ebenen mit Unterstützung der Eltern das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie den „lifestyle“ der Kinder und Jugendlichen beeinflussen. (Hutzler, 2004:S.1658)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhaltensintervention	Darin sollten die folgenden vier Bausteine (Module) miteinander kombiniert werden: Ernährung, Bewegung, verhaltenstherapeutische Beeinflussung von Ess-, Bewegungsverhalten und Lebensgewohnheiten, sowie die Einbindung der Eltern. (Hutzler, 2004:S.1658)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhaltensintervention	Insgesamt deutet sich an, dass mit kombinierten Behandlungsprogrammen bei adipösen/übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zumindest vorübergehend eine Reduktion beziehungsweise Stabilisierung des BMI erreicht werden kann. (Hutzler, 2004:S.1658)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhältnisintervention	Gesamtgesellschaftliche Aspekte dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. (Hutzler, 2004:S.1658)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhältnisintervention	Eine dauerhafte Gewichtsnormalisierung bei adipösen und übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ist nur möglich, wenn auf verschiedenen Ebenen Initiativen für ein gesundheitsförderliches Ess-, Bewegungs- und Freizeitverhalten ergriffen werden (Hutzler, 2004:S.1658)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhältnis-intervention	Hierzu sind neben Eltern auch Schulen, Gemeinden, die Medien, aber auch die Politik aufgerufen. (Hutzler, 2004:S.1658)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhältnis-intervention	Ein Schritt in diese Richtung ist die vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft initiierte Kampagne „Kinder leicht“. (Hutzler, 2004:S.1658)
262004	Adipositas Was adipösen Kindern hilft	Verhältnis-intervention	Beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde darüber hinaus eine Expertengruppe mit Vertretern verschiedener Fachrichtungen, der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes einberufen. (Hutzler, 2004:S.1658)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	In Anbetracht der geringen Erfolge diskutieren die Autoren die Notwendigkeit von strukturellen und politischen Maßnahmen. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas versuchen das für die Gesundheit relevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen und ihrer Familie zu verbessern. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Da eine weitere Zunahme der Prävalenz von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter mutmaßlich bevorsteht, ist neben einem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz, der das Kind und dessen Familie erreicht, eine gesellschaftliche Lösung des Problems erforderlich. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Da eine weitere Zunahme der Prävalenz von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter mutmaßlich bevorsteht, ist neben einem verhaltenstherapeutisch orientierten Ansatz, der das Kind und dessen Familie erreicht, eine gesellschaftliche Lösung des Problems erforderlich. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.334)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Hierzu zählen Ernährungserziehung und Gesundheitsbildung an Schulen oder auch politische wie fiskalische Maßnahmen, um eine Verhältnisprävention zu bewirken (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Bei einer Verhältnisprävention sollen Gesundheitsrisiken in den Umweltbedingungen und den Lebensbedingungen kontrolliert, vermindert oder beseitigt werden. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Die Ernährung der Kinder wird gesünder und der Fernsehkonsum geringer. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Hier wird übereinstimmend gezeigt, dass durch einen langfristigen (2 bis 14 Monate), multidisziplinären, verhaltenstherapeutischen Ansatz unter Einbeziehung der Eltern das Übergewicht zumindest bei einem Teil der Kinder reduziert werden kann (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Erfolgsaussichten bestehen aber nur in Familien, die zur Verhaltensänderung bereit sind (15, 17, e5, e6). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltensintervention	Deshalb sollten Maßnahmen wie Wissensvermittlung und/oder Verhaltenstherapie auf diese Parameter zielen (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltensintervention	Der Einfluss einer Verhaltenstherapie kann gering sein, weil beispielsweise genetische Faktoren eine Rolle spielen können. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnisintervention	Aus Sicht von Public Health beeinflussen andere Determinanten wie Geschlecht und sozialer Status das Verhalten maßgeblich (3). Diese Faktoren bestimmen auch den Erfolg einer Intervention (10, 12, 17). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnisintervention	Im Rahmen von KOPS erschwerte ein niedriger sozialer Status präventive und therapeutische Maßnahmen (10, 12, 14, 17). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Wirksame Präventions- und Behandlungsstrategien bedürfen deshalb eines erweiterten, dass heißt zum Beispiel den sozialen Status und das Geschlecht berücksichtigenden Ansatzes. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.335)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Medizin und Public Health sollten nicht den Eindruck erwecken, dass sie auf alle Faktoren, wie zum Beispiel die intensive Bewerbung von Lebensmitteln (e24), Einfluss nehmen könnten. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Präventionsstrategien müssen diese Aspekte miteinbeziehen, aber auch unter den Gesichtspunkten der Machbarkeit und Effizienz geplant werden (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336-337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	In Abwägung von erwarteter Effizienz und Machbarkeit ist Verhaltensprävention bei Kindern und Jugendlichen nur begrenzt Erfolg versprechend. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.336-337)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Wie empfänglich sind Schüler, Eltern und Lehrer gegenüber Strategien, die Einstellungen und kulturell gewachsene Normen, festgelegte Regeln oder die freie Marktwirtschaft beeinflussen oder einschränken? (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhaltens-intervention	Die bisherigen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen folgen einem verhaltenstherapeutischen Ansatz (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass Maßnahmen der Verhältnisprävention, die gemeinsam mit Ärzten, Public-Health-Experten, Ökonomen, der Lebensmittelindustrie, den Medien und der Politik entwickelt werden, erfolgreicher sind (und auch den Erfolg der Verhaltensinterventionen unterstützen). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Es ist deshalb dringend notwendig, dass alle Gesundheitsexperten, einschließlich der Ärzte, das Problem ernst nehmen und sich darum auch auf gesellschaftlicher Ebene kümmern (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Entgegen einer auch unter Ärzten weit verbreiteten Ansicht sind Prävention und Gesundheitsförderung bei einem gemeinsamen Vorgehen aller Partner wirksam: Die in Finnland gemachten Erfahrungen zur Prävention der koronaren Herzkrankheit (KHK) haben eindrucksvoll gezeigt, dass sich Ernährungs- und Lebensgewohnheiten auf der Bevölkerungsebene verändern lassen: Dort gelang es unter Einbeziehung vieler Akteure und unter Berücksichtigung verschiedener Settings (Schulen, Ärzte, Medien, Industrie und Politik) die kardiovaskulären Mortalitätsraten zwischen 1972 und 1997 um 62 Prozent zu reduzieren (e20). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter		Die Verhältnisprävention berücksichtigt, dass die Verantwortung für die Gesundheit nicht nur beim Individuum, sondern auch bei der Gesellschaft liegt („a healthy individual in a healthy society“ [7]). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Für die Prävention von Übergewicht ist Verhältnisprävention, beispielsweise durch lebensmittelrechtliche Vorschriften, denkbar (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.337-338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Auch könnte der spätere Beginn von Sendezeiten im Fernsehen, Werbeverbot für Lebensmittel in Kindersendungen (besteht in Schweden, Belgien und Irland [e22]), das Verbot von Getränkeautomaten mit gesüßten Getränken in Schulen (in Seattle, Quebec und Taiwan [e23]), Sonderabgaben für Fastfood (Sondersteuer für Softdrinks in Litauen [e23]) oder die Einschränkung der Mobilität (begrenzte Nutzung privater PKW) wirkungsvoll sein. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Diese Maßnahmen entsprechen aber nicht den gegenwärtig häufigen Wertvorstellungen und Wünschen der Menschen, die eher durch Gewinn, Konsum, Genuss und Lebensfreude charakterisiert sind. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Die genannten Strategien würden deshalb zu erheblichen Einschnitten in der Gesellschaft führen (e24). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Es ist Aufgabe der Politik, eine gesellschaftliche Diskussion zum Thema „Übergewicht und Gesundheit“ anzuregen. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Die Einrichtung der Plattform „Ernährung und Bewegung e.V.“ könnte ein erster Schritt hierzu sein. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Ärzte sind aufgefordert, die gesellschaftliche Herausforderung anzunehmen und sich mehr (auch politisch) zu engagieren. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Deshalb ist eine Diskussion auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen notwendig, um gemeinsam vereinbarte Lösungen zu finden und zu realisieren. (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
282006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes-Jugendalter	Verhältnis-intervention	Therapie und Prävention von Übergewicht können nur als Teil von auf kommunaler und politischer Ebene getragenen Initiativen erfolgreich sein (Grafik 2). (Müller, Reinehr und Hebebrand, 2006:S.338)
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort	Verhaltens-intervention	Unabhängig davon muss der präventive Effekt des Stillens – der ja auch nicht allein auf die Gewichtsentwicklung beschränkt ist – beachtet und die Stillbereitschaft der Mütter auch politisch gefördert werden. (Müller, 2006:S.1309)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter	Verhaltensintervention	Nach den Empfehlungen des amerikanischen Institute of Medicine (IOM) stehen neben individuellen Ansätzen - die Entwicklung eines nationalen Aktionsplanes gegen Übergewicht und Adipositas - die Priorisierung des Themas in Gesundheitspolitik und Public Health - der Einbezug der Bereiche „Industrie“, „Medien“ und Erziehung - sowie „setting“-Ansätze in Kommunen, Schulen und Familien im Vordergrund (4). (Müller, 2006:S.1309)
292006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Schlusswort	Verhältnisintervention	Nach den Empfehlungen des amerikanischen Institute of Medicine (IOM) stehen neben individuellen Ansätzen - die Entwicklung eines nationalen Aktionsplanes gegen Übergewicht und Adipositas - die Priorisierung des Themas in Gesundheitspolitik und Public Health - der Einbezug der Bereiche „Industrie“, „Medien“ und Erziehung - sowie „setting“-Ansätze in Kommunen, Schulen und Familien im Vordergrund (4). (Müller, 2006:S.1309)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
302006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Diskussion: Prävention noch früher beginnen	Verhältnis-intervention	Es wäre dringend erforderlich, dass die Prävention noch eher beginnt und in die Gesundheitspolitik einfließt, denn: (Ohe, 2006:S.1306)
302006	Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Diskussion: Prävention noch früher beginnen	Verhaltens-intervention	- Stillen wirkt präventiv bezüglich späterem Übergewicht. (Ohe, 2006:S.1306)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltens-intervention	Ein aktiver Schulweg könnte ein Mittel sein, Kinder und ihre Familien zu ermutigen, mehr Bewegung in ihren Lebensstil zu integrieren. (Korsten-Reck, 2007:S.37)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Ein aktiver Schulweg könnte ein Mittel sein, Kinder und ihre Familien zu ermutigen, mehr Bewegung in ihren Lebensstil zu integrieren. (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Aktuelle Empfehlungen aus England und den USA lauten, dass wenigstens 60 Minuten moderate bis anstrengende Aktivität pro Tag, die sich durch Spaß an der Bewegung und variierende Tätigkeiten auszeichnet, für Kinder notwendig ist (9, e18, e19). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Die Notwendigkeit von körperlichem Training während der Adipositas therapie ist evidenzbasiert, weil nur bei Therapiegruppen mit Betonung des körperlichem Trainings eine signifikante Reduktion des Körperfettanteils und eine Steigerung der Fitness erzielt werden konnte (e22, e23, e24). (Korsten-Reck, 2007:S.37)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Wesentlich dabei ist eine aktive Gestaltung des Alltags wie etwa zu Fuß gehen, Fahrrad fahren, Treppensteigen oder im Freien spielen. (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Diese Vorgehensweise hat einen größeren Effekt auf die Vermeidung oder die Bekämpfung von Übergewicht als das organisierte Sporttreiben im Verein (16). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Die besten Ergebnisse wurden bei Therapieprogrammen mit dem gleichzeitigen Einsatz von körperlichem Training, Ernährungsschulung und dem Einbezug der Eltern erzielt (17, e27, e28, e29, 18). (Korsten-Reck, 2007:S.37)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Die meisten Studien mit erfolgreicher Gewichtsreduktion oder Gewichtsstabilität betonen die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität in den Behandlungsprogrammen (e39). Ä (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Sportprogramme für übergewichtige Kinder müssen die genannten Defizite beachten und vor allem auch zu einem aktiven Freizeitverhalten motivieren, weil nur dadurch ein langfristiges Management der Adipositas als chronische Erkrankung möglich ist (22). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Nur wenn der Sport als Bereicherung wahrgenommen wird und eine Zunahme der Lebensqualität bedeutet, können Übergewichtige einen neuen Lebensstil langfristig beibehalten (e44, e45) (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Deshalb muss in einem Therapieprogramm die Bewegungsmotivation Stück für Stück geschult werden. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Das wesentliche Ziel ist, die sitzende Tätigkeit außerhalb der Schule auf weniger als zwei Stunden pro Tag zu reduzieren (e46). (Korsten-Reck, 2007:S.38)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Dennoch scheint es plausibel, Kindern bereits im Kindergartenalter den verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper nahe zu bringen. (Korsten-Reck, 2007:S.38)
322007	Sport zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern(Korsten-Reck, 2007)	Verhaltensintervention	Hierfür könnte die Förderung der frühen motorischen Entwicklung und der Ernährungsschulung sehr hilfreich sein (e47). (Korsten-Reck, 2007:S.38)
332007	Randnotiz. Schokolade, Küchlein und Co	Verhaltensintervention	Doch mit dem neuen Jahr kommt auch eine neue Chance: mehr Bewegung und eine ausgewogene Ernährung. (Richter-Kuhlmann, 2007:S.3509)
342007	Lebensmittelkennzeichnung. Kinderärzte für Ampel	Verhältnisintervention	Für eine „Ampel-Kennzeichnung“ von Lebensmitteln statt umfangreicher Nährwerttabellen hat sich der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) ausgesprochen. (Rie, 2007:S.1622)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
342007	Lebensmittelkennzeichnung. Kinderärzte für Ampel	Verhältnisintervention	Ungesunde Produkte bekämen dann einen roten Punkt, gesunde einen grünen, grenzwertige einen gelben. (Rie, 2007:S.1622)
342007	Lebensmittelkennzeichnung. Kinderärzte für Ampel	Verhältnisintervention	„Übergewicht haben besonders viele Kinder aus sozial benachteiligten Familien, häufig auch aus Familien mit Migrationshintergrund“, sagte Dr. med. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ. „Gerade für diese ist ein ‚kinderleichtes‘ Kennzeichnungssystem wichtig.“ (Rie, 2007:S.1622)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Verhältnisintervention	Der einzige Weg, dem Teufelskreis aus Übergewicht/Fettleibigkeit und frühzeitigen Erkrankungen zu entkommen, seien mehr Bewegung, weniger Essen und kalorienärmere Getränke (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Wasser wieder zum Getränk wird	Verhaltensintervention	Der einzige Weg, dem Teufelskreis aus Übergewicht/Fettleibigkeit und frühzeitigen Erkrankungen zu entkommen, seien mehr Bewegung, weniger Essen und kalorienärmere Getränke (Merten, 2007:S.2849)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhältnis-intervention	Druck von außen – beispielsweise in Form nationaler Präventionsprogramme, die Kinder, Eltern sowie Lehrkräfte mit einbeziehen – ist bislang in den meisten EU-Ländern lediglich im Gespräch. (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhaltens-intervention	Bei Tigerkids handelt es sich nach Angaben von Prof. Dr. med. Berthold Koletzko – dem Mitinitiator und Projektleiter – um ein Präventionsvorhaben, das Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren durch Verhaltenstraining zur Gewichtsreduktion verhelfen soll. (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhaltens-intervention	Das Konzept ist nachgewiesenermaßen effektiv: Während der täglichen Kindergartenbesuche vermitteln Erzieher ihren jungen Besuchern, welche Vielfalt an gesunden Lebensmitteln und Getränken es gibt. (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhältnis-intervention	Dabei helfen eine Getränkestation mit Wasser, Tee und Mischgetränken sowie ein Holzzug, der mit frischem Obst und Gemüse gefüllt ist. (Merten, 2007:S.2849)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhaltens-intervention	Pro Tag sollen die Kinder mindestens eine Stunde körperlich aktiv sein, zu Hause gilt es, inaktive Beschäftigungen wie Fernsehen und Computerspiele auf maximal eine Stunde zu reduzieren. (Merten, 2007:S.2849)
352007	Kinder-gesundheit. Wenn Was-ser wieder zum Getränk wird	Verhaltens-intervention	Das bundesweite Präventionsprojekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“ soll helfen, zum gesunden Lebensstil zurückzufinden. (Merten, 2007:S.2849)
362007	Fetalzeit und spätere Gesundheit. Diskussion	Verhaltens-intervention	Und dies, obwohl hier im Gegensatz zur intrauterinen Wachstumsrestriktion die Befundlage konsistent ist: Epidemiologische, klinische und experimentelle Untersuchungen der letzten 3 Jahrzehnte zeigen, dass die betroffenen Kinder im Mutterleib vorprogrammiert werden, später Übergewicht, Diabetes und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen zu entwickeln (2) (Plagemann, 2007:S.1672)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Verhaltensintervention	Und dies, obwohl hier im Gegensatz zur intrauterinen Wachstumsrestriktion die Befundlage konsistent ist: Epidemiologische, klinische und experimentelle Untersuchungen der letzten 3 Jahrzehnte zeigen, dass die betroffenen Kinder im Mutterleib vorprogrammiert werden, später Übergewicht, Diabetes und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen zu entwickeln (2) (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Verhältnisintervention	Doch der Gesundheitsapparat des Riesenreichs China reagiert: Inzwischen gibt es vor allem in den großen Städten Präventionskonzepte, die sich bereits im Stadium der Erprobung als Erfolg versprechend erweisen. So werden zum Beispiel im Rahmen der „ten happy minutes“ täglich im Schulablauf zehminütige Pausen eingelegt, in denen die Kinder unter Anleitung Bewegungsspiele machen. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Verhaltensintervention	Eltern übergewichtiger Kinder werden gemeinsam mit ihren Sprösslingen zur Beratung in Adipositasambulanzen geschickt. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Verhaltensintervention	Dort werden spezielle „Bewegungsrezepte“ für die Teilnahme an Bewegungsprogrammen ausgestellt, die allerdings kostenpflichtig sind (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)
372007	Das dicke Kind Prinz oder Bettelknabe	Verhältnisintervention	Präventionsprogramme müssen vor diesem Hintergrund auf unterschiedliche soziale Ätiologien und somit auf jeweils unterschiedliche Zielgruppen abgestimmt sein. (A. Petersen, Bindt und C. Petersen, 2007:S.2186)
382007	Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen	Verhältnisintervention	Auf 264 Seiten beschreiben sie, wie vielschichtig das Problem der Fettleibigkeit ist und welche Möglichkeiten der Einzelne, die Familie und der Staat haben, es zu beseitigen. (Anheier, 2007:S.2340)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
382007	Pädiatrie: Denkanstöße und Informationen	Verhaltensintervention	Auf 264 Seiten beschreiben sie, wie vielschichtig das Problem der Fettleibigkeit ist und welche Möglichkeiten der Einzelne, die Familie und der Staat haben, es zu beseitigen. (Anheier, 2007:S.2340)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnisintervention	Zur Vorbeugung des Problems muss man im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes nicht nur individuelle Ursachen erkennen, sondern auch die sozialen, ökonomischen und kulturellen Einflüsse identifizieren, die zu der steigenden Prävalenz beitragen (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhaltensintervention	So ergab ein systematischer Review, dass als Intervention zur Vermeidung von Übergewicht die Reduzierung von sitzendem Verhalten wirksam scheint (15). (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhaltensintervention	Prävention sollte möglichst früh ansetzen, da man gesundheitsbezogenes Verhalten bei Kindern leichter beeinflussen kann als bei Erwachsenen und die Manifestation von Folgeerkrankungen besser vermeiden kann (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnisintervention	Stadtteilbezogene Interventionsmaßnahmen setzen eine gute verkehrs- und kostengünstige Zugänglichkeit der Sport- und Spielangebote im Stadtviertel voraus. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.887)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnisintervention	Anreize für eine gleichzeitige Aufnahme eines deutschen Kindes und jeweils eines weiteren Kindes mit Migrationshintergrund und Behinderung befinden sich derzeit im politischen Diskussions- und Entscheidungsprozess. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnis-intervention	Innerhalb der Stadtverwaltung wurde die Gesundheitsförderung über Verhältnis- und Verhaltensprävention in den Handlungsräumen Vorschule und Schule zu einem wichtigen Ziel erklärt. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhaltens-intervention	Innerhalb der Stadtverwaltung wurde die Gesundheitsförderung über Verhältnis- und Verhaltensprävention in den Handlungsräumen Vorschule und Schule zu einem wichtigen Ziel erklärt. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnis-intervention	Die Gesundheitsverwaltung ist bestrebt, durch Aufklärung und Kampagnen wie zum Beispiel eine Bio-Pausenbrotbox-Aktion eine gesunde Schulverpflegung weiter zu forcieren. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhaltensintervention	Die Gesundheitsverwaltung ist bestrebt, durch Aufklärung und Kampagnen wie zum Beispiel eine Bio-Pausenbrotbox-Aktion eine gesunde Schulverpflegung weiter zu forcieren. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)
402008	Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht bei Einschulungskindern	Verhältnisintervention	Drei Schulen wurden im letzten halben Jahr mit Wasserbrunnen ausgestattet, damit die Kinder in der Schule auch eine kostengünstige Alternative zum zuckerreichen Getränkeangebot haben. (Weber, Hiebl und Storr, 2008:S.888)
432008	Chirurgie. Sind Magenband oder -bypass eine Option für stark adipöse Teenager?	Verhaltensintervention	Die Patienten müssen gewillt sein, an psychiatrischen Evaluationen vor und nach der OP sowie an einem postoperativen multidisziplinären Behandlungsprogramm teilzunehmen, sagte Widhalm. (Fath, 2008:S.2640)
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhältnisintervention	Die Förderung einer gesunden Ernährung muss in den Kindergärten und Schulen ansetzen (Gerste, 2008:S.3389)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhältnis-intervention	Inzwischen haben 22 Bundesstaaten Richtlinien für die in den Schulen ausgegebenen Lebensmittel erlassen, um sicherzustellen, dass Vollwertkost gegenüber Junkfood die Oberhand gewinnt. (Gerste, 2008:S.3389)
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhältnis-intervention	In eine ähnliche Richtung zielen Gesetzesinitiativen, die den Inhalt von Snack- und Getränkeautomaten an Schulen regeln. (Gerste, 2008:S.3389)
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhältnis-intervention	So haben vielerorts die Cola-, Sprite- und Seven-Up-Dosen Wasserflaschen und Sojamilch Platz gemacht. (Gerste, 2008:S.3389)
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhaltens-intervention	Ein Sieg über die Fettleibigkeit der jungen Amerikaner wird allerdings erst dann zu erzielen sein, wenn Schule und Eltern ihnen vermitteln, wie sehr die Ess- und Trinkgewohnheiten auch in der Freizeit die eigene Körperlichkeit bestimmen – keine leichte pädagogische Aufgabe in einem Land, in dem selbst ein Eisbecher der Größe „regular“ furchteinflößend erscheint. (Gerste, 2008:S.3389)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
452008	Adipositas in den USA Kampf gegen eine Epidemie	Verhältnis-intervention	Für Kinder werden inzwischen vielerorts „Physical Activity“ - Programme durchgeführt (Gerste, 2008:S.3389)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Verhaltens-intervention	Es gibt zahlreiche verhalten-sorientierte Behandlungskonzepte, die aber zum großen Teil nicht extern evaluiert sind. (Sigmund-Schultze, 2008:S.2376)
462008	Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Frühe Therapie sinnvoll	Verhaltens-intervention	Hier trieben die Kinder deutlich mehr Sport, sahen weniger fern und saßen seltener vor dem Computer. (Sigmund-Schultze, 2008:S.2376)
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche Handys als Aktivitätsbegleiter	Verhaltens-intervention	Zwischen 80 bis 120 übergewichtige Kinder im Alter von elf bis 17 Jahren verbringen mehrere Wochen und Monate in der Inselklinik und werden dort hinsichtlich ihrer Ernährungs- und Bewegungssituation beobachtet und unterstützt. (EB, 2009b:S.891)
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche Handys als Aktivitätsbegleiter	Verhaltens-intervention	Misst der Sensor über einen längeren Zeitraum am Tag keine oder eine unzureichende körperliche Aktivität, wird das betroffene Kind von seinem Handy darauf aufmerksam gemacht. (EB, 2009b:S.891)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche Handys als Aktivitätsbegleiter	Verhaltensintervention	Umgekehrt erhält es ein „digitales Geschenk“, wenn es besonders aktiv war. (EB, 2009b:S.891)
492009	Gesundheitsberatung für Jugendliche Handys als Aktivitätsbegleiter	Verhaltensintervention	So erhalten die jungen Probanden regelmäßig eine Rückmeldung zu ihrem Verhalten und schärfen ihr Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise. (EB, 2009b:S.891)
532014	Gewichtssabnahme bei Kindern und Jugendlichen	Verhaltensintervention	In den deutschen evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird der Einsatz konservativer (nichtpharmakologischer) Therapieverfahren zur Gewichtsreduktion mit dem Ziel einer langfristigen Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens empfohlen (11). (Mühlig u. a., 2014:S.818)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
532014	Gewicht- sabnahme bei Kin- dern und Jugendlichen	Verhaltens- intervention	Dabei wird zu einer kombinierten Anwendung von ernährungs-, bewegungs- und verhaltenstherapeutischen Schulungseinheiten als multimodale Lebensstil-Intervention geraten (Mühlig u. a., 2014:S.818)
532014	Gewichts- abnahme bei Kindern und Jugendlichen	Verhaltens- intervention	Als Therapie erfolg könnten außerdem nachhaltige positive Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens betrachtet werden, die im Langzeitverlauf das Risiko adipositasassoziierter Erkrankungen reduzieren könnten (34) (Mühlig u. a., 2014:S.821)
532014	Gewicht- sabnahme bei Kin- dern und Jugendlichen	Verhaltens- intervention	Obwohl psychiatrische Komorbiditäten bei Adipositas gehäuft auftreten (6), gehört eine differenzierte psychologisch-psychiatrische Diagnostik bisher nicht zum standardisierten Vorgehen verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Lebensstilinterventionen. (Mühlig u. a., 2014:S.822)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
542014	Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?	Verhaltens- intervention	Nach wie vor stellen konservative, verhaltensbasierte Gewichtsreduktionsprogramme die Standardtherapie adipöser Kinder und Jugendlicher sowohl in Deutschland (9) als auch international dar (10) (Disse und Zimmer, 2014:S.816)
542014	Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?	Verhaltens- intervention	Die aktuelle Datenlage zur konservativen Adipositas- Therapie bei Kindern zeigt, dass die existierenden Schulungsprogramme zu kurzfristig angelegt sind und keine Gewichtsnormalisierung innerhalb dieser kurzen Zeiträume ermöglichen (Disse und Zimmer, 2014:S.817)
542014	Editorial: Adipositas bei Kindern - eine chronische Erkrankung?	Verhaltens- intervention	Um die weltweite Adipositas-„Epidemie“ einzudämmen, müssen nachhaltige Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche entwickelt und hinsichtlich ihres Therapieerfolgs evaluiert werden. (Disse und Zimmer, 2014:S.817)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
562015	Arteriosklerose Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Verhaltensintervention	Neben einer engen Zusammenarbeit mit Kindergärten, Schulen und Eltern sollten nicht nur das Ernährungsverhalten geschult, sondern insbesondere die körperliche Aktivität erhöht und das Freizeitverhalten der Kinder beeinflusst werden (Erbs, 2015:S.27)
562015	Arteriosklerose Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Verhältnisintervention	Allein durch eine Erhöhung der wöchentlichen Schulsportstunden lassen sich positive Veränderungen hinsichtlich Körpergewicht und molekularvaskulären Parametern nachweisen (29). (Erbs, 2015:S.27)
562015	Arteriosklerose Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Verhaltensintervention	In Deutschland wird eine Reihe von unterschiedlichen ambulanten und stationären interdisziplinären Programmen für adipöse Kinder und Jugendliche angeboten (Erbs, 2015:S.27)
562015	Arteriosklerose Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Verhaltensintervention	Ein Beispiel ist das Obeldicks-Programm, das neben Bewegungstherapie auch verhaltens- und ernährungstherapeutisch eingreift, was zu einer schrittweisen, andauernden Gewichtsreduktion führen soll (30). (Erbs, 2015:S.27)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
562015	Arteriosklerose Adipöse Kinder weisen Gefäßveränderungen auf	Verhaltensintervention	Eine Einbindung adipöser Kinder an derartige Interventionsprogramme sowie eine Mitbehandlung durch spezialisierte Adipositasambulanzen ist in Betracht der frühzeitig auftretenden, zwar noch subklinischen, aber dennoch ausgeprägten kardiovaskulären Veränderungen dringend anzuraten. (Erbs, 2015:S.27)
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Zahlreiche Projekte zielen auf eine Unterrichtung der Mütter über eine gesunde Ernährung und ein positives feeding behaviour. (Gerste, 2015:S.1880)
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Die Mütter wurden unter anderem besonders über gesunde Ernährungspraktiken und die Vermeidung süßer Snacks instruiert; die Vorteile des Stillens gegenüber der Flasche wurden deutlich hervorgehoben; die jungen Mütter wurden aufgefordert, die Zeit vor dem Fernsehgerät zu minimieren und statt dessen aktiv mit dem Kind zu spielen oder dieses zum Spiel zu ermutigen (Gerste, 2015:S.1880)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Im Rahmen der Nourish-Studie wurden Mütter (ein etwas älteres Kollektiv mit durchschnittlich 30 Jahren) speziell darauf trainiert, die Körpersprache ihres Kindes besser zu verstehen – wann es gesättigt war, wann es wirklich Hunger hatte. (Gerste, 2015:S.1881)
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Auch sollte auf unnötige Nahrungszufuhr verzichtet werden; dem Kind sollte zum Beispiel kein Essen angeboten werden, um es ruhigzustellen oder abzulenken. (Gerste, 2015:S.1881)
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Das Lernen der Erziehungsberechtigten über die potenziellen Ursachen von Übergewicht sollte indes nicht – wie in diesen Interventionsstudien – nach dem zweiten Lebensjahr enden. (Gerste, 2015:S.1881)
572015	Adipositas in den USA. Interventionen mit geringer Wirkung	Verhaltensintervention	Darin wird unter anderem auf die Bedeutung von Schlaf als Protektivum hingewiesen. (Gerste, 2015:S.1881)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Verhaltensintervention	„Die Genetik verhindert nicht grundsätzlich die Wirkung von Lebensstilintervention, kann das Abnehmen aber erschweren“, erklärte Prof. Dr. med. Andreas Fritsche, Leiter des Lehrstuhls für Ernährungsmedizin und Prävention an der Universität Tübingen. (Gießelmann, 2016:S.1920)
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Verhaltensintervention	„Beobachtungsstudien zeigen, dass die Ernährung in den ersten 1 000 Tagen lebenslange Effekte hat, nicht nur das Adipositasrisiko sinkt“, sagte Prof. Dr. med. Dres. h.c. Berthold Koletzko, Leiter der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). (Gießelmann, 2016:S.1920)
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Verhaltensintervention	„Kinder, die gestillt wurden, haben später ein geringeres Risiko für Ekzeme der Haut, chronische Darmerkrankungen, Mittelohrentzündung, plötzlichen Kindstod, akute lymphatische Leukämie, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2“, zählte Koletzko auf. (Gießelmann, 2016:S.1920)

Codings der Kategorie Interventionsansätze

Artikelnummer	Titel des Artikels	Kategorie	Codierter Textabschnitt
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Verhaltensintervention	Eine ärztliche Beratung vor der Schwangerschaft sei daher um ein Vielfaches effektiver, als jede Diät im späteren Erwachsenenalter, ist sich Koletzko sicher. (Gießelmann, 2016:S.1921)
582016	Frühkindliche Ernährung. Die ersten 1000 Tage entscheiden	Verhaltensintervention	Das zeigte eine Interventionsstudie bei mehr als 2 000 Schwangeren im Rahmen des „Early-Nutrition-Projekts“ (5): „Essen Sie wenig Zucker, wenig gesättigte Fettsäuren und bewegen Sie sich regelmäßig.“ (Gießelmann, 2016:S.1921)
592017	Prävention. Kindermarketingverbot für Lebensmittel gefordert	Verhältnisintervention	Vor diesem Hintergrund fordert die AOK im Onlinebereich und Fernsehen ein Kindermarketingverbot für Lebensmittel. (hil, 2017:S.920)
592017	Prävention. Kindermarketingverbot für Lebensmittel gefordert	Verhältnisintervention	Es sei ärgerlich, wenn in Schulen und Kindergärten über gesunde Ernährung aufgeklärt werde und das Engagement gleichzeitig von der profitorientierten Lebensmittelindustrie durch aggressive Marketingstrategien konterkariert werde, bemängelte die AOK. (hil, 2017:S.920)