



Europa-Universität  
Flensburg

Fakultät I

Institut für Gesundheits- und  
Ernährungswissenschaften

**ReCoVer** - Stationäre **Re**habilitation für begleitete Kinder und  
Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-**Co**aching  
zur Förderung der **Ver**haltensmodifikation

Konzeption eines Familien-Coachingleitfadens zur individuellen Begleitung und  
motivationalen Entwicklung von Patient\*innen und ihren Begleitpersonen

**Dissertation**

Zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt von: Evita Ausner (MSc.)

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. Petra Hampel  
Europa-Universität Flensburg

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Linus Wittmann  
Fachhochschule Kiel

Flensburg, den 22.01.2024

# Danksagung

"If you always do what you've always done, you always get what you've always gotten."

*Jessie Potter*

Es war eine große Herausforderung für mich, nach 15 praktischen Berufsjahren, eine solche Dissertationsschrift zu verfassen. Ich danke deshalb an erster Stelle Prof. Dr. Petra Hampel, die diesen Weg mit mir gegangen ist und mich mit ihrer Kompetenz durch alle Höhen und Tiefen begleitet hat. Ebenso hilfreich war für mich die Unterstützung ihres Teams aus wissenschaftlichen Mitarbeitenden und studentischen Hilfskräften, allen voran Dr. Carmen Schumacher, Pia Schepp und Marcel Görlich.

Zu diesem Thema forschen zu können, haben mir die Fachkliniken Sylt und Satteldüne der DRV Nord ermöglicht, wofür ich ihnen sehr dankbar bin. Vor allem Frau Dr. Scheewe, Herr Dr. Stachow und Frau Dr. Gellhaus haben sich sehr für das Zustandekommen von ReCoVer eingesetzt. Ohne die Bereitschaft der Familien, an der Studie teilzunehmen, wäre diese Arbeit nicht entstanden, daher auch ihnen ein herzliches Dankeschön.

Für die fundierte Ausbildung zur MI-Coach und Supervisorin und die vielen guten Diskussionen zum Thema MI-Coaching danke ich dem Team um Uli Gehring von der Quest-Akademie Heidelberg. Auch die Teilnehmenden der MI-Peergroup (1.Liga) waren mir fachlich und mental immer eine Stütze in schweren Phasen.

Ohne die Rücksichtnahme und den Rückhalt meines Mannes und meiner Familie wäre die Umsetzung dieses Gesamtprojektes nicht gelungen, wofür ihnen ausdrücklich der größte Dank gilt.

# Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	1
Zusammenfassung.....	2
Summary.....	6
1. Theoretischer Hintergrund.....	10
1.1 Problemstellung und Überblick.....	10
1.2 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.....	12
1.2.1 Der Rehabilitationsbegriff.....	13
1.2.2 Rechtliche Grundlage.....	15
1.2.3 Hauptdiagnose: Adipositas.....	15
1.3 Adipositas im Kindes- und Jugendalter.....	16
1.3.1 Zusammenhang von Gewichtsreduktion und Lebensqualität.....	16
1.3.2 Aktuelle gesellschaftliche Entwicklung.....	18
1.4 Therapieansätze bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter.....	18
1.4.1 Das Adipositas-Schulungsmanual.....	19
1.4.2 Modelle und Methoden des Gesundheitsverhaltens und der Motivation zur Verhaltensänderung.....	20
1.4.2.1 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens.....	21
1.4.2.2 Das transtheoretische Modell.....	22
1.4.2.3 Motivierende Gesprächsführung.....	23
1.4.2.4 Die Selbstbestimmungstheorie.....	26
1.4.3 Verhaltenstherapeutische Methoden.....	27
1.4.4 Coaching als ergänzende Individualtherapie.....	28
1.5 Die Bedeutung der Begleitperson in der Rehabilitation.....	30
1.5.1 Aufgaben der Begleitperson.....	31
1.5.2 Erziehungsstile.....	32
1.6 Verantwortung – gemeinsam gegen Adipositas.....	34
1.6.1 Eigenverantwortung.....	35
1.6.2 Verantwortung der Eltern.....	37
1.6.3 Verantwortung der Gesellschaft.....	37
1.7 Bisherige eigene Studien.....	39
1.7.1 Erkenntnisse aus MoReMo.....	40
1.7.2 ReCoVer Phase 1.....	40
1.7.3 ReCoVer Phase 2.....	43
1.7.3.1 Quantitative Datenerhebung und Auswertung.....	43
1.7.3.2 Qualitative Datenerhebung und Auswertung.....	44
1.7.3.3 Ergebnisse.....	47
1.7.3.4 Fazit und Ausblick.....	54

1.8 Zusammenfassung und Relevanz der Forschungsarbeit.....	54
2. Aufbau des Promotionsvorhabens.....	56
2.1 Untersuchungsdesign.....	56
2.2 Allgemeiner Ablauf des Forschungsprojektes ReCoVer.....	57
2.2.1 Feldzugang.....	57
2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	58
2.2.3 Untersuchungsstichprobe.....	58
2.2.4 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung.....	59
2.2.5 Qualitätsmanagement.....	60
2.2.6 Datenschutz.....	62
2.3 Forschungsfrage.....	63
2.4 Forschungsansatz.....	64
2.5 Entwicklung des Coaching-Leitfadens.....	66
2.5.1 Strukturqualität.....	66
2.5.2 Prozessqualität.....	67
2.5.3 Ergebnisqualität.....	68
2.5.4 Konzeptqualität.....	68
2.6 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung.....	75
2.6.1 Definition der Motivationsstadien als Merkmalsraum.....	75
2.6.2 Entwicklung der Leitfäden.....	82
2.6.3 Leitfadengestützte Einzelinterviews.....	82
2.6.4 Leitfadengestützte Gruppeninterviews.....	83
2.6.5 Telefoninterviews.....	85
2.6.6 Coachingprotokolle.....	86
2.7 Quantitative Erhebungsinstrumente.....	87
2.7.1 Fragebogen psychischer Auffälligkeiten.....	87
2.7.2 Kurzfragebogen MoReMo.....	87
2.7.3 Stundenevaluation des Coachings.....	88
2.7.3.1 Akzeptanz.....	88
2.7.3.2 Motivationsstadien von Patient*innen und Begleitpersonen.....	89
2.8 Datenauswertung qualitativ.....	91
2.8.1 Datenaufbereitung.....	91
2.8.2 Typenbildende qualitative Inhaltsanalyse.....	91
2.8.3 Qualitative Inhaltsanalyse.....	94
2.9 Datenauswertung quantitativ.....	97
3. Ergebnisse.....	98
3.1 Hauptfragestellung.....	98
3.1.1 Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0.....	98

3.1.2 Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 .....	100
3.1.3 Typisierung nach Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 .....	103
3.1.4 Zielformulierungen der Begleitpersonen .....	117
3.1.5 Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1.....	119
3.1.6 Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t1 .....	120
3.1.7 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Hauptfragestellung.....	128
3.2 Nebenfragestellung 1 .....	129
3.2.1 Motivationslage der Patient*innen zum Zeitpunkt t0 .....	129
3.2.2 Zielformulierungen der Patient*innen.....	131
3.2.3 Motivationslage der Patient*innen Zeitpunkt t1 .....	132
3.2.4 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Nebenfragestellung 1.....	138
3.3 Nebenfragestellung 2.....	139
3.3.1 Entwicklung von Ambivalenz-Faktoren im Coachingverlauf.....	139
3.3.2 Auswertung der Beurteilung Coach im Coachingverlauf .....	142
3.3.3 Veränderung des Motivationsstadiums im Coachingverlauf.....	145
3.3.3.1 Darstellung von Einzelfällen mit günstiger Entwicklung.....	146
3.3.3.2 Darstellung von Einzelfällen mit ungünstiger Entwicklung.....	161
3.3.4 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Nebenfragestellung 2.....	182
4. Übergreifende Diskussion.....	183
4.1 Ergebnisdiskussion .....	183
4.1.1 Hauptfragestellung .....	183
4.1.2 Nebenfragestellung 1 .....	187
4.1.3 Nebenfragestellung 2 .....	190
4.2 Methodendiskussion .....	198
4.2.1 Erhebungsmethoden .....	199
4.2.2 Auswertungsmethoden .....	204
4.4 Handlungsempfehlungen .....	206
4.4.1 Erkenntnisse aus der Problemanalyse.....	207
4.4.2 Strategieformulierung .....	207
4.4.3 Erkenntnisse aus der Umsetzungsphase.....	208
4.4.4 Erkenntnisse aus der Bewertung und Evaluation.....	210
5. Schlussfolgerung .....	216
6. Literaturverzeichnis .....	219
Anhang A .....	236
Abbildungsverzeichnis .....	236
Kastenverzeichnis.....	240
Tabellenverzeichnis .....	241
Anhang B .....	243



## Abkürzungsverzeichnis

APV	Adipositas-Patient*innen-Verlaufsdokumentation
AWMF	Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMI-SDS	Body Mass Index-Standard deviation Score
CAT	Commitment, Activation, Taking Steps,
COPSY	Corona und Psyche-Studie
DARN	Desire, Ability, Reason, Need
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
EEI	Eltern-Erziehungsstil-Inventar
FREM	Fragebogens zur Messung rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivation
GLF-MoS	Gesprächsleitfaden zur Erfassung von Motivationsstadien
HAPA	Health Action Process Approach - Modell
ICF-CY	International Classification of Functioning and Health - Children and Youth
KgAS	Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche
KOPS	Kieler Obesity Prevention Study
MI	motivational interviewing, motivierende Gesprächsführung
MoReMo	Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung
Mot	Motivationsstadium in ReCover
MOVE	motivierende Kurzintervention
OIT	Organismic Integration Theory
ReCoVer	Stationäre Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation
SDQ-fremd	Deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire
SDT	Self Determination Theory
SGB	Sozialgesetzbuch
SMART	Specific, Measurable, Achievable, Reasinable, Time-bounded
SPS-J	Screening psychischer Störungen im Jugensalter
TTM	TransTheoretisches Modell
ULD	Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
WHO	World Health Organisation

## Zusammenfassung

### Hintergrund

Laut der aktuellen Daten der KiGGS-Studie aus der zweiten Auswertungswelle sind auch weiterhin 15,4 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 5,9 % adipös. Daraus ergibt sich ein dringender Bedarf an frühzeitiger Prävention und Behandlung. Langfristige Ziele in der Behandlung der Adipositas sind die Veränderung der Körperstrukturen und -funktionen sowie die Verbesserung der Aktivität und Teilhabe. Unbefriedigende Langzeitergebnisse in stationären Rehabilitationseinrichtungen lassen sich insbesondere durch fehlende oder nur sehr geringe Elterneinbindung erklären. Ein autoritativer Erziehungsstil setzt auf klare, festgelegte Regeln, aber verbunden mit Zuwendung und Wertschätzung des Kindes und sollte daher von den Eltern praktiziert werden. Ziel war es demnach, eine Intervention für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas zu konzipieren, die die nötige Verhaltensänderung bei den Patient\*innen und Begleitpersonen nachhaltig bewirkt.

### Vorarbeit

Eine gezielte Förderung der Motivation durch motivationsstadienbasierte Adipositasschulung für Jugendliche ohne Begleitperson wurde bereits im Vorgängerprojekt MoReMo angestrebt. Die Anforderung an das Forschungsprojekt ReCoVer war, ein Intervention zu entwickeln, die die Begleitpersonen gleichermaßen in die Therapie mit einbezieht und die Familie als Ganzes in ihrer Motivation zur Verhaltensmodifikation fördert. Dafür wurde ein Coaching-Leitfaden entwickelt, mit dem die Familie, in Ergänzung zum Therapieplan der Rehabilitationsklinik, individuell begleitet wurde. Das Konzept des Familien-Coachings beruht auf der Methode des Motivational Interviewing (MI) von Miller und Rollnick (2015).

Die Skala zur Einschätzung des Motivationsstadiums umfasst die Motivationsstadien I-VI und wurde auf Grundlage des Health Action Process Approach (HAPA) nach Schwarzer (2004) und dem transtheoretischen Modell (TTM) nach Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) entwickelt.

Das Familien-Coachingkonzept wurde in Phase 1 des Forschungsprojektes entwickelt und in Phase 2 auf seine Akzeptanz und Machbarkeit untersucht. Die qualitativen Befunde sprechen für einen nachhaltigeren Rehabilitationserfolg: Das Familien-Coaching konnte sowohl die Begleitpersonen zielgerichtet in ihrer Verantwortung und ihrem Erziehungsstil unterstützen, als auch die Patient\*innen stärker zu Verhaltensänderungen motivieren. Die Akzeptanz der Begleitpersonen und Patient\*innen spricht für eine Implementation der Coachingintervention in die stationäre Adipositastherapie.

## **Fragestellungen**

Das vorliegende Promotionsvorhaben beschäftigte sich mit den Fragen, wie das Familien-Coaching angewendet wurde und welchen Einfluss es auf die motivationale Entwicklung der Teilnehmenden hatte. Dabei wurden sowohl der Ausgangspunkt und die Entwicklung der Motivation der Patient\*innen und Begleitpersonen getrennt betrachtet, als auch die Entwicklung in Abhängigkeit voneinander. Aufgrund des hohen Einflusses der Begleitpersonen auf das Verhalten ihrer Kinder, wurden mit der Hauptfragestellung Motivationslage und Ziele der Begleitpersonen zu Beginn (t0) der Rehabilitation sowie zum Ende (t1) die Motivationslage untersucht. Die Nebenfragestellung 1 befasste sich mit ebendieser Frage, bezogen auf die Patient\*innen. Das Vorherrschen von Faktoren im Coachingverlauf, die zur Ambivalenz und letztendlich zur Motivation einer Verhaltensänderung führen können, wurden in Nebenfragestellung 2 untersucht.

## **Methode**

Für die in der Hauptfragestellung untersuchte Motivationslage der Begleitpersonen wurden Fokusgruppeninterviews zu den Zeitpunkten t0 und t1 erfasst und ausgewertet. Die Motivationslage der Patient\*innen wurde zu Beginn (t0) in einem Einzelinterview und mithilfe des GLF-MoS bewertet (Stachow et al., 2017), zu t1 wurden ebenfalls Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Die Ziele wurden in der ersten von drei Coachingeinheiten genannt. Für die Auswertung der Nebenfragestellung 2 wurden die Coachingprotokolle, die Stundenevaluationen und die Beurteilung durch den Coach herangezogen. Das Motivationsstadium wurde zu den Messzeitpunkten t0 und t1 sowie nach jeder Coachingeinheit erfasst.

Die Transkripte der Fokusgruppeninterviews wurden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unterzogen. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse erfolgte mittels typenbildender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022). Durch die merkmals-homogene monothetische Typenbildung ergab sich ein vier-Felder-Schema mit dem Merkmal Motivation in den zwei Ausprägungen – (Mot. I-III) und + (Mot. IV-VI) und der Unterscheidung von Begleitperson (BP) und Patient\*in (Pat.). Daraus konnten die vier Kombination unmotivierter Familie **Pat.-/BP-**, motiviertes Kind **Pat.+ /BP-**, motivierte Begleitperson **Pat.-/BP+** oder motivierte Familie **Pat.+ /BP+** gebildet werden. Das Motivationsstadium wurde zu den Zeitpunkten t0 (Rehabilitationsbeginn) und t1 (Rehabilitationsende) sowie nach jeder erfolgten Coachingeinheit mittels entwickelter Bewertungsskala erfasst.

## Motivationsstadium t0

**Pat./BP-**: Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung waren gering oder fehlten bei allen Beteiligten sowie Anzeichen für die Übernahme von Verantwortung bei den Begleitpersonen. Hilflosigkeit wurde von den Begleitpersonen thematisiert. Unsicherheit, Sustain Talk oder Discord Talk waren dagegen bei allen Beteiligten ausgeprägt, vorbereitender Change Talk war zu hören, mobilisierender Change Talk hingegen fehlte.

**Pat.+BP-**: Die Patient\*innen befanden sich in der Handlungsplanung oder Handlung, situative Ressourcen wurden genutzt, Zielsetzungen wurden genannt sowie mobilisierender Change Talk. Zielsetzung, Planung, Handlungen oder Unterstützung der Begleitpersonen hingegen fehlten weitgehend. Vertrauen in das Kind und/oder das Gelingen einer Verhaltensänderung waren ebenso gering (vermehrt Sustain Talk), wie die Beschreibung von Eltern-Kind-Konflikten. Verantwortungsübernahme fehlte bei diesen Begleitpersonen oder war nur gering ausgeprägt.

**Pat./BP+**: Bei den Patient\*innen fehlten Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung oder waren nur gering ausgeprägt, im Gegensatz zu vorbereitendem Change Talk. Die bestehende Dissonanz zur Begleitperson wurde häufig benannt und es bestand Motivation, diese zu beheben. Die Begleitpersonen waren gekennzeichnet durch den ausgeprägten Wunsch, die Patient\*innen würden eigenmotiviert handeln und einer Formulierung von Hilfebedarf.

**Pat.+BP+**: Diese Gruppe zeichnete sich aus durch gemeinsame Planung, konkrete Handlungen oder Beschreibung von erfolgter Beibehaltung bis hin zur Aufrechterhaltung. Es lag einvernehmliche Zielorientierung und mobilisierender Change Talk vor. Die Begleitpersonen zeichneten sich durch klare Verantwortungsübernahme und autoritatives Handeln aus. Es fand teilweise eine Auseinandersetzung mit Ressourcen- und Barrieremanagement statt.

## Motivationsstadium t1

Bis auf fünf Familien entwickelten sich alle hin zu dem Feld **Pat.+BP+**. Hatten die Familien im Coachingverlauf dieses Feld erreicht, wurden vor allem mobilisierender Change Talk und Confidence Talk gefördert. Die Familien formulierten verstärkt Zielvereinbarungen und erprobten Handlungen zwischen den Coachings, was die Thematisierung von Ressourcen- und Barrieremanagement im Hinblick auf die Aufrechterhaltung nach der Rehabilitation erlaubte.

Die Motivationssteigerung verlief bei den Patient\*innen weniger geradlinig als bei den Begleitpersonen, was die Vermutung nahelegt, dass die Patient\*innen sowohl ein hohes Maß

an extrinsischer Motivation benötigten, als auch die Festlegung von Zielen durch die Begleitpersonen dominiert und von den Patient\*innen unbewusst übernommen wurde.

### **Motivationsentwicklung im Coachingverlauf**

Mit der Bearbeitung der Nebenfragestellung 2 wurde die Motivationsentwicklung der Familien während des Familien-Coachings dargestellt und untersucht, welche der Ambivalenz-Faktoren Dissonanz (zwischen Begleitperson und Patient\*in), Sustain Talk, vorbereitender Change Talk oder mobilisierender Change Talk bei der Entwicklung vorherrschend waren. Dissonanz und Sustain Talk konnten mithilfe des Coaching-Leitfadens im Coachingverlauf insgesamt minimiert werden, vorbereitender Change Talk wurde durch mobilisierenden Change Talk abgelöst. Während sich eine kontinuierliche Entwicklung zu höherem Motivationsstadium bei den Begleitpersonen zeigte, war die Diskrepanz für die Patient\*innen, ausgedrückt durch Sustain Talk, in der 2.Coachingeinheit vergleichsweise am höchsten.

### **Schlussfolgerung**

Familien-Coaching hat sich als für die Kommunikation wirksame Intervention in der Adipositas therapie begleiteter Patient\*innen gezeigt. Das Motivationsstadium der Patient\*innen und Begleitpersonen sollte unbedingt berücksichtigt und die Motivation zur Verhaltensänderung gefördert werden. Sustain Talk als Zeichen der Ambivalenz und Eltern-Kind-Konflikte konnten mit dem angebotenen Familien-Coaching vermindert oder durch Change Talk abgelöst werden. Eine fortbestehende Absichtslosigkeit bei den Patient\*innen lässt sich durch autoritative Erziehungspraktiken durch die Begleitperson kompensieren und kann nachhaltig der Adipositas von Kindern und Jugendlichen entgegenwirken. Die Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung waren die wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung hin zu einer motivierten Familie **Pat.+ /BP+**.

## Summary

### Background

According to the current data of the second run of the KIGGS-study, 15,4% of the sampled children are still overweight and 5,9% considered obese. These results show a pressing need for both precautionary procedures as well as treatment options. To further improve the activeness and change the function and structure of the human body, are the long-term goals of treating adiposity. Rehabilitation institution show dissatisfying results in their attempt to help young patients recover from their disease permanently, this seems to be connected to the fact, that the parents are barely included in the process. The goal of the following work was to support both the patients and the parents to optimize their behavior towards healthier, lasting habits. Therefore, parenting should utilize both, clear rules and affection in a symbiotic relation.

### Groundwork

To encourage motivation specifically in teenagers without guardians, by establishing adiposity workshops, based on individual motivational stages, has already been the subject to the primer study MoReMo and has successfully been executed.

The requirement of the ReCoVer project was to create an intervention, by whom the entire family as one would be as included into the process, of motivational driven behavioral change, as the patient himself, to improve the results long term. To implement this into the practiced health care, performed in the rehabilitation institution today, a coaching agenda has been developed to individually support the families process furthermore. The coaching concept is based on the method of motivational interviewing (MI) by Miller and Rollnick (2015). The scale which the motivational stages are categorized by comprises Mot. I-VI and grounds on the Heath Action Process Approach (HAPA) by Schwarzer (2004) and the transtheoretical model (TTM) by Prochaska, DiClemente and Norcross (1992).

The first phase of the research project was dedicated to creating the concept for the family coaching. Adaption and implementability of the method, were tested in the second phase, which drew expressive results, indicating more permanent rehabilitation success. In detail: the family coaching supported the guardians, parenting wise and with owning up to their responsibility. The acceptance and adaption of both patients and parenting family members, acts in favor of implementing the coaching intervention into the current in-patient adiposity therapy.

## Questioning

The following work contains the premises, of how the coaching of the families impacts the motivation among the participants during the healing process. Therefore, the motivational level of both patients and their attendants was analyzed before and after conducting the study, as also in dependency between the relatives.

Main questioning of the motivational level at hand, in addition to defining the attendee's personal goals, has been looked at analytically beforehand (t0), as also after finishing the coaching (t1), since the parenting adults have a tremendous impact on the children's behavior. Secondary issue 1, deals with the comparison in between the patients. Moreover, the secondary issue 2 contains the closeup on circumstances and factors, that indicate ambivalence and therefore motivation for the individuals.

## Method

To conduct the current stage of motivation, the guardians were interviewed at the time of t0 and t1, those have been documented and evaluated. Throughout single interviews at the beginning t0, the patients motivational level was analyzed and evaluated, by using the GLF-MoS (Stachow et al., 2017). Focus group interviews, have also been held at t1. In the first out of the three coaching units, the therapy goals where specified. To answer the secondary issue 2, the coaching protocols, the assessments of each unit and the coach's estimation, where consulted. All motivational level was measured individually after each coaching unit and at the points t0 and t1. The transcripts of the focus group interviews, were subject to the qualitative content analysis by Mayring (2015). For interpreting and representation of the study results, the qualitative content analysis by Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022), was applied.

Due to the characteristic-homogenous monothetic typing, a four-quadrant matrix, in which the motivation is categorized within – (Mot. I-III) and + (Mot. IV-VI), plus the differentiation of legal guardians (BP) and patients (Pat.), was the result. Here from the four combinations: unmotivated family **Pat.-/BP-**, motivated Child **Pat.+ /BP-**, motivated guardian **Pat.-/BP+** and motivated family **Pat.+ /BP+** where constructed.

## Motivation Stage t0

**Pat.-/BP-**: Sense of responsibility, perceived self-efficacy, action result expectation or risk perception, were inconsiderably low or completely absent throughout the entire group. In addition, the parenting guardians communicated helplessness. All attendees clearly showed uncertainty, Sustain Talk or Discord Talk, although they took use of preparatory Change Talk, mobilizing Change Talk was lacking.

**Pat.+ /BP-**: The participants either strategized or already executed actions, by making use of the resources at hand. Formulated goals were communicated and mobilizing Change Talk was utilized. The support of the guardians was missing all together, specifically with planning and following concrete actions. They didn't have any faith in their children and/or believed in their ability to change, herefore they often took use of Sustain Talk. The parenting family members showed barely, to no ownership of responsibility in this matter.

**Pat.- /BP+**: The patients had either too little perceived self-efficacy, actionresult expectation and risk perception, or they were missing them in their entirety, in contrary to the change talk. The represented discord talk, in relation to the guardian, was often pointed out and motivated to change. The guardians on the other hand, issued the need for more assistance, as well as proactive and motivated actions of the children themselves.

**Pat.+ /BP+**: This group excelled by strategizing together, being able to implement concrete actions and maintaining their behavioral improvements. The families agreed on their goals and proactively utilized change talk. The attending family members acted authoritative and took advantage of their responsibility. Discussions of resource management and other probable obstacles in the foreseeable future, have been partially approached.

### **Motivation stage t1**

Except of five families, all participants evolved to field **Pat.+ /BP+**. The primary focus after achieving this stage within the process, lay on the mobilizing Change Talk and the Confidence Talk. The families were formulating further goals and practicing in between the coaching. This opened up the opportunity, to work on and discuss the management of resources and other obstacles, that might occur after the rehabilitation, to insure the successful results beyond the time of the therapy. The patients did not have a linear increase in motivation. This suggests that they are more dependent on external motivation and the predefined goals of their parenting family members, to adapt unconsciously to.

### **Motivation development throughout the coaching process**

With the secondary issue 2, the progress of the motivation within the families during the coaching was captured and examined. This includes analyzing, which ambivalence factors were mostly present within the motivation development.

Ambivalence factors are divided into: discord talk (between the patients and the guardians), Sustain Talk, preparatory Change Talk or mobilizing Change Talk. Discord talk und Sustain Talk were minimized in the progress, because of the coaching strategy and the preparatory Change Talk was replaced by the mobilizing Change Talk. Even though the accompanying

adults showed a linear expansion of motivational growth, the patients themselves had their largest discrepancy throughout the second coaching session, in terms of Sustain Talk.

## **Conclusion**

Family coaching has been proven as an effective intervention, within the adiposity therapy of children, with accompanying legal guardians. It appears essential, to recognize the motivational stage of both patient and guardian and to further focus on increasing the motivation of all family members. Sustain Talk, as an indicator for ambivalence and inner family conflict, between parents and children, was noticeably minimized by the family coaching or replaced by change talk. A constant absence of the active intention for personal change, can be compensated by authoritative parenting methods, by the legal guardians, which resolute in effective counteracting towards the adiposity. The recognition and embracement of responsibility were the most relevant factors to develop the motivational level **Pat.+BP+** within the families.

## 1. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel beschreibt die theoretischen Grundlagen des Einflusses therapeutischer Maßnahmen auf das Gesundheitsverhalten, gibt Einblick in die stationäre Rehabilitation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und befasst sich mit der Bedeutung der Begleitperson und des Umfeldes in Bezug auf die gemeinsame Verantwortung bei der Behandlung einer Adipositas. Als weiterer Schwerpunkt wird das Forschungsprojekt ReCoVer in Phase 1 und 2 beschrieben sowie bisherige Erkenntnisse dargestellt.

### 1.1 Problemstellung und Überblick

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas war in Deutschland zwischen der KiGGS-Welle 1 und 2 nahezu gleichbleibend, laut der aktuellen Daten der KiGGS-Studie aus der zweiten Auswertungswelle (Schienkiewitz, Brettschneider, Damerow & Schaffrath Rosario, 2018) sind auch weiterhin 15,4 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 5,9 % adipös. Daraus ergibt sich ein dringender Bedarf an frühzeitiger Prävention und Behandlung. Moss, Kunze und Wabitsch (2011) beschreiben vor allem Schulungen sowie die langfristige Betreuung der Patient\*innen und deren Eltern als wichtig, auch unter dem Aspekt, dass die Eltern nicht nur das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflussen, sondern auch die Gewichtsentwicklung durch die eigene Vorbildfunktion. Eine stabile Reduktion des Übergewichts kann durch die Änderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens mittels verhaltensmodifizierender Intervention und unter Einbeziehung des Umfeldes (Eltern) erreicht werden (Berkey et al., 2000; Epstein, Wing, Penner & Kress, 1985).

Die Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS) hat 2019-2022 ein überarbeitetes Trainer-Manual für die standardisierte Gestaltung stationärer und ambulanter Adipositasschulungen veröffentlicht (BLE, 2019a, 2019b, 2021, 2022). Auf diesem Manual basieren auch die Schulungsprogramme der Fachkliniken Satteldüne und Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord). Im Abschlussbericht der KgAS-Studie (van Egmond-Fröhlich, Gellhaus, Koch, Torbahn & Eberding, 2014) zur Evaluation des vorangegangenen Trainermanuals "Leichter, aktiver, gesünder" (Stachow, 2007) für die ambulante Gruppenschulung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Eltern, kommen die Autor\*innen zu dem Ergebnis, dass eine verständnisvolle, emotionale, elterliche Unterstützung die langfristige Gewichtsreduktion begünstigt und die Elternschulung das Erziehungsverhalten bezüglich der Adipositas des Kindes verbessert.

Ein autoritativer Erziehungsstil, insbesondere die von den Kindern gefühlte, emotionale Unterstützung und die elterliche Präsenz, unterstützten den kurzfristigen Erfolg der Gewichtsreduktion und wurde als Veranlassung gesehen, das Thema Erziehungskompetenz

## Theoretischer Hintergrund

noch stärker in den Fokus zu rücken (van Egmond-Fröhlich et al., 2014). Eine hohe elterliche Unterstützung prädiziert laut KgAS (van Egmond-Fröhlich et al., 2014) eine Verbesserung der Essgeschwindigkeit, eine Reduzierung der Portionsgröße, die Präferenz für gesunde Nahrungsmittel, eine Verminderung von Craving und Störbarkeit des Essverhaltens sowie die Steigerung körperlichen Wohlbefindens und der Selbstwahrnehmung.

In der Therapie ist dabei nicht nur die Beziehung zwischen Kind und Eltern von Bedeutung; die nachgewiesene Bedeutung der Beziehung, die das Trainer\*innen-Team mit der Familie aufbauen kann, sollte folglich zu mehr Beziehungsarbeit in der Adipositas therapie begleiteter Patient\*innen führen (van Egmond-Fröhlich et al., 2014, S. 68). Dafür kommt vermehrt die von Miller und Rollnick (2015) entwickelte motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI) zum Einsatz. Obwohl MI immer wieder seine Wirksamkeit bei der Verhaltensänderung von Erwachsenen gezeigt hat, ist unklar, inwieweit jüngere Kinder mit noch geringeren Fähigkeiten, langfristige Ziele formulieren und aktuelles Verhalten reflektieren, die gleichen Erfolge mit MI erreichen können (Erickson, Gerstle & Feldstein, 2005). Auch die von Resnicow, Davis und Rollnick (2006) untersuchten Studien deuten darauf hin, dass MI mit Kindern und Jugendlichen möglich sein könnte, es liegen jedoch keine ausreichenden Daten vor, um die Wirksamkeit zur Vorbeugung oder Behandlung von Adipositas bei Kindern zu bestimmen. Daten aus Studien mit Erwachsenen deuten laut Resnicow et al. (2006) darauf hin, dass motivierende Interviews bei der Änderung der Ernährung und zumindest der kurzfristigen körperlichen Aktivität wirksam sein können. MI findet beispielsweise als **Motivierende Kurzintervention (MOVE)** bei Jugendlichen Anwendung (Präventive Kinder- und Jugendhilfe). Auch die DRV formuliert in ihrer Leitlinie (2011), dass eine langfristige Gewichtskontrolle der kurzfristigen Gewichtsabnahme vorzuziehen sei, dafür sei **Motivation** und langfristige Eigenaktivität bezüglich Essgewohnheiten und Bewegungsverhalten der Rehabilitand\*innen vonnöten. In einer Ergänzung der Leitlinie (DRV, 2018) wird gesondert hervorgehoben: „Zur Mitwirkung gehören neben der Fähigkeit, sich den Ansprüchen durch die Rehabilitation körperlich und geistig zu stellen, im hohen Maße die Motivation und Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit und die Chancen einer Veränderung.“ Mitwirkung wird von der DRV in ihrer Leitlinie (2018) hierbei als aktive Partnerschaft im Bemühen um positive Verhaltensänderung verstanden. Somit ist die Mitwirkung aller aktiv am Rehabilitationsprozess Beteiligten gefordert.

Unter Berücksichtigung der Motivation als Aspekt für die langfristige Verhaltensänderung wurden zum einen mit dem Forschungsprojekt **Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung (MoReMo)** Instrumente entwickelt (Stachow et al., 2018), um die Motivationslage von Jugendlichen mit Adipositas einzuschätzen. Des Weiteren wurde ein motivationsstadienbasiertes Schulungsprogramm entwickelt, um die Verhaltensänderung der Jugendlichen ihrer Motivationslage entsprechend zu fördern (Hagedorn, 2019). Kinder mit

## Theoretischer Hintergrund

Adipositas oder in Begleitung von Erziehungsberechtigten fanden jedoch noch keine Berücksichtigung, weshalb sich das Folgeprojekt Stationäre **Rehabilitation** für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-**Coaching** zur Förderung der **Verhaltensmodifikation** (ReCoVer) mit der gezielten Begleitung von Familien (= Patient\*in mit Begleitperson) beschäftigt. Das Coaching stellt hierbei eine Ergänzung zum etablierten Schulungsprogramm dar. Für das Promotionsvorhaben steht die Motivationssteigerung zur Verhaltensänderung und die Intensivierung der Betreuung der Patient\*innen durch die Begleitpersonen im Vordergrund. Die Hauptfragestellung erörtert daher die Motivationslage der Begleitpersonen zu Rehabilitationsbeginn und -ende (t0 und t1) sowie ihre Ziele (t0). Mit Nebenfragestellung 1 werden die Motivationslage zu t0 und t1 und die Ziele (t0) der Patient\*innen gegenübergestellt. In Nebenfragestellung 2 wird die Motivationsentwicklung im Coachingverlauf näher beleuchtet und welche Ambivalenz-Faktoren, die die Entscheidung bezüglich einer Verhaltensänderung beeinflussen, in den Gesprächen vorherrschend waren.

Das vorliegende Promotionsvorhaben umfasst mit Kapitel 1 den theoretischen Hintergrund, in dem der Einfluss des Körpergewichts auf die Lebensqualität und die aktuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie in Kapitel 1.2 dargestellt wird. Auf die Situation der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas und vorhandene Therapieansätze wird in Kapitel 1.3 näher eingegangen. Die dafür notwendigen Modelle des Gesundheitsverhaltens und der Motivation zur Verhaltensänderung werden dort erläutert.

Kapitel 1.4 befasst sich mit der Bedeutung der Begleitperson in der Rehabilitation und dem Einfluss der Erziehungsstile auf die Eltern-Kind-Beziehung und das Essverhalten. Kapitel 1.5 beleuchtet das Verhältnis von der Eigenverantwortung eines Kindes einerseits und nötiger Verantwortungsübernahme durch Erziehungsberechtigte und das übrige Umfeld andererseits. In Kapitel 1.6 werden die bisherigen Forschungsergebnisse aus MoReMo und ReCoVer (Phase 1 und 2) zusammengefasst, auf denen dieses Promotionsvorhaben basiert.

Nach einer Zusammenfassung des ersten Kapitels und der Relevanz der Forschungsarbeit wird in Kapitel 2 der Aufbau des Promotionsvorhabens hinsichtlich des Studiendesigns, der Forschungsmethode sowie der Datenerhebung, -durchführung und -auswertung erläutert. In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Haupt- und Nebenfragestellungen dargestellt. Die übergreifende Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 4, welches auch Handlungsempfehlungen für die Praxis aufzeigt. Abschließend wird eine Schlussfolgerung in Kapitel 5 formuliert.

### 1.2 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist als Baustein im Behandlungskonzept somatischer und psychosomatischer Erkrankungen in Deutschland verankert und gesetzlich

## Theoretischer Hintergrund

geregelt. Gemäß den verfügbaren Zahlen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, 2023) wurden im Jahr 2022 durch die Rentenversicherungen in Deutschland 29.144 stationäre Maßnahmen für Kinder und Jugendliche durchgeführt. Nach einer Abnahme der Maßnahmen während der Coronapandemie auf 23.876, erreichte die Summe wieder annähernd das vorherige Niveau von 30.000-32.000 Maßnahmen in den Jahren 2015-2019. Dabei stieg der Anteil psychosomatischer Indikationen auffallend an, während der Bedarf an pulmologischer und endokrinologischer (einschließlich Adipositas) Rehabilitation sank. Berücksichtigt ist in Abbildung 1 allerdings nur die Hauptdiagnose, die von den Antragstellenden als primäres Behandlungsziel genannt wurde. Häufig liegen mehrere Diagnosen parallel vor, wie z. B. Adipositas und Psychosomatik, Asthma und Adipositas.

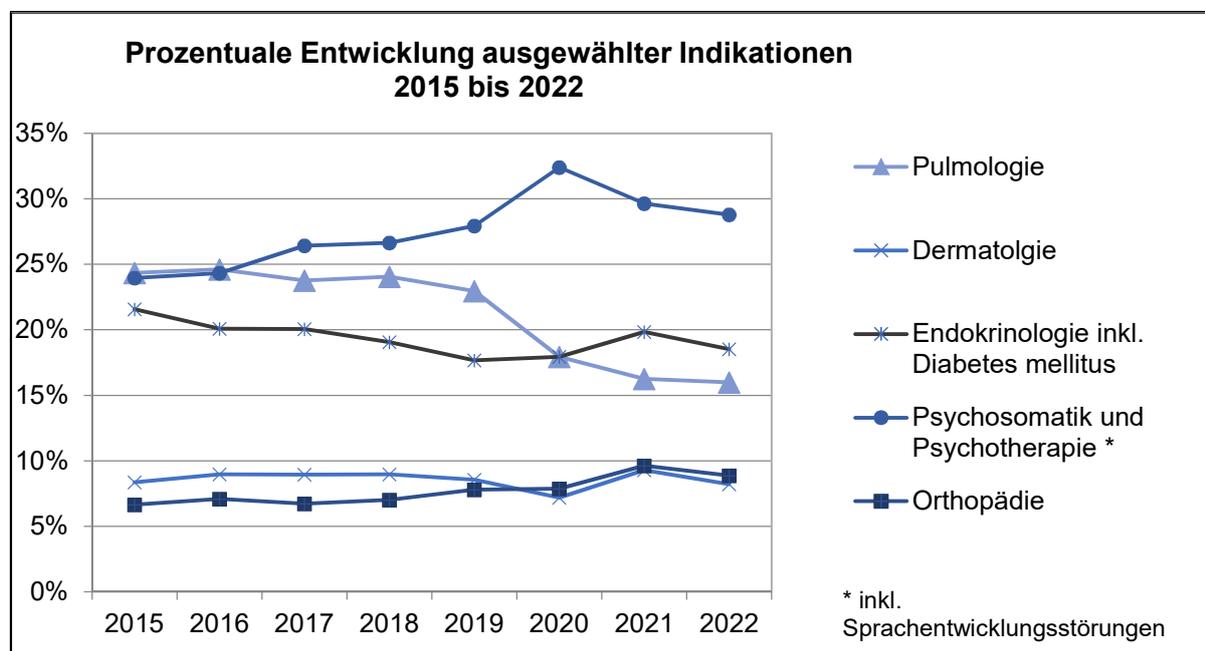


Abbildung 1: Prozentuale Entwicklung ausgewählter Indikationen (Hauptdiagnose) in der Kinder- und Jugendrehabilitation, von 2015-2022 (DRV Bund, 2023).

### 1.2.1 Der Rehabilitationsbegriff

Neben Prävention, Kuration und Palliation ist die Rehabilitation eine von vier Gesundheitsstrategien, die sich in ihren Versorgungsansätzen und somit den übergeordneten Zielen unterscheiden (Meyer, Bengel & Wirtz, 2022). Die Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden, die Kuration, entstandene Erkrankungen zu heilen. Während die Palliation Lebensqualität und Autonomie zu bewahren versucht, verfolgt die Rehabilitation das Ziel, die Funktionsfähigkeit zu erhalten, wiederherzustellen oder zu optimieren (Stucki, Cieza & Melvin, 2007).

## Theoretischer Hintergrund

Der Begriff „participation“ in der International Classification of Functioning and Health – Children and Youth (ICF-CY) wurde mit dem Begriff Teilhabe übersetzt und kann als „Eingebundensein in Lebenssituationen“ definiert werden (Hollenweger & Kraus de Camargo, 2019). Eine angemessene Teilhabe ist das Ziel sämtlicher entwicklungsfördernder, rehabilitativer und pädagogischer Ansätze und gilt daher auch für die stationäre Kinder- und Jugendrehabilitation (Kraus de Camargo, Simon, Ronen & Rosenbaum, 2020).

Im Jahr 2020 definierte die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation den Rehabilitationsbegriff wie folgt (DVfR):

*Kasten 1: Definition des Rehabilitationsbegriffes (DVfR).*

1. Rehabilitation fördert Menschen mit bestehender oder drohender Behinderung. Ziel ist die Stärkung von körperlichen, geistigen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten sowie die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen.
2. Sie umfasst medizinische, therapeutische, pflegerische, soziale, berufliche, pädagogische oder technische Angebote einschließlich der Anpassung des Umfelds der Person.
3. Rehabilitation ist ein an individuellen Teilhabezielen orientierter und geplanter, multiprofessioneller und interdisziplinärer Prozess.
4. Sie achtet das Recht auf Selbstbestimmung.

**Behinderung** wird im ersten Satz als Synonym für chronische Erkrankung verwendet bzw. bezieht diese unter dem Oberbegriff Behinderung mit ein (vgl. Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch, 2023). **Teilhabe** oder auch Partizipation beschreibt nach ICF die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag, denn der Begriff Funktionsfähigkeit enthält mehr als nur eine mechanische Funktionalität. Zum dritten Satz erläutert die DVfR (2020): „Der dritte Satz der Definition macht deutlich, was alles zur Rehabilitation gehört: einerseits ein breites Spektrum von Leistungsangeboten, andererseits aber auch die Stärkung fördernder und die Verminderung hemmender Kontextfaktoren (Anpassung des Umfelds der Person, wie z.B. Einbeziehung der Begleitperson in den Rehabilitationsprozess zur Förderung nachhaltiger Veränderungen). Damit bezieht sich die Definition auch auf die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).“ Der vierte Satz unterstreicht die Interdisziplinarität und Komplexität durch unterschiedliche, individuelle Ziele. **Selbstbestimmung** wird neben Teilhabe als eines der grundlegenden Zwecke der

## Theoretischer Hintergrund

Rehabilitation im SGB IX genannt (Meyer et al., 2022), außerdem ist *Selbstbestimmung* im Sinne des Wunsch- und Wahlrechtes zu betrachten.

In der Rehabilitation bewegt sich der chronisch kranke Mensch demnach zwischen Gesundheit und Krankheit. Um die Trennung dieser zwei Begriffe aufzuweichen, ist die Sichtweise nach Antonovsky (1997) hilfreich, nach dessen Modell der Salutogenese Gesundheit als ein Zustand relativen Wohlbefindens verstanden werden kann, trotz medizinisch fassbarer Funktionsstörungen. Die professionelle Unterstützung von Handlungsfähigkeit, Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhält somit vielmehr Bedeutung, als die Krankheitsbekämpfung (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016). Das Kohärenzgefühl beschreibt Antonovsky (1997) als wichtigste Gesundheitsressource und meint damit die generelle Einstellung des Individuums bezüglich der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. Belastungen, wie widrige familiäre Bedingungen, die die Gesundheit von Kindern gefährden, kann damit entgegengewirkt werden, dass beispielsweise Bildung, Einbindung in soziale Netze, kommunikative Kompetenz und Selbstvertrauen ausreichend vorhanden sind (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016).

### 1.2.2 Rechtliche Grundlage

Die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung beschreibt das Sozialgesetzbuch unter §1 SGB IX (Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch, 2023) als Leistung, um die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (Meyer et al., 2022). Besondere Erwähnungen finden Frauen und Kinder als Leistungsberechtigte. Die Leistungen zur Kinderrehabilitation sind überdies unter §15 (SGB VI, 1989a) formuliert als zu erbringende Leistung, wenn: „voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann.“ Außerdem berechtigt dieser Paragraph zur Mitnahme von Begleitpersonen bzw. Familienangehörigen, wenn dies als notwendig erachtet wird. Eine Nachsorge ist nach §17 (SGB VI, 1989b) auch für Kinder und Jugendliche angezeigt, wenn sie zur Sicherung des Rehabilitationserfolges erforderlich ist.

### 1.2.3 Hauptdiagnose: Adipositas

Der Anteil der stationären Rehabilitationen mit Hauptdiagnose Adipositas lag im Jahr 2022 bei 18% (DRV, 2023). Laut den Daten der DRV Bund wurden in den Jahren 2006-2022 jährlich zwischen 5.000 und 6.000 Reha-Maßnahmen mit Hauptdiagnose Adipositas bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen war unter 15 Jahre alt, der Anteil der 10-14-jährigen Adipositas- Patient\*innen lag bei 54,4% (Abb.2).

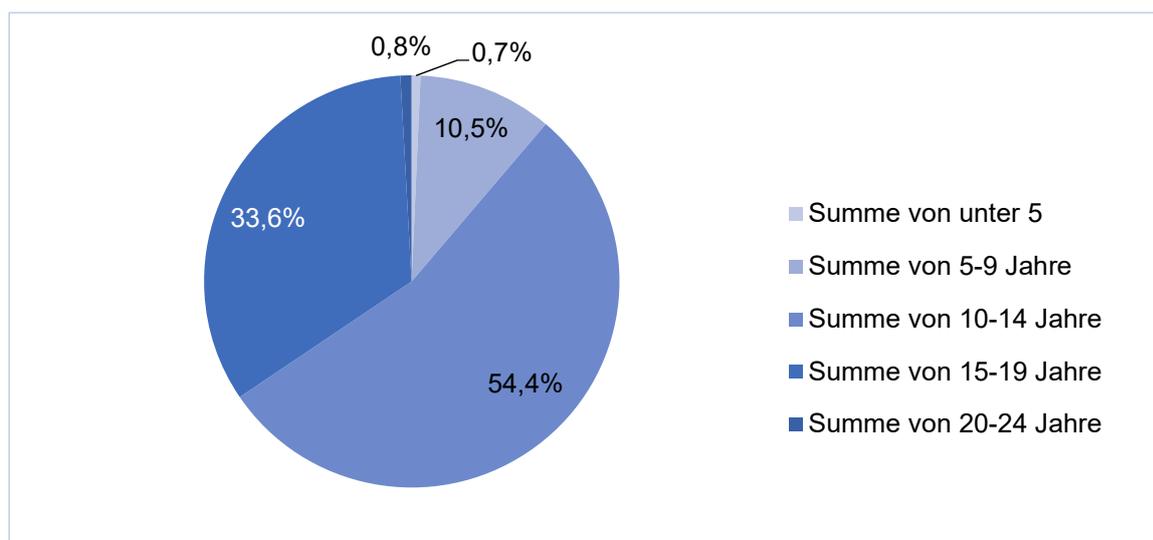


Abbildung 2: Altersverteilung bei stationärer Kinder- und Jugendrehabilitation von 2011-2016 (DRV Bund, 2023), Hauptdiagnose Adipositas.

Die kurzfristige Wirksamkeit der stationären medizinischen Rehabilitation mit multimodalem Schulungsprogramm ist nach S3-Leitlinie (Wabitsch & Moss, 2019) nachgewiesen. Dies gilt nicht nur für die stationäre Intervention an sich (Braet, 2006; Epstein, Wing, Penner & Kress, 1985; van Egmond-Fröhlich et al., 2006), sondern auch für die einzelnen Komponenten Bewegungs- und Ernährungstherapie (Epstein, Wing, Koeske & Valoski, 1985; Epstein, Wing, Penner & Kress, 1985) sowie Verhaltenstherapie und Elternterapie (Golan, Weizman, Apter & Fainaru, 1998). Gemäß Ravens-Sieberer, Redegeld und Bullinger (2001) verbessert die stationäre Rehabilitation die Lebensqualität adipöser Kinder und Jugendlicher signifikant.

### 1.3 Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Laut Daten der KiGGS Welle 2 sind in Deutschland 15 von 100 Kindern übergewichtig, sechs von 100 Kindern haben eine Adipositas (Schienkiewitz et al., 2018; Schienkiewitz, Damerow, Schaffrath Rosario & Kurth, 2019). Mit höherer Wahrscheinlichkeit werden diese Kinder auch im Erwachsenenalter noch von Übergewicht oder Adipositas betroffen sein und somit ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen aufweisen (Freedman et al., 2005). Das Risiko für ein Fortbestehen der Adipositas steigt, je größer ihr Ausmaß ist, je früher sie in Erscheinung tritt und wenn bei mindestens einem Elternteil ebenfalls eine Adipositas besteht (Kromeyer-Hauschild, 2022, S. 12).

#### 1.3.1 Zusammenhang von Gewichtsreduktion und Lebensqualität

Der höchste Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht im Kindesalter ist das Gewicht der Eltern (Agras, Hammer, McNicholas & Kraemer, 2004). Gleichzeitig besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich das zu hohe Gewicht auch im Erwachsenenalter fortsetzt (Freedman, Khan, Dietz, Srinivasan & Berenson, 2001). Das Ziel der Gewichtsreduktion ist die

## Theoretischer Hintergrund

logische Konsequenz zur Bekämpfung des Übergewichts und augenscheinlich auch eine quantitative Kennzahl für den Erfolg einer Behandlung. Andererseits deutet eine Adipositas mit dem Status einer chronischen Erkrankung darauf hin, dass es bei der Therapie um mehr geht, als eine Diät. Die Patient\*innen nehmen gescheiterte Versuche der Verhaltensänderung und mangelnde Gewichtsabnahme als persönliches Versagen wahr; diese Diskriminierungserfahrungen wiederum führen zur Stigmatisierung bei Adipositas (Puhl & Heuer, 2009). Die Zuschreibung der persönlichen Verantwortung für die Gewichtsentwicklung kann zu einer Selbststigmatisierung führen (Hilbert, Braehler, Haeuser & Zenger, 2014). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der KiGGS Welle 2, die für Kinder und Jugendliche mit Adipositas signifikant geringere Werte für die Dimensionen körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie für Autonomie, im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Adipositas, aufzeigen (Baumgarten et al., 2019). Adipositas wirkt sich somit negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus: Hampel, Stachow und Wienert (2020) stellten ein 2,43-fach erhöhtes Risiko bei Jugendlichen mit Adipositas für die Entwicklung einer Ängstlichkeit/Depressivität fest, welches mit psychischen Störungen assoziiert ist. Zudem haben sich ängstliche und depressive Symptome als entscheidende Faktoren für die Lebensqualität erwiesen. So vermittelten die emotionalen Auffälligkeiten die ungünstige Beziehung zwischen dem BMI-SDS und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Hampel, Stachow & Wienert, 2021).

Ist die Eltern-Kind-Beziehung auf den Erfolg der Gewichtsreduktion fokussiert, können sich dysfunktionale Gewichtskontrollmechanismen und eine Selbstwertminderung bis hin zu depressiven Episoden mit sozialer Isolation entwickeln (Crow, Eisenberg, Story & Neumark-Sztainer, 2006). Rigide Gewichtskontrollmechanismen sind als Grundlage für die Entstehung manifester Essstörungen bekannt, ein Teufelskreis der laut Neumark-Sztainer et al. (2007) wiederum eine Gewichtszunahme begünstigt. Die zu erwartende Gewichtsreduktion durch konservative Behandlungsverfahren ist gering und ein restriktives Speisenangebot steht mit einem erhöhten BMI in signifikantem Zusammenhang (Shloim, Edelson, Martin & Hetherington, 2015). Mühlig, Wabitsch, Moss und Hebebrand (2014) empfehlen daher, dass dies in die Aufklärung behandlungssuchender Familien einfließen sollte. Die Beeinflussbarkeit des eigenen Körpergewichts ist demnach begrenzt. In einer Literaturübersicht kommen aber auch Brauchmann, Weihrauch-Blüher, Eehalt und Wiegand (2018) zu dem Ergebnis, dass der Nutzen einer Adipositastherapie weit über eine Gewichtsreduktion hinausgeht und die Verbesserung von Komorbiditäten, der Lebensqualität sowie des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens für einen langfristig gesunden Lebensstil eine genauso große Bedeutung haben. Die KgAS ergänzte deswegen die Kriterien (BLE, 2019b), die für den Erfolg einer Behandlung von Adipositas herangezogen werden können, noch um die Förderung der Selbstwirksamkeit:

*Kasten 2: Kriterien für den Erfolg einer Adipositasbehandlung (BLE, 2019b).*

- BMI-SDS verringern
- Komorbidität verbessern
- Ess- und Ernährungsverhalten optimieren
- Körperliche Leistungsfähigkeit/ Aktivität steigern
- Lebensqualität erhöhen
- Selbstwirksamkeit fördern
- Unterstützung der Eltern forcieren

### 1.3.2 Aktuelle gesellschaftliche Entwicklung

Die Covid-19-Pandemie stellte nicht nur eine organisatorische Herausforderung für Familien dar und führte zu erheblichen Einschränkungen im Alltag. Für Deutschland untersuchte die COPSY-Längsschnittstudie (Corona und Psyche) von Mai 2020 bis Oktober 2022 die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit, das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer, Kaman, Devine & Reiß, 2023). Psychische Auffälligkeiten stiegen bei den Befragten an, die körperliche Aktivität sank um etwa ein Drittel. Bis zum Ende des Befragungszeitraumes waren die Zahlen zwar wieder rückläufig, erreichten allerdings nicht das präpandemische Niveau. Rund 45 % der befragten Kinder und Jugendlichen verfügten dagegen über Ressourcen wie Problemlösefähigkeiten und Optimismus, fühlten sich daher von ihrem sozialen Umfeld gut unterstützt und hatten ein fünf- bis zehnfach niedrigeres Risiko für eine geminderte Lebensqualität.

Kinder und Jugendliche, die sich zwischen 2018 und 2020 schon in Behandlung ihres Übergewichts oder einer Adipositas befanden, wurden mittels APV-Daten (Adipositas-Patient\*innen-Verlaufsdokumentation) in Deutschland, Österreich und der Schweiz erfasst. Galler et al. (2022) kamen zu dem Ergebnis, dass der BMI-SDS aller in Adipositas-Ambulanzen und Rehabilitationskliniken betreuten Kinder und Jugendlichen während der Pandemie gegenüber den beiden Vorjahren leicht erhöht war. Dies zeigen auch die von Vogel et al. (2022) ausgewerteten Gewichtsverläufe von Kindern mit hoch positiver oder negativer Gewichtsveränderung aus den Jahren 2005-2019 im Vergleich zu den ersten drei Monaten der Pandemie (1. Lockdown), die einen Trend zur Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie erkennen lassen, vor allem bei bereits Übergewichtigen.

### 1.4 Therapieansätze bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Adipositas gilt als chronische Erkrankung, da sie über einen längeren Zeitraum besteht und zu deren Entstehen sowohl genetische Dispositionen als auch Lebensgewohnheiten beitragen

## Theoretischer Hintergrund

können. Die Krankheitsbedeutung ergibt sich aus funktionellen und individuellen Einschränkungen, Einschränkung von Aktivität und Teilhabe, psychosozialer Einschränkung und einer höheren Komorbidität im Vergleich zu Normalgewichtigen (BLE, 2019b). Mühlig et al. (2014) empfehlen, dass die Therapie sich stetig von der ausschließlichen Gewichtsreduktion hin zu einer kontinuierlichen Anbindung an die medizinische Versorgung mit dem Fokus auf der Steigerung der Lebensqualität durch eine gesunde Lebensweise und Selbstakzeptanz entwickeln sollte. Der erste Schritt in der Adipositas-Therapie, vor der Pharmakotherapie oder bariatrischen Eingriffen, sollte die kombinierte Anwendung von ernährungs-, bewegungs- und verhaltenstherapeutischen Schulungseinheiten als multimodale Lebensstil-Intervention sein.

### 1.4.1 Das Adipositas-Schulungsmanual

Die Änderung der Lebensgewohnheiten ist demnach zentraler Bestandteil der Adipositasschulung, die (ambulant oder) stationär und beruhend auf dem Trainermanual der KgAS (BLE, 2019a, 2019b, 2021, 2022) angeboten wird. Übergeordnetes Ziel der Schulung ist ein langfristiges Management der chronischen Adipositas:

Langfristige Ziele sind die Veränderung der Körperstrukturen und -funktionen sowie die Verbesserung der Aktivität und Teilhabe. Zur Erreichung der langfristigen Ziele sind Bedingungsziele (intrinsische Motivation und Persönlichkeitsentwicklung) und fördernde Ziele (Verhaltensänderung und ggf. Änderung der äußeren Bedingungen) formuliert worden. Somit werden neben der erhöhten Energiezufuhr und dem niedrigen Energieverbrauch vor allem psychosoziale Kontextfaktoren bei der Behandlung von Adipositas berücksichtigt.

## Theoretischer Hintergrund



Abbildung 3: Ziele des Adipositas-Managements (BLE, 2019b, S. 48)

Das Manual umfasst die Fachgebiete Ernährung, Bewegung, Medizin und Psychosoziales und ist für altersgerechte und -homogene Gruppenschulungen konzipiert. Das Manual „Grundlagen“ beinhaltet auch Erläuterungen zur Bedeutung elterlicher Verantwortung, auf die in Kapitel 1.5 näher eingegangen wird. Systemisches Coaching wird als Kontextfaktor behandelt und deckt sich mit dem Vorhaben von ReCoVer, Familiencoaching als ergänzende Maßnahme in die komplexe Intervention einer Adipositas-Rehabilitation zu integrieren.

#### 1.4.2 Modelle und Methoden des Gesundheitsverhaltens und der Motivation zur Verhaltensänderung

Es gibt eine Vielzahl an Modellen, die den Prozess der Verhaltensänderung und die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten abbilden. Für dieses Forschungsprojekt wurde zunächst das Modell Health Action Process Approach (HAPA) zugrunde gelegt (Schwarzer, 2004), welches bereits bei der Entwicklung von Motivationsstadien bei MoReMo Anwendung fand. Das transtheoretische Modell (TTM) beschäftigt sich ebenfalls mit der Zuordnung des

## Theoretischer Hintergrund

Verhaltens zu Motivationsstadien und wurde zum anderen ausgewählt, da es sowohl bei MoReMo, als auch im Adipositas-Schulungsmanual grundlegend herangezogen wird und eine Schnittstelle zum Verständnis des MI darstellt (Prochaska et al., 1992). In Bezug auf die Eltern-Kind-Interaktion und die Motivationsentwicklung wird die Selbstbestimmungstheorie (self determination theory, SDT) nach Ryan und Deci (2017) dargestellt, da sie sich auf das Entwicklungsbedürfnis von Kindern bezieht. All diese Modelle befassen sich mit der Entstehung und Entwicklung von Motivation.

Motivation ist die Richtung, Intensität und Ausdauer einer Verhaltensbereitschaft hin zu oder weg von Zielen. Ein motivierter Mensch hat Ziele und Motive: einzelne, isolierte Beweggründe menschlicher Verhaltensbereitschaft (F. Becker, 2019). Reinehr (2011) bezeichnet die Motivation und Bereitschaft, sein Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten zu verändern, als bedeutendste Einflussfaktoren bezüglich des Erfolges von Behandlungsangeboten. Alle langfristig erfolgreichen Behandlungen richteten sich demnach immer nur an motivierte Familien (Dieris & Reinehr, 2016; Reinehr, 2013). Motivation wird als eine Grundvoraussetzung für den Erfolg einer Intervention gesehen, weshalb sich die folgenden Unterkapitel mit Modellen zur Steigerung der Motivation zur Verhaltensänderung befassen.

### 1.4.2.1 Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens

HAPA beschreibt nach Schwarzer (2004) den Prozess der Verhaltensänderung in zwei Phasen, einer **motivationalen** und einer **volitionalen Phase**. In der motivationalen Phase bildet eine Person die Absicht, ein bestimmtes Verhalten zu ändern. Anschließend muss dieses Ziel auch in eine Handlung umgesetzt und verfolgt werden, was von den Variablen Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung abhängt. In der volitionalen Phase finden die postintentionalen Mechanismen der Planung, Realisierung und Aufrechterhaltung des Zielverhaltens statt, für die die Selbstwirksamkeitserwartung ebenfalls von Bedeutung ist (Schwarzer & Fleig, 2014). Personen, die sich in der volitionalen Phase befinden, können in zwei Gruppen unterteilt werden: die sich in der Handlungsplanung befindenden Motivierten und die bereits Handelnden. Der entscheidende Schritt zur motivierten Handlung ist in diesem Modell die Intention, eine Handlung auszuführen. Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung einer Person innerhalb dieses Modells ist die hohe Selbstwirksamkeitserwartung.

## Theoretischer Hintergrund

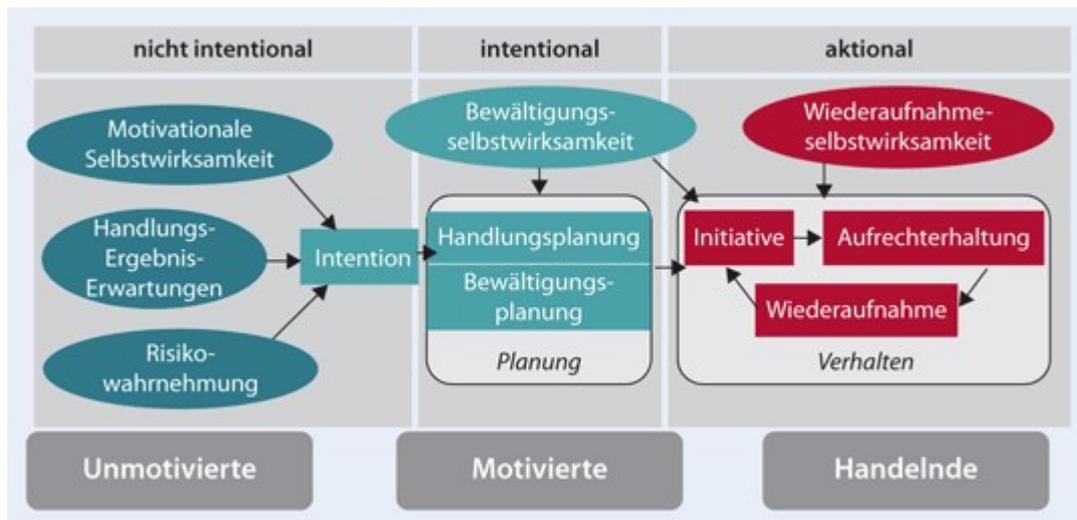


Abbildung 4: Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer & Fleig, 2014, S. 339).

Insgesamt empfehlen Schwarzer und Fleig (2014) das HAPA-Modell weder als ein rigides Stadienmodell noch als ein klassisches Mediatormodell zu betrachten, sondern als flexiblen theoretischen Rahmen zu verstehen.

#### 1.4.2.2 Das transtheoretische Modell

Das TTM wurde im Forschungsprojekt MoReMo ebenfalls für die Einteilung der Jugendlichen in Motivationsstadien herangezogen, außerdem ist es ein grundlegendes Modell für das Verständnis von MI. Das TTM beschreibt die Entwicklung intrinsischer Motivation und teilt diese in sechs Stadien der Motivationsbildung und -aufrechterhaltung ein.

Fehlt die Motivation zur Verhaltensänderung, sprechen Prochaska et al. (1992) von Absichtslosigkeit (Precontemplation), einem Moment fehlenden Problembewusstseins. Tritt ein Problembewusstsein ein, sprechen die Verfasser des TTM von Absichtsbildung (Contemplation); die Bereitschaft, aktiv tätig zu werden, fehlt in diesem Stadium noch. In der Phase der Vorbereitung (Preparation) hat der Mensch die bewusste Intention, sein Verhalten in absehbarer Zeit zu ändern oder hat sogar schon erste Schritte unternommen (Prochaska et al., 1992). Befindet sich der Mensch in der Aktionsphase (Action), ändert er aktiv und messbar sein Verhalten an mindestens einem Tag und bis zu sechs Monaten. Die Aktionsphase geht nach sechs Monaten über in die Aufrechterhaltung (Maintenance). Sie kann theoretisch ein Leben lang anhalten, ist aber immer von dem Bewusstsein geprägt, rückfällig werden zu können, wobei Rückfälle bis dahin in jedem Stadium auftreten können (Prochaska et al., 1992). Hat sich das Verhalten so manifestiert, dass keine Gefahr eines Rückfalles mehr besteht, befindet sich der Mensch im Stadium der Stabilisierung (Termination). Das alte Verhalten wurde dauerhaft aufgegeben und das neue Verhalten wurde verinnerlicht.

## Theoretischer Hintergrund



Abbildung 5: Stadien des Transtheoretischen Modells TTM (modifiziert nach Prochaska et al., 1992, S. 1104).

Im Stadium der Absichtslosigkeit hat der Mensch keine Motivation, da auch kein Problembewusstsein besteht (Prochaska et al., 1992). Für eine möglichst erfolgreiche Behandlung muss die intrinsische Motivation gefördert werden. In einer stationären Rehabilitation von vier Wochen kann die Handlungsphase erreicht werden, wenn ein Mensch sich zu Beginn in einem Stadium vor der Handlungsphase befand. Für die Phasen der Aufrechterhaltung oder Stabilisierung muss der Zustand der Handlungsphase bereits zu Rehabilitationsbeginn bestehen, da laut Prochaska et al. (1992) von Aufrechterhaltung erst nach mehreren Monaten und von Stabilisierung erst nach mehreren Jahren gesprochen werden kann. Da es in jeder Stufe unterhalb der Stabilisierung zu einem Rückfall kommen kann, ist die Festlegung einer Verweildauer in einer Stufe zeitlich sehr variabel.

#### 1.4.2.3 Motivierende Gesprächsführung

Die Entwicklung der Methode des motivational interviewing (MI) geht auf William R. Miller und Stephen Rollnick zurück und wurde 1983 erstmals veröffentlicht. Es handelt sich um einen eklektischen Ansatz bekannter Methoden, die in ihrer Kombination zunächst erfolgreich bei der Therapie von Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt wurde (Miller & Rollnick, 2015). Mittlerweile befindet sich das Konzept des MI in der dritten, überarbeiteten Auflage und wird aus dieser im Folgenden erklärt:

Grundlegend wird angenommen, dass Menschen, die etwas ändern sollten, häufig gar keinen Grund dafür sehen, sie sind absichtslos. Auf dem Weg zur Veränderung wäre die Entdeckung einer Diskrepanz zum bisherigen Verhalten und die Entwicklung einer Ambivalenz schon ein Erfolg. Menschen, die etwas verändern wollen, stehen dieser Veränderung zunächst ambivalent gegenüber, das heißt, sie wägen Argumente für und gegen eine Veränderung ab (Miller & Rollnick, 2015, S. 20). Das Prinzip ist es, dass die Menschen durch einen

## Theoretischer Hintergrund

kooperativen Gesprächsstil über ihre Ambivalenz sprechen, denn sie befürworten eine Veränderung (Change Talk; Miller & Rollnick, 2015, S. 28), je mehr sie sich über positive Argumente selbst sprechen hören. Die Entstehung und Auflösung von Widerstand, Sustain und Discord Talk, ist dabei ein Teil der Auseinandersetzung mit der Ambivalenz; ist die Entscheidung für eine Veränderung getroffen, wird mit Confidence Talk die Änderungszuversicht gestärkt (Miller & Rollnick, 2015, 252f.). Therapierende nehmen dabei eine Gesprächshaltung ein, die als Spirit von MI bezeichnet wird und die Autonomie des Gegenübers betont (Miller & Rollnick, 2015, 29f.). MI bedient sich vornehmlich der Basismethode des aktiven Zuhörens in Kombination mit dem Stellen offener Fragen und der wiederkehrenden Zusammenfassung, Wertschätzung und Würdigung des Gehörten. Informationen und Rat werden nur auf ausdrücklichen Wunsch gegeben.

Es werden also zwei Seiten der Ambivalenz betrachtet, die über eine Veränderung entscheiden. Die Argumente für eine Veränderung zeigen sich in vorbereitendem Change Talk (Prä-Kontemplation) als Parameter, die ausgeprägt sind, wenn sich eine Veränderung anbahnt und werden als **DARN** beschrieben (Miller & Rollnick, 2015, S. 190):

<b>Desire</b> (Wunsch),	<i>„Ich wäre gern schlanker.“</i>
<b>Ability</b> (Fähigkeit)	<i>„Ich glaube auch, dass ich es schaffen kann, abzunehmen.“</i>
<b>Reasons</b> (Gründe)	<i>„Ich wäre dann wahrscheinlich auch sportlicher.“</i>
<b>Need</b> (Notwendigkeit)	<i>„So kann es nicht weitergehen.“</i>

Mit der Vorbereitung auf eine Veränderung und in der Handlungsphase zeigt sich vermehrt mobilisierender **Change Talk**, der eine tatsächliche Bewegung hin zu einer Veränderung signalisiert und als **CAT** bezeichnet wird (Miller & Rollnick, 2015, S. 192):

<b>Commitment</b> (Selbstverpflichtungssprache)	<i>„Ich werde mehr Sport machen.“</i>
<b>Activation</b> (Aktivierungssprache)	<i>„Ich bin bereit, mich im Sportverein anzumelden.“</i>
<b>Taking steps</b> (unternommene Schritte)	<i>„Ich habe mir einen Schrittzähler gekauft.“</i>

Im Gegensatz zu Change Talk stehen Argumente, den Status Quo beizubehalten. Dies wird als **Sustain Talk** bezeichnet. Je mehr Sustain Talk geäußert wird, umso mehr Raum besteht, sich die Veränderung auszureden (Miller & Rollnick, 2015, S. 195):

<b>Desire</b> (Wunsch),	<i>„Ich habe keine Lust, Sport zu machen.“</i>
<b>Ability</b> (Fähigkeit)	<i>„Ich komme auch ohne Sport gesundheitlich klar.“</i>
<b>Reasons</b> (Gründe)	<i>„Ich habe gar keine Zeit, Sport zu machen.“</i>
<b>Need</b> (Notwendigkeit)	<i>„Ich muss meine Zeit auf andere Dinge fokussieren.“</i>

<b>Commitment</b> (Selbstverpflichtung)	<i>„Ich habe genug von diesen Diäten.“</i>
<b>Activation</b> (Aktivierung)	<i>„Ich bin nicht bereit, ernsthaft über meine Ernährung nachzudenken.“</i>
<b>Taking steps</b> (unternommene Schritte)	<i>„Ich habe meinen Schrittzähler zurückgegeben.“</i>

## Theoretischer Hintergrund

Kommt es während des Gesprächs zu einer Dissonanz zwischen den Gesprächsteilnehmenden, äußert sich das in **Discord Talk** (Miller & Rollnick, 2015, S. 240). Dies ist wahrnehmbar als Bedürfnis der Patient\*innen, sich zu verteidigen und zeigt sich als Schuldzuweisung, Bagatellisierung oder Rechtfertigung. Eine Oppositionshaltung ist ein weiteres Zeichen für eine Disharmonie und vermittelt eine Situation von Gesprächsgegnern statt -partnern. Distanzierung im Sinne von abgelenkt sein oder Unaufmerksamkeit erschwert eine gute Zusammenarbeit ebenso wie Unterbrechen und ins-Wort-fallen. Diese Signale gilt es, rechtzeitig zu deuten und ein gutes Arbeitsverhältnis wiederherzustellen.

In der Handlungsphase gilt es, Hoffnung wachzurufen und zu stärken (**Confidence Talk**). Die Hoffnung, eine Handlung zur Veränderung aufrechtzuerhalten beruht zum einen auf den Fähigkeiten, die der Mensch bei sich selbst wahrnimmt (Miller & Rollnick, 2015, S. 252). Außerdem kann das Herausarbeiten von Stärken und Ressourcen die Selbstwertschätzung und Zuversicht fördern.



Abbildung 6: MI-Schaubild (Commer, Leiblein & Volk, 2019)

#### 1.4.2.4 Die Selbstbestimmungstheorie

Die SDT wurde von Ryan und Deci (2017) entwickelt und wird definiert als eine Motivationstheorie, die die Persönlichkeitsentwicklung der Menschen durch innere motivationale Ressourcen beschreibt, welche vor allem durch ihre Bedürfnisse, verschiedene Arten extrinsischer Motivation und letztendlich das Erreichen intrinsischer Motivation bestimmt wird. Extrinsisch motivierte Menschen führen Handlungen zur Vermeidung negativer Konsequenzen oder Erreichung positiver Konsequenzen aus, während intrinsische Motivierte das Handeln an sich sie zufriedenstellt (Lippke & Steinkopf, 2018, S. 101). Zugrunde gelegt wird die Annahme, dass Menschen wachstumsorientiert und aktiv danach streben, sich weiter zu entwickeln. Haase und Heckhausen (2018, S. 560) bezeichnen das Streben nach Wirksamkeit als unsere motivationale Grundausstattung. Die Motivation für ein bestimmtes Verhalten ist nach Ryan und Deci (2017) davon abhängig, inwieweit die Grundbedürfnisse nach Kompetenz, sozialer Eingebundenheit und Autonomie befriedigt werden können. Die Self-Determination Theory ist der Ansicht, dass es ausschlaggebender ist, ob die Motivation der Menschen autonom oder kontrolliert ist, als die Gesamtmenge oder Intensität der Motivation zu messen (Ryan & Deci, 2000b).

Die Cognitive Evaluation Theory ist eine der sechs Teiltheorien der Self-Determination Theory und beschreibt die Konsequenzen, die externe Vorgaben auf die intrinsische Motivation haben (Ryan & Deci, 2017). Die intrinsische Motivation wird hier als Aktivität verstanden, die Menschen vor allem auf Grund ihrer Bedürfnisbefriedigung ausüben und um Selbstwirksamkeit und Kompetenz zu erfahren, nicht wegen bevorstehender Konsequenzen (Ryan & Deci, 2000a).

Eine weitere der sechs Teiltheorien ist die **Organismic Integration Theory** (OIT). Sie beschäftigt sich mit den angeborenen Tendenzen zur Annahme und Integration sozialer und kultureller Vorgaben und mit Faktoren, die diesen Prozess fördern oder hemmen (Ryan & Deci, 2017). Eine Handlung, die nicht wegen des Vergnügens an der Handlung selbst ausgeführt wird, wird laut Ryan und Deci (2000b) von extrinsischer Motivation begleitet. Das Konzept der Internalisierung beschreibt die kontinuierliche Motivationsentwicklung für ein Verhalten (vgl. Tab. 1, Ryan & Deci, 2017), an deren Anfang die Amotivation und am Ende die Intrinsische Motivation stehen und das zeigt, dass Kinder nach sozialer Integration streben. Zur Verdeutlichung der Entwicklung von fehlender, zu extrinsischer bis hin zu intrinsischer Motivation, kann zum Beispiel das Erlernen des Zähneputzens herangezogen werden, welches mit dem Durchbruch der ersten Zähne zunächst nur mechanisch nachgeahmt wird. Das Zähneputzen muss von den Erziehungsberechtigten lange eingefordert, geübt und belohnt werden, bis ein Kind die Notwendigkeit und die Vorteile der Mundhygiene selbst begreifen kann und ein eigenes Interesse hat, eigenständig die Zähne zu putzen.

## Theoretischer Hintergrund

Tabelle 1: Taxonomie der Regulationsstile der Organismic Integration Theory – OIT (übersetzt nach Ryan & Deci, 2017, S. 193).

Regulation:	Amotivation	Extrinsische Motivation				Intrinsische Motivation
		External	Introjiert	identifiziert	integriert	
Das bedeutet:	Keine Intention zu handeln, mechanisches Nachahmen	Kein Interesse, Handlung für Belohnung oder Vermeidung von Strafe	Kein Interesse, Handlung für interne Belohnung oder interne Straf-Vermeidung	Kaum Interesse, Wichtigkeit der Handlung wird aber verstanden	Geringes Interesse, aber Engagement, das Ergebnis zu erreichen	Hohes Interesse, Handlung ist mit Wohlbefinden verbunden

**Amotivation** ist dabei als Zustand fehlender Handlungsabsicht zu verstehen, geprägt durch mangelnde Wertschätzung der Handlung und dem Gefühl von Inkompetenz (Ryan & Deci, 2000a). **Intrinsische Motivation** ist im Gegensatz zur Amotivation der Prototyp einer selbstbestimmten Aktivität, eine Handlung wird auf Grund von Bedürfnisbefriedigung ausgeführt. Bei der **extrinsischen Motivation** werden unterschiedliche Regulationsstile unterschieden:

Externale Regulation bedeutet, dass Menschen sich so verhalten, dass sie eine gewünschte Konsequenz, wie etwa eine Belohnung, erreichen oder eine drohende Bestrafung vermeiden. Das Verhalten bleibt nur solange bestehen, wie die Konsequenzen in Aussicht gestellt sind (Ryan & Deci, 2000a, 2000b). Introjierte Regulation beschreibt einen Typ interner Regulierung, bei der die Individuen selbst ihre Handlung mit Konsequenzen wie Stolz oder Scham verbinden. Die resultierenden Verhaltensweisen sind noch nicht selbstbestimmt (Ryan & Deci, 2000b). Im Zustand der identifizierten Regulation wird der zugrunde liegende Wert eines Verhaltens erkannt und akzeptiert. Durch die Identifikation mit der persönlichen Bedeutung eines Verhaltens erfolgt die Regulierung eher selbstbestimmt, obwohl es immer noch extrinsisch motiviert ist (Ryan & Deci, 2000b). Integrierte Regulation ist die autonomste Form der extrinsischen Motivation, denn sie beinhaltet nicht nur die Identifikation mit der Bedeutung von Verhaltensweisen, sondern auch die Integration dieser mit anderen Aspekten des Selbst. Anweisungen werden in einem so hohen Maß akzeptiert, dass sie mit bestehenden Aspekten der Identität in Einklang gebracht werden (Ryan & Deci, 2000b).

### 1.4.3 Verhaltenstherapeutische Methoden

Verhaltenstherapeutische Methoden zielen darauf ab, unerwünschte Verhaltensweisen zu demaskieren und aktiv in positive Verhaltensweisen zu verändern. Einerseits zeigt eine Meta-Analyse randomisierter kontrollierter Studien zur Adipositas-Therapie, dass kombinierte

## Theoretischer Hintergrund

verhaltensorientierte Lebensstil-Interventionen eine signifikante und klinisch bedeutsame Reduktion von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen erreichen können (Oude Luttikhuis et al., 2009). Andererseits kommen Mühlig et al. (2014) in ihrer Meta-Analyse aber auch zu dem Ergebnis, dass konservative Interventionsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas im Hinblick auf den BMI zwar wirksam sind, aber eine Gewichtsnormalisierung nach stationärer oder ambulanter Maßnahme nicht zu erwarten ist. Die Verhaltensmodifikation manifestiert sich also erst nach längerfristigem und kontinuierlichem Lernprozess und die Gewichtsreduktion sollte nicht alleiniges Kriterium für den Erfolg einer Behandlung darstellen (s. Kasten 2).

Die verhaltenstherapeutischen Methoden werden dafür wie folgt eingesetzt (S. Becker & Zipfel, 2020; BLE, 2019b):

1. Motivationsförderung: Durch motivierende Gesprächsführung (Grundhaltung der Therapeut\*innen), Auflösung von Widerständen und Evokation von intrinsischer Motivation wird die Bereitschaft zur Mitarbeit erhöht.
2. Anleitung zur Verhaltensänderung: Neue Verhaltensweisen werden vorgelebt und erlernt, alte Verhaltensmuster (Gewohnheiten) müssen abgelegt werden.
3. Kognitive Umstrukturierung und flexible Steuerung: Rigide Kontrolle ist sehr starr und kann zu unerwünschten, gegensätzlichen Verhaltensweisen führen. Flexible Steuerung hingegen hilft langfristig zur positiven Verhaltensänderung.
4. Selbstbeobachtung, dadurch Aktivierung und Stimuluskontrolle: Eigenes Verhalten wird bewusst wahrgenommen, selbst bewertet und kontrolliert. Dadurch wird die flexible Steuerung unterstützt und es werden Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit erlangt.

### 1.4.4 Coaching als ergänzende Individualtherapie

Indem Motivation durch MI evoziert wird, werden Richtung, Intensität und Ausdauer zur Verhaltensbereitschaft gefördert, doch zunächst müssen die Motive, die individuellen Ziele für die betreffende Person herausgearbeitet werden. Die standardisierte Gruppenschulung bei Adipositas kann dabei nicht die Individualität eines Einzel- oder Familiencoachings bieten. Coaching ist eine temporäre und individuelle Begleitung eines bevorstehenden Veränderungsprozesses. Daher wurde mit ReCoVer das Angebot eines Familien-Coachings für Patient\*innen und ihre Begleitpersonen gemacht, um die Familien individueller in ihrer Handlungsplanung zu unterstützen. Familien-Coaching kann als gruppentherapeutisches Verfahren bezeichnet werden (Schulte & Liska, 2021, S. 93), in dem das Potenzial Mehrerer für einen therapeutischen Entwicklungsprozess genutzt wird.

## Theoretischer Hintergrund

Ein Familiencoaching unterscheidet sich gegenüber einem Personalcoaching darin, dass gemeinsame Gespräche mit Familienmitgliedern in Eltern-Kind-Interaktion durchgeführt werden. Dabei gilt die Definition von Coaching nach dem Kieler Coaching Modell (Rohmer-Stänner & Hartmann, 2016, S. 9):

- „Coaching ist ein maßgeschneidertes, professionelles Beratungsangebot, das Probleme des Coachee im Spannungsfeld zwischen seinen Aufgaben, Rollen und Beziehungen einerseits und seiner Persönlichkeit andererseits bearbeitet.
- Das Coaching ist ein ergebnisorientierter, partnerschaftlicher Unterstützungsprozess und basiert auf Eigenverantwortung und Freiwilligkeit.
- Neben der individuellen Beratung umfasst Coaching Feedback, handlungsorientiertes Training und zielorientierte Anleitung“.

Im Coaching werden Anliegen (große Problemfelder) bzw. Motive in einzelne Aspekte aufgeteilt und diese einzeln betrachtet und in kleinen Schritten individuell bearbeitet.

Tabelle 2: Phasen des Coachingprozesses (Rohmer-Stänner & Hartmann, 2016).

Coaching-Phase 1	Coaching-Phase 2	Coaching-Phase 3	Coaching-Phase 4	Coaching-Phase 5
Anliegen beschreiben	Strukturieren und planen	Unterstützungsphase	Lösung finden	Umsetzung und Reflexion
- Anamnese	- Anliegen formulieren	- Aspekte nach Priorität bearbeiten	- Lösungsmatrix (ideale-reale Lösung)	- Teilziele erreicht
- Gewohnheiten	- Ziel formulieren	- Einsatz versch. Methoden	(innere-äußere Lösung)	- Rückmeldung zum/ und Abschluss des Gesamtprozesses
- Erfahrungen	- Anliegen in Aspekte gliedern			
- Ziele/ Motive				

Der Coachingprozess wird in fünf Phasen unterteilt, wobei der zeitliche Umfang der Phasen drei und vier stark variieren kann. Die mögliche Umsetzung eines Coachings in der Behandlung von Adipositas wird an folgendem Beispiel verdeutlicht:

In Coaching-Phase 1 wird das Anliegen verbalisiert, z.B. hat eine Patientin Übergewicht, da sie aus ihrer Sicht zu viel isst, oft aus Langeweile und dann vor allem hochkalorisches. Äußere Faktoren, die zu dieser Situation geführt haben, werden erfasst, wie z.B. großes Speisenangebot zu Hause und in der Freizeit, zu wenig Kontrolle. Das Ziel wird formuliert: Gewicht reduzieren durch moderate Portionen und Kalorienreduzierung sowie alternative Tätigkeiten in der Freizeit.

In Coaching-Phase 2 werden die Aspekte des Anliegens beleuchtet: Was genau steckt hinter dem Anliegen „zu viel Essen“? Es könnte nun fehlendes Sättigungsgefühl genannt werden,

## Theoretischer Hintergrund

die Mutter kocht große Mengen oder die Peer Group trifft sich nur selten und die Freizeit muss häufig ungewollt allein gestaltet werden. Ein Ziel kann nun zum Beispiel nach der Methode SMART (Drucker, 1977) ausformuliert werden (specific, measurable, achievable, reasonable, time-bounded), das sich individuell auf die zu verändernde Situation bezieht.

Die Aspekte werden in Coaching-Phase 3 und 4 einzeln und lösungsorientiert bearbeitet, z.B. achten auf Körpersignale, Kommunikation mit Peer Group über Zielerreichung, Speisenangebot zu Hause modifizieren und inwieweit kann die Familie als Unterstützung mit eingebunden werden. Die Patientin kann zur Erreichung ihres Zieles nur ihr Verhalten ändern, nicht direkt das ihres Umfeldes.

In Phase 5 befindet sich die Patientin selbst in der Handlung und eigenständigen Umsetzung. Das Ergebnis kann der Wunsch der Aufrechterhaltung sein, Thema der Rückfallprophylaxe und wertschätzende Zusammenfassung der erreichten Ziele mit einer Rückschau.

Im Familien-Coaching werden Anliegen der Patient\*innen und Aspekte sowohl des/der Patient\*in als auch der Familie, vertreten durch die Begleitperson, bearbeitet. Die Begleitperson stellt dabei die Verbindung zu dem familiären Umfeld dar, in dem sich das Kind befindet.

### 1.5 Die Bedeutung der Begleitperson in der Rehabilitation

So wie Kinder und Jugendliche zuhause in familiäre Bezüge eingebunden sind, fordern Thyen et al. (2021) eine durchgängige Familienorientierung zentral in der Gestaltung von Rehabilitationsangeboten, die bestenfalls körperliche und seelische Erkrankungen oder Belastungen bei den Eltern und ggf. Geschwistern mitbehandeln. Auch Jiang, Xia, Greiner, Lian und Rosenqvist (2005) empfehlen die familienorientierte Therapie, bei der die Eltern bzw. die Familie als eine neben den Patient\*innen gleichbewertete Zielgruppe für die Therapie berücksichtigt werden. Für Reinehr (2022) bezieht ein erfolgversprechender Therapieansatz mit ein, dass dieser familienorientiert erfolgt, denn Eltern besitzen eine wichtige Modellfunktion für das Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder und übernehmen die Kontrollfunktionen über deren Verhalten. Kontrolliert randomisierte Studien zeigen übereinstimmend, dass eine bessere Gewichtsreduktion durch Einbezug der Eltern besser zu erreichen ist, sodass die familienorientierte Behandlung der alleinigen Behandlung der Kinder vorzuziehen ist (Oude Luttikhuis et al., 2009; Reinehr, 2013). Peterander, Bailer, Henrich und Ständler (1992) empfehlen im Hinblick auf therapeutische Interventionen weniger den Einsatz standardisierter Therapieprogramme, als die individuelle Verbesserung der Gesprächsführung innerhalb der Familie aufgrund bedeutsamer Wechselwirkungen im System Familie. Die Eltern übernehmen demnach wichtige Funktionen, da sich Motivation und Handeln eines Kindes in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen entwickeln (Haase & Heckhausen, 2018).

### 1.5.1 Aufgaben der Begleitperson

Reinehr, Hoffmeister et al. (2009) und Reinehr, Widhalm et al. (2009) vermuteten bereits, dass unbefriedigende Langzeitergebnisse in stationären Behandlungseinrichtungen auch durch die fehlende oder nur sehr geringe Elterneinbindung zu erklären sind. Aktuell wurden folgende Aufgaben für Begleitpersonen und Adipositastherapeut\*innen formuliert (Reinehr, 2022):

- Das Verhalten und nicht der Gewichtsverlust sollten bewertet werden
- Begleitpersonen unterstützen die Patient\*innen durch Belohnung, Verstärkung und Verträge (Zuwendung oder gemeinsame Aktivitäten sind dabei sinnvoller als Belohnungen wie Lebensmittel, Sachgegenstände oder Geld)
- strukturierte Familienberatung kann als eine unterstützende Maßnahme zur Krankheitsbewältigung für Begleitpersonen hilfreich sein
- Konsequente Erziehung vermeidet paradoxe Botschaften

Diese Aufgaben sind Teil der Schulung von Begleitpersonen in der Rehabilitation. Für die Umsetzung des Erlernten in den Alltag ist eine partizipativ-autoritative Erziehung (zugewandt, konsequent) durch die Erziehungsberechtigten von Bedeutung.

Ventura und Birch (2008) geben zu bedenken, dass für eine effektive Prävention von Adipositas im Kindesalter viele Variablen im System Familie beachtet werden müssen; die Familiendynamik verändert sich auch dann, wenn sich die Elternbeziehung verändert, wie z.B. Ansichten über Erziehung oder Partnerprobleme. Auch veränderte Beziehungen zwischen anderen Familienmitgliedern, wie Streit unter Geschwistern, Veränderungen in der Familienstruktur, die auf Geburt, Tod, Scheidung, Wiederverheiratung oder andere Faktoren zurückgehen, können sich auf das Familiensystem auswirken und die familiären Normen und das emotionale Wohlbefinden der Kinder beeinflussen (Bachman, Coley & Carrano, 2012; Dush, Kotila & Schoppe-Sullivan, 2011; Lam, McHale & Crouter, 2012). Laut Peterander et al. (1992) beeinflussen sich über Wechselwirkungen das Elternverhalten und die Entwicklung ihrer Kinder in positiver oder negativer Weise. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern korrelieren beispielsweise mit elterlichem Stresserleben (Solem, Christophersen & Martinussen, 2011). Elterliches Stresserleben und kindliche Verhaltensprobleme hängen bei unsicherer, jedoch nicht bei sicherer Eltern-Kind-Bindung zusammen (Tharner et al., 2012). Die Aufgabe der Begleitperson besteht somit auch darin, dem Kind ein sicheres und verlässliches System zu gestalten, in dem es sich entwickeln kann. Peterander et al. (1992) empfehlen dafür ein äußeres Stützsystem für Familien, da soziale Beziehungen der Eltern zu Bekannten von entscheidender Bedeutung für den Aufbau positiver Handlungskompetenzen der Eltern sind. Wichtig für die Eltern-Kind-Bindung ist der Erziehungsstil, auf den im Folgenden näher eingegangen wird.

## Theoretischer Hintergrund

### 1.5.2 Erziehungsstile

Der Erziehungsstil ist die Art und Weise, wie sich Eltern gegenüber ihrem Kind verhalten, also eine dauerhafte Einstellung der Eltern; Erziehungspraxis ist das Handeln in konkreten erzieherischen Situationen (Krasel, 2014). Eine dauerhafte Umstellung des Ess- und Bewegungsverhaltens ist unter anderem abhängig von dem positiven Einfluss der Erziehungsberechtigten durch ihren Erziehungsstil. Eine einfache Darstellung fokussiert sich auf das Ausmaß und das Zusammenspiel aus Wärme/Zuneigung und Lenkung/Kontrolle der Erziehenden (Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 204). Hierbei werden vier Erziehungsstile unterschieden, die sich in der Zuneigung und Lenkung unterscheiden. Ein Erziehungsstil, der sich durch wenig Lenkung und wenig Zuneigung auszeichnet, wird als vernachlässigend bezeichnet, permissiv ist der Umgang voller Zuneigung, aber ohne dabei Regeln und Grenzen einzusetzen. Besteht die Erziehung überwiegend aus Grenzsetzung und Maßregelung, spricht man von autoritärer Erziehung. Der autoritative Erziehungsstil ist geprägt durch viel Zuneigung und gleichzeitig klare Regeln und Grenzen.

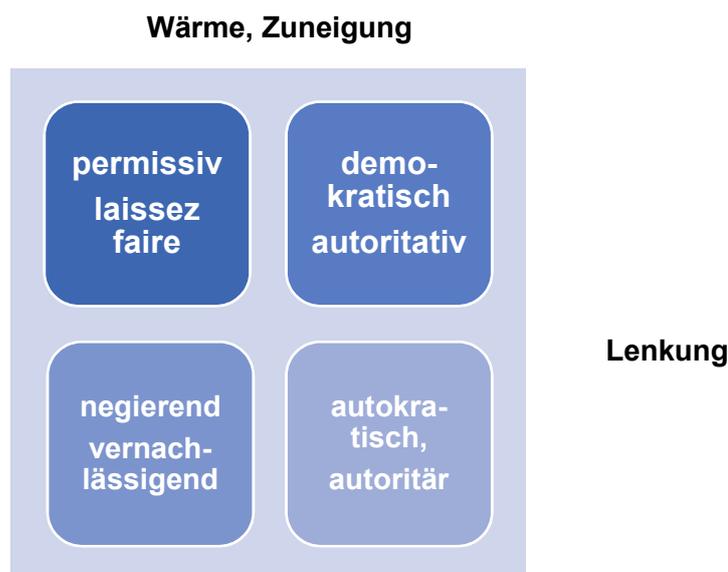


Abbildung 7: Erziehungsstile (nach Baumrind, 1967; vgl. Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 204).

Der Erziehungsstil der Eltern ist geprägt durch soziokulturelle Faktoren wie soziale Herkunft, Normen und Wertevorstellungen (Lohaus & Vierhaus, 2019; Siegler, Eisenberg, DeLoache & Saffran, 2016). Die Erziehungsberechtigten lenken die Lernprozesse des Essverhaltens ihrer Kinder durch extrinsische Motivation, sobald das Primärbedürfnis (Innenreiz) durch Außenreize in Verbindung mit Essen und Trinken abgelöst werden (Ellrott, 2018, S. 78; Schmidt, 2018). Die Fütterungsstrategie im Kleinkindalter wirkt sich bereits auf die Auswahl gesunder oder nichtgesunder Snacks aus (Boots, Tiggemann, Corsini & Mattiske, 2015). Die Esskultur prägt dabei ebenso das Essverhalten, wie Imitation und externale Regulation (Ryan & Deci, 2017, S. 193). Eltern mit niedrigem sozio-ökonomischem Status erziehen ihre Kinder

## Theoretischer Hintergrund

häufiger autoritär (Pinderhughes, Dodge, Bates, Pettit & Zelli, 2000; Shaw, Criss, Schonberg & Beck, 2004).

Aus einem autoritären Erziehungsstil in Bezug auf das Essverhalten resultiert nicht nur häufiger eine Lebensmittelauswahl mit rigiden Essverhaltensregeln, sondern auch ein adipogenes Verhalten bei Kindern (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006).

Als Gegenteil der autoritären Erziehung ist der permissiv-verwöhnende Stil zu verstehen. Kontrolle, Lenkung und Anforderungen haben eine niedrige Relevanz, die Eltern sind nachgiebig und tolerant und berücksichtigen in hohem Maß die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kinder (Stolz, 2018, S. 9). Eine Hierarchie zwischen Eltern und Kindern ist so gut wie nicht existent, die Eltern nehmen sich hinsichtlich ihrer eigenen Persönlichkeit und Wertevorstellungen weitgehend zurück (Weber, 1986, S. 239).

Bei einer Vernachlässigung des Kindes, also weder ausgeprägter Zuneigung, noch Lenkung, wird aktiv kein Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, im Sinne des Essverhaltens, genommen. Es besteht eine mangelnde Vorbildfunktion der Eltern, so wie das Fehlen von Regeln. Nachsichtige oder unbeteiligte Erziehung ist im Allgemeinen mit einem höheren BMI der Kinder assoziiert (Shloim et al., 2015). Ökonomischer Druck erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern ihren Kindern gegenüber gleichgültig oder abweisend reagieren (Kim, McHale, Wayne Osgood & Crouter, 2006).

Laut Hurrelmann (2006, S. 159) kann der **autoritativ-partizipative Erziehungsstil** als Mittelweg betrachtet werden. Ein autoritativer Erziehungsstil ist durch elterliche Wärme, Zuwendung, positive Verstärkung und Akzeptanz, aber auch durch Kontrolle und Regeln gekennzeichnet und hat sich als günstig für die Überwindung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gezeigt (Torbahn G. et al., 2014). Der autoritative Erziehungsstil setzt auf klare, festgelegte Regeln, aber verbunden mit Zuwendung und Wertschätzung des Kindes. Eine autoritative Erziehung in diesem Sinne hat zum Ziel, die kindliche Entwicklung, im Streben nach Autonomie und durch Wertschätzung zu fördern, sowie auf konstruktive Art und Weise mit kindlichem Verhalten umzugehen und Grenzen zu setzen (Markie-Dadds, Sanders & Turner, 2013). Die hohe Emotionalität der Eltern in Kombination mit einer unterstützenden Kontrolle scheint zu einem positiven Selbstbild und erhöhter Sozialkompetenz zu führen (Krasel, 2014, S. 12). Auch hier scheint sich der sozio-ökonomische Status auszuwirken: Besser situierte Mütter sprechen mehr mit ihren Kindern und fördern so die Kommunikation und einen autoritativen Erziehungsstil (Garrett-Peters, Mills-Koonce, Adkins, Vernon-Feagans & Cox, 2008; Garrett-Peters, Mills-Koonce, Zerwas, Cox & Vernon-Feagans, 2011).

Der BMI-SDS korrelierte negativ in der KgAS-Studie (van Egmond-Fröhlich et al., 2014) mit dem autoritativen Erziehungsstilcore, dem elterlichen Respekt für die Autonomie des Kindes und der unterstützenden Präsenz der Eltern aus Sicht des Therapeut\*innen-Teams.

## Theoretischer Hintergrund

Das sensible Gleichgewicht zwischen elterlicher Fürsorge und Autonomiestreben lässt sich auch durch das Werte- und Entwicklungsquadrat nach Schulz von Thun (2021, 43f.) aufzeigen, welches die Balance zweier Gegenwerte darstellt. Die Prämisse von Schulz von Thun (2021) lautet: „Jeder Wert kann nur dann zu einer konstruktiven Wirkung gelangen, wenn er sich in ausgehaltener Spannung zu einem positiven Gegenwert, einer Schwesterntugend, befindet.“

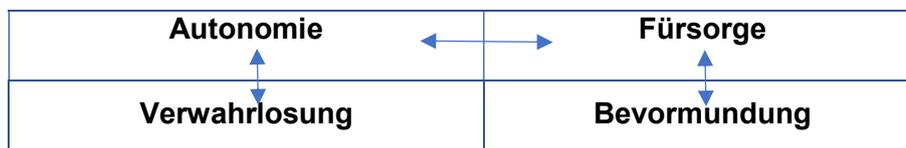


Abbildung 8: Werte- und Entwicklungsquadrat (nach Schulz von Thun, 2021, S. 45).

Wichtig ist demnach ein Gleichgewicht zwischen Fürsorge und Förderung der kindlichen und jugendlichen Autonomie, der Verantwortungsübertragung auf das Kind und gleichzeitige Wahrnehmung des eigenen Verantwortungsanteils, hin zu Selbstbestimmung und dem Selbstwirksamkeitserleben des Kindes oder Jugendlichen. Herausfordernde Kinder und Jugendliche machen ihren Eltern den Einsatz eines autoritativen Erziehungsstils voraussichtlich schwerer als fügsame, die sich positiv verhalten Kerr, Stattin und Ozdemir (2012) und Cook, Kenny und Goldstein (1991) schlagen daher vor, dass das Eltern-Kind-Verhalten im breiteren Kontext des Familiensystems interpretiert werden und die Umsetzung des Erziehungsverhaltens unterstützt werden sollte.

### 1.6 Verantwortung – gemeinsam gegen Adipositas

In der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird das eigenverantwortliche Handeln bei der Bekämpfung der Adipositas gefördert. Gleichzeitig haben Kinder nur einen begrenzten Einfluss auf die Entwicklung ihres Gewichts. Über die Eigenverantwortung hinaus benötigen Kinder aus ihrem Umfeld Unterstützung. Das Verhalten der Kinder unterliegt in dem Verhaltensmodell nach Rosenstiel (2007, S. 57) mehreren Faktoren. Zum einen muss das Kind über eigenes Können, also Fähigkeiten und Fertigkeiten, verfügen. Des Weiteren bedarf es eines individuellen Wollens im Sinne eigener Motivation und Werte, die es eigenständig verfolgt. Zum anderen unterliegt das Kind nicht nur extrinsischen Normen und Regeln, bezeichnet als soziales Dürfen, sondern auch der situativen Ermöglichung, also hemmenden oder förderlichen Einflussfaktoren der Umgebung. Eine unterschiedliche Ausprägung dieser Faktoren oder das Fehlen eines der Faktoren wirkt sich auf das Verhalten des Kindes aus.



Abbildung 9: Verhaltensmodell (Rosenstiel, 2007, S. 57)

Nachfolgend wird der Anteil der Verantwortung nicht nur der Betroffenen, sondern auch ihres Umfeldes, betrachtet.

### 1.6.1 Eigenverantwortung

Mit Eigenverantwortung werden Solidaritätsgrenzen beziehungsweise moralische Verpflichtungen des Einzelnen gegenüber dem Kollektiv signalisiert, denn wo Eigenverantwortung verlangt ist, kann mit kollektiven Hilfen nicht gerechnet werden (Ried, 2008). Menschen tragen ihrem Alter entsprechend ein gewisses Maß an Eigenverantwortung. Um eine Veränderung herbeizuführen, braucht es die aktive Mitarbeit und das Verständnis der Patient\*innen. Je mehr allerdings Eigenverantwortung gefordert ist, desto klarer müssen ihre Inhalte bestimmt sein; wer einer Forderung entsprechen soll, muss wissen können, was genau gefordert ist (Kaminisky, 2009). Dass Kinder bezüglich gesundheitsbezogenen Handelns zur Eigenverantwortung fähig sind ist fraglich, denn sie sind nur begrenzt kognitiv in der Lage, komplexe Zusammenhänge zu erfassen und zukunftsorientiert zu planen (Siegler et al., 2016, 119f.).

Piagets Stadien der kognitiven Entwicklung zeigen, dass Kinder zwischen sieben und zwölf Jahren zwar vermehrt logisch denken und verstehen können, dass Ereignisse von mehreren Faktoren beeinflusst werden, Jugendliche hingegen können systematisch denken und darüber spekulieren, was alternativ zum Bestehenden sein könnte (Siegler et al., 2016):

Tabelle 3: Piagets Stadien der kognitiven Entwicklung (Siegler et al., 2016, S. 131)

Stadium	Ungefähre Altersspanne	Neue Wege des Erkennens
<b>sensomotorisch</b>	Geburt bis 2 Jahre	Säuglinge erkennen die Welt mit ihren Sinnen und durch ihre Handlungen. Zum Beispiel lernen sie, wie Hunde aussehen und sich anfühlen.
<b>präoperational</b>	2 bis 7 Jahre	Bis zum Schulalter erwerben Kinder die Fähigkeit, die Welt durch Sprache und geistige Vorstellungen intern zu repräsentieren und die Welt aus der Perspektive anderer zu sehen und nicht nur aus ihrer eigenen.
<b>Konkret operational</b>	7 bis 12 Jahre	Die Kinder werden dazu fähig, logisch und nicht nur intuitiv zu denken. Sie können Objekte jetzt in zusammenhängende Klassen gruppieren und verstehen, dass Ereignisse häufig von mehreren Faktoren und nicht nur von einem beeinflusst werden.
<b>Formal operational</b>	Ab 12 Jahre	Jugendliche können systematisch denken und darüber spekulieren, was alternativ zum Bestehenden sein könnte. Das ermöglicht es ihnen, Politik, Ethik und Science-Fiction zu verstehen sowie wissenschaftlich-logisch zu denken.

Ergänzend dazu schreiben Hannover und Greve (2018) über die Entwicklung 8-12 jähriger Kinder (S.568): "In dieser Altersphase erwerben Kinder ein Verständnis von abstrakten Konzepten wie Personeneigenschaften oder Fähigkeiten und damit einhergehend domänenspezifische fähigkeitsbezogene Selbstkonzepte." Hannover und Greve (2018) erläutern des Weiteren, dass die typischerweise signifikant abfallenden Selbsteinschätzungen eigener Fähigkeiten über den Verlauf der ersten Schuljahre hinweg sich darin begründet, dass Kinder erst dann lernen, dass Leistungen auf zeitlich stabilen Fähigkeiten beruhen. In dieser Altersstufe führen soziale Vergleiche zunehmend zur Einschätzung der eigenen Person (z. B. »größer als«, »schneller als«), Äußerungen familienfremder Personen gewinnen an Bedeutung und die Kinder sind in der Lage, diese für sich selbst zu bewerten (Hannover & Greve, 2018). Der Selbstwert wird demnach vermehrt durch Aussagen und Verhalten Gleichaltriger bestimmt (S. Schneider, 2004, S. 10).

Inwieweit Kinder zu intrinsisch motivierter Handlung fähig sind und Veränderungen bewusst und eigenständig umsetzen können, hängt von der Unterstützung durch ihr Umfeld ab, welches die Ansprüche von Kindern in vielen Fällen nicht gleichberechtigt wie die Interessen von Erwachsenen behandelt (Purcell, 2010). Eigenverantwortung impliziert die Forderung, dass ein Individuum verpflichtet ist, für die negativen Konsequenzen seines Tuns allein aufzukommen und zugleich unterstehen die Kinder der Verantwortung ihrer Erziehungsberechtigten, die für das Kindeswohl Sorge zu tragen haben.

## Theoretischer Hintergrund

### 1.6.2 Verantwortung der Eltern

Eltern gelten als am besten geeignet, sich instinktiv um das Wohl ihrer Kinder zu kümmern oder benötigte Maßnahmen dafür zu ergreifen (Purcell, 2010). Mit ihrem Erziehungsstil legen sie die Art und Weise fest, ihren Kindern Normen und Werte zu vermitteln. Wenn ein Kind übergewichtig ist und ein Risiko für chronische Erkrankungen hat, sollten sowohl die Kinder als auch ihre Eltern unterstützt werden und das Kindeswohl ist im Auge zu behalten. Eine Definition des Kindeswohls bietet die S3-Kinderschutzleitlinie (Blesken et al., 2022) anhand von folgenden Kriterien:

- Das Recht auf körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit.
- Die Möglichkeit zu einer selbstständigen und verantwortungsbewussten Person heranzuwachsen.
- Die Stabilität und Kontinuität der Beziehungen zu sorgeberechtigten Personen.
- Der Kindeswille (die Bedeutung steigt mit dem Alter des Kindes).

Beim Kindeswohl geht es darum, ob die Bedürfnisse des Kindes in einem stimmigen Verhältnis zu seinen Lebensbedingungen und den Verhaltensweisen der Eltern und anderen Beteiligten des nahen Umfelds stehen.

Für die Adipositas Ambulanz der Charité – Universitätsmedizin Berlin ergab sich 2014 die Notwendigkeit, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das Fachkräften dabei helfen kann, sich ein konkretes Bild von der Situation des Kindes zu machen und das Risiko für die Gefährdung der gesunden körperlichen, seelischen sowie sozialen Entwicklung bei Adipositas einzuschätzen. Anhand von Ankerbeispielen „ADI-PLUS“ (Rücker et al., 2016) können störungsspezifische Risiken und Gefährdungsmomente im Kontext der Adipositas dargestellt werden; sie orientieren sich formal am „Kinderschutzbogen zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohles“ der AWMF-S3-Leitlinie zum Kinderschutz (Wabitsch & Moss, 2019). Die Ankerbeispiele stellen eine Orientierung zur Einschätzung der Tagesstruktur, Freizeitgestaltung, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Mediennutzung und Umgang mit Taschengeld dar. Diese Vorgehensweise verdeutlicht, dass die Verantwortung der Erziehenden bei der Entstehung und Behandlung der Adipositas von umfassender Bedeutung sind und ausgeprägt sein muss.

Wikler (2002) gibt allerdings auch zu bedenken, dass Selbstverschuldung der Kinder oder der Familie zu unterstellen, wo im Grunde strukturelle Bedingungen ausschlaggebend sind, ethisch fragwürdig ist.

### 1.6.3 Verantwortung der Gesellschaft

Während die Verhaltensprävention als Summe von Maßnahmen definiert werden kann, die auf die Optimierung des menschlichen Verhaltens abzielt, beschäftigt sich die Verhältnisprävention mit einer menschengerechten Gestaltung von Lebensbedingungen

## Theoretischer Hintergrund

(Kempf, 2010). Kaminisky (2009) sieht es beispielsweise nicht als eine alleinige Aufgabe der Eltern, bei Kindern und Jugendlichen die Verführung zu gesundheitsabträglichen Ernährungsgewohnheiten zu vermeiden, der Gesellschaft komme diese Aufgabe gleichermaßen zu. Auch die WHO (2006) erklärt, es bedarf "Eines Gleichgewichts zwischen der Verantwortung des Einzelnen und der Verantwortung von Staat und Gesellschaft."

Vallgård, Nielsen, Hartlev und Sandøe (2014) beschreiben den Zusammenhang der Adipositasprävention und die Behandlung der Adipositas als Verantwortung der Gesellschaft, den Aufbau einer gesünderen Umwelt voranzubringen. Laut WHO (2014) begründet sich das Problem in den sich rasch wandelnden sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Determinanten des Lebensstils der Menschen, Individuen allein für ihre Adipositas verantwortlich zu machen wäre nicht akzeptabel, da sie zumindest teilweise von ihrer Umwelt geprägt werden (Vallgård et al., 2014). Technische, gesellschaftliche und ökonomische Entwicklungen haben zu einer erheblichen Transformation der Lebenswelt geführt und begünstigen heute die Überernährung und eine verringerte körperliche Betätigung (Ried, 2008) und erhöhen so den Bedarf nach Verhältnisprävention.

Einen Ansatz der Verhältnisprävention untersucht die **Kieler Obesity-Prevention-Study (KOPS)** seit 1996 (Plachta-Danielzik, Landsberg, Lange, Langnäse & Müller, 2011). KOPS verfolgt dabei zwei Interventionsstrategien: eine universelle Prävention im Setting Schule, mit Unterrichtseinheiten zum Thema Ernährung und Bewegung, und eine selektive Prävention in Familien durch individuelle Familienberatung. Als relevanteste Determinanten von Übergewicht wurden ein niedriger sozialer Status und Übergewicht der Eltern diagnostiziert. Durch die Schulintervention konnte der Ernährungszustand der Kinder mit hohem Sozialstatus und mit normalgewichtigen Müttern nachhaltig verbessert werden. Die Familienintervention hingegen machte deutlich, dass Personen aus einer niedrigen Sozialschicht auch mit einem individuellen Beratungsansatz nicht erreicht werden konnten. Ein niedriger sozialer Status ist demnach nicht nur eine Determinante von Übergewicht, sondern auch eine Barriere gegenüber Maßnahmen zur Übergewichtsprävention.

Kaminisky (2009) vermutet, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Entstehung des Adipositasproblems sei nicht früh genug erkannt und daher nicht rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergriffen worden. Dies zeigt sich auch in einer potenziell angsteinflößenden Rhetorik britischer Berichterstattung, die gesellschaftliche Verantwortung versucht von sich zu weisen (Zhao & Zheng, 2022). Dagegen gibt Berry (2020) einen Überblick über die Handlungsfelder, in denen jeder Mensch Verantwortung übernehmen könnte, um der Entstehung von Adipositas entgegenzuwirken.

## Theoretischer Hintergrund

Tabelle 4: Verantwortlichkeiten und Beispiele für erforderliche Strategien zur Bekämpfung von Adipositas (mod. nach Berry, 2020).

Kategorie	Verantwortlichkeit
Politik	Fokus auf gesundheitliche Ungleichheiten und sozial Benachteiligte legen, Gesundheit/Umwelt-Folgenabschätzung, Gesetzgebung: weniger Steuern auf gesunde Lebensmittel, weniger Fast-Food-Werbung, "Gesunde Städte"-Initiativen
Lebensmittelindustrie	gerechte, nachhaltige Ernährung; Inhaltsstoffe in Produkten regulieren, optimieren; Marketing-Transparenz, Kennzeichnung von Lebensmitteln
Bildungssystem	Ernährungs-, Koch-, Bewegungs- und Lebensstilerziehung während der gesamten Schulzeit; Infrastruktur für regelmäßige Übung; Gewichts-Monitoring, vollwertige Ernährung in Schulen
Gesundheitssystem	Motivierend, nicht wertend; Shared-Decision-Ansatz für die Beratung bei Adipositas; Gesundheitskompetenz für Stillen, Ernährung und Lebensstil fördern
Zivilgesellschaft	Kulturelle Einstellungen (Normen, Werte, soziale Unterstützung); Peer-Gruppen, soziale Medien und Influencer, Vorbilder, Sportangebote, Spielplätze
Familie	Schwangerschaft und Stillen; Erziehungskompetenzen; Ernährungs- und Lebensstilerziehung; Regulierung Mediennutzung Vorbildfunktion, gemeinsame Mahlzeiten
Einzelperson	Lebensstil, Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeit, Stressbewältigungsstrategien, erlernte Verhaltensweisen Effizienz des Stoffwechsels, endokriner Status

Bis zu einer erfolgreichen Adipositasprävention gilt es, kollektiv die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass in unserer Gesellschaft Verhältnisse entstanden sind, die es vielen Kindern schwer und unmöglich machen, sich regelrecht zu entwickeln (Kaminisky, 2009).

### 1.7 Bisherige eigene Studien

Das Forschungsprojekt ReCoVer entwickelte sich aus den Erkenntnissen von MoReMo, das für jugendliche Patient\*innen konzipiert war. Mit den sich verändernden Anforderungen der stationären Rehabilitation, vermehrt jüngere Patient\*innen und mit Begleitperson aufzunehmen, wurde die Vorarbeit von MoReMo für ReCoVer angepasst.

### 1.7.1 Erkenntnisse aus MoReMo

Adipositasschulungskonzepte für die gezielte Förderung der Motivation bei Jugendlichen zur Änderung ihres adipogenen Lebensstils wurden bereits im Vorgängerprojekt **MoReMo** (**M**otivationsfördernde **R**ehabilitation durch **M**odularisierung) entwickelt (Stachow et al., 2018). Ziel war, die Entwicklung und Machbarkeit der Instrumente zur Diagnostik von Motivationslagen und von motivationsstadienbasierten und modularisierten Adipositasschulungskonzepten bei Jugendlichen mit Adipositas zu evaluieren (Hagedorn, 2019).

Die modularisierten Adipositasschulungskonzepte für die Motivationsstadien „Intender“ (mittleres Motivationsstadium) und „Actor“ (hohes Motivationsstadium) basieren auf HAPA (Schwarzer, 2004) und folgen dem eklektischen Ansatz des MI (Miller & Rollnick, 2015), welches zu einer Veränderungsmotivation anleitet. Außerdem wurden diagnostische Instrumente zur Messung der Motivationsstadien, auf Grundlage des transtheoretischen Modells (Prochaska et al., 1992) entwickelt, wie z.B. der **G**esprächsleitfaden zur Erfassung des **M**otivationsstadiums (GLF-MoS), der in modifizierter Form (Kurzinsky, 2018) bei ReCoVer Anwendung findet. Die Jugendlichen wurden nach einem Erstgespräch mithilfe des GLF-MoS in die Motivationsstadien Non-Intender, Intender oder Actor eingeteilt. Dementsprechend erfolgte die Zuweisung der Schulungsgruppe der Intender (konkrete Absicht) oder der Actor (Gesundheitshandeln) und die Jugendlichen wurden entsprechend ihres Motivationsstadiums geschult (Stachow et al., 2018).

In den Handlungsempfehlungen sprechen sich sowohl Wilkens (2017) als auch Hagedorn (2019) dafür aus, dass erlernte Verhaltensweisen in jedem Motivationsstadium durch individuelle Begleitung noch konkreter erprobt werden sollten, um die Rückfallprophylaxe zu optimieren. Je geringer das Motivationsstadium, desto höher wurde der Bedarf an individueller Betreuung in Einzelsettings eingestuft. ReCoVer baut auf dem motivationsbasierten Ansatz von MoReMo für Jugendliche mit Adipositas auf (Stachow et al., 2018) und bietet ein Konzept zur nachhaltigen Motivationsförderung zur Verhaltensänderung von Kindern und Jugendlichen mit ihren Begleitpersonen durch ein Familien-Coaching (Ausner, Falkenberg, Gellhaus & Hampel, 2023).

### 1.7.2 ReCoVer Phase 1

Phase 1 wird im Folgenden zusammengefasst erläutert und wurde vertiefend in Ausner, Gellhaus, Falkenberg und Hampel (2023) dargestellt. Das Forschungsprojekt ReCoVer verfolgt das Ziel, bei begleiteten Patient\*innen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation eine Modifikation ihres adipogenen Verhaltens durch erhöhte Änderungsmotivation zu erreichen. Hierbei wurde zusätzlich zu dem bereits implementierten Schulungskonzept auf Seiten der Kinder zur Förderung des Gesundheitsverhaltens noch ein

## Theoretischer Hintergrund

motivationsstadienbasiertes, individuelles Konzept für Familie-Coaching umgesetzt, um einen autoritativen Erziehungsstil zu etablieren und die Kommunikation innerhalb der Familie zu fördern.

Die Hypothesen in Phase 1 bezogen sich auf die Anwendbarkeit und Übertragbarkeit auf die für Jugendliche bewährten Instrumente bei einer jüngeren Zielgruppe sowie auf die zeitliche Umsetzbarkeit des zusätzlichen Familien-Coachings und des Coachingleitfadens im Rehabilitationsverlauf:

### Fragestellungen

- Verstehen auch Kinder im Alter zwischen zehn und elf Jahren den GLF-MoS?
- Kann die Einteilung in Motivationsstadien (MoReMo) bei Kindern angewendet werden?
- Ist der Coaching-Leitfaden im Rehabilitationsverlauf augenscheinlich valide und zeitlich umsetzbar?

### Hypothesen

- Der modifizierte GLF-MoS wird von den Kindern im Alter zwischen zehn und elf Jahren verstanden.
- Die Einteilung in Motivationsstadien ist auf Kinder ebenso anwendbar wie auf Jugendliche.
- Der Coaching-Leitfaden ist augenscheinlich valide. Er kann im Rehabilitationsverlauf fachlich und zeitlich umgesetzt werden.

Abbildung 10: Fragestellungen und Hypothesen ReCoVer Phase 1 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 7)

Die freiwillige Teilnahme der Familien beinhaltete ein Einzelgespräch mit dem Kind (GLF-MoS) zu Beginn der Rehabilitation (t0) und ein Fokusgruppeninterview am Tag vor der Abreise (t1). Mit den Begleitpersonen wurden ebenfalls Fokusgruppeninterviews, jeweils zum Zeitpunkt t0 und t1, durchgeführt. Während der Rehabilitation erhielten die Familien drei Coaching-Einheiten á 60 Minuten gemäß Coaching-Leitfaden. Zusätzlich wurden Datenerhebungen mittels Fragebogen zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2 (t2 = sechs Wochen nach Abreise) vorgenommen. Mit der Einverständniserklärung zur Teilnahme konnte auch die Erlaubnis gegeben werden, die Familie telefonisch an die Rücksendung der Fragebogen (t2) zu erinnern. Dieses Telefonat wurde von den Begleitpersonen vielmehr als Möglichkeit wahrgenommen, im Sinne einer Nachsorge Fragen zu stellen und sich zu der Umsetzung der Ziele zuhause auszutauschen. Hier zeigte sich eindeutig der Wunsch nach einer Nachbetreuung und Begleitung im häuslichen Umfeld.

## Theoretischer Hintergrund

Die neuen Instrumente zur Diagnostik und Intervention wurden in Phase 1 mit N=12 Patient\*innen und ihren Begleitpersonen, innerhalb von drei Rehabilitationsmaßnahmen, untersucht. Die Untersuchungsstichprobe der Kinder und Jugendlichen setzte sich aus drei Jungen und neuen Mädchen zusammen, das mittlere Alter lag bei  $MW=11,5$  ( $SD=$  ) bei einem Minimum von 10 ( $n=3$ ) und einem Maximum von 14 Jahren ( $n=2$ ). Der BMI bei der Anreise lag bei einem Mittelwert von  $MW=$  ( $SD=$  ). Zum Rehabilitationsende reduzierte sich der durchschnittliche BMI auf  $MW=$  ( $SD=$  ).

Entgegen der Erkenntnis aus MoReMo, wo keine Non-Intender, also Jugendliche mit geringer Motivation, ausgemacht werden konnten, befanden sich die jüngeren Patient\*innen bei ReCoVer zu Beginn der Rehabilitation zwischen Motivationsstadium I-V. Vergleichbar dazu wurde auch im Erstgespräch häufig geäußert, nur auf Wunsch der Eltern in der Rehabilitation zu sein. Die Patient\*innen sind demnach extrinsisch motivierter und überwiegend in niedrigeren Motivationsstadien zu verorten.

Der Einfluss der motivationalen Lage der Begleitpersonen auf die Veränderungsmotivation der Patient\*innen stellte sich im Verlauf der Phase 1 ebenso als wichtig heraus, weshalb der gegenseitige Einfluss der motivationalen Lage von Patient\*innen und Begleitpersonen im Promotionsvorhaben näher untersucht wird.

Der (GLF-MoS), der aus der MoReMo-Studie übernommen wurde, konnte auch bei jüngeren Kindern angewendet werden. Der dazugehörige Fragebogen wurde in modifizierter Kurzfassung angewendet (Kurzinsky, 2018). Das Familien-Coaching war im Rehabilitationsverlauf fachlich und zeitlich umsetzbar und wurde akzeptiert.

Es stellte sich heraus, dass die Motivation der Begleitperson den Rehabilitationserfolg des Kindes beeinflusst. Somit wurde in Phase 2 auch das Motivationsstadium der Begleitperson zum Zeitpunkt  $t_0$  und  $t_1$  sowie nach jedem Coaching mittels Stundenevaluation eingeschätzt. Die Verhaltensbeschreibung des Motivationsstadiums VI erfolgte erst in Phase 2.

### Fazit Phase 1

Allgemein zeigte sich eine gute Akzeptanz eines Familien-Coachingangebotes und eine höhere Rehabilitationszufriedenheit der Patient\*innen und Begleitpersonen. Zu diesem Ergebnis kamen auch Nobile und Drotar (2003) in ihrem Review: Die Zufriedenheit der Eltern korrelierte mit guter Kommunikation und Empathie während der Therapie ihrer Kinder. Eine individuellere Betreuung begleiteter Adipositas-Patient\*innen und ihrer Begleitpersonen scheint den Rehabilitationserfolg nachhaltig zu verbessern. Hierzu gehören Familien-Coaching (individuelle, begleitete Gespräche zwischen Begleitperson und Patient\*in) inklusive Rückfallprophylaxe. Ein Kontaktangebot für Nachfragen nach der Rehabilitation wurde ausdrücklich gewünscht. Der Einfluss der Motivation der Begleitperson auf die Motivation der

## Theoretischer Hintergrund

Patient\*innen sollte in Phase 2 mehr Berücksichtigung finden.

### 1.7.3 ReCoVer Phase 2

In Phase 2 wurde eine Machbarkeitsanalyse des motivationsbasierten, individualisierten Familien-Coachings als Ein-Gruppen-Prä-Post-Follow up-Design durchgeführt. Augenmerk wurde dabei kontinuierlich auf eine Implementierung in die stationäre Rehabilitation gelegt:

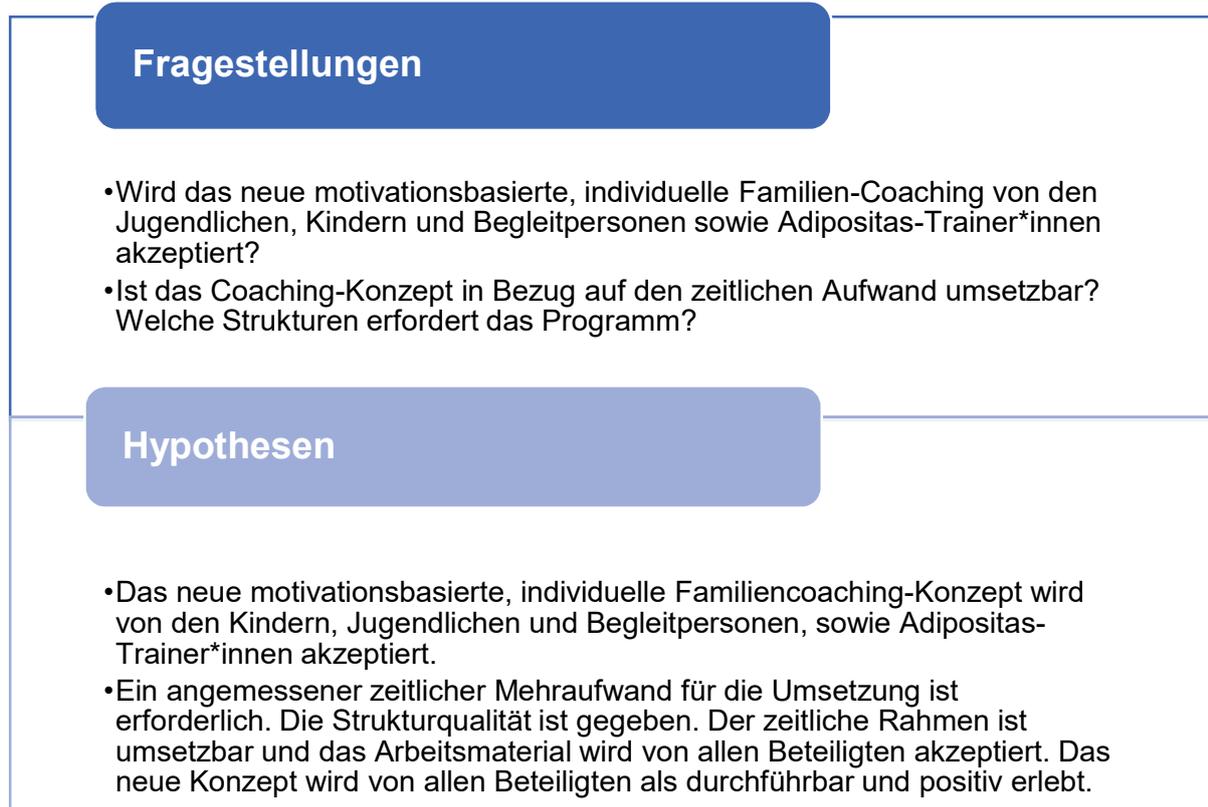


Abbildung 11: Fragestellungen und Hypothesen ReCoVer Phase 2 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 8)

#### 1.7.3.1 Quantitative Datenerhebung und Auswertung

Die Untersuchungsstichprobe der Patient\*innen (10-13 Jahre alt) für den unmittelbaren Rehabilitationserfolg und die qualitative Analyse umfasste  $N=31$  Kinder nach der Durchführung von fünf Rehabilitationsmaßnahmen.

In die quantitative Datenerhebung der Machbarkeitsanalyse konnten  $N=31$  Patient\*innen und Begleitpersonen vor ( $t_0$ ) und nach der Rehabilitation ( $t_1$ ) eingeschlossen werden. Zudem konnten nach 6 Wochen ( $t_2$ ) noch  $N=19$  erfasst werden. Folgende Messinstrumente wurden zur quantitativen Datenerhebung herangezogen:

## Theoretischer Hintergrund

Tabelle 5: Messinstrumente der Phase 1 und 2 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 15)

Konstrukte	Instrumente
<b>Kinder und Jugendliche</b>	
Stadien des Health Action Process Approach (HAPA) (Schwarzer, 2008)	MoS (Hampel, Petermann & Stachow, 2020) in Phase 1
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KIDSCREEN-27; KIDSCREEN Group Europe, 2006)
Ängstlichkeit/Depressivität sowie Selbstwertproblematik	Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J-II), Subtests „Ängstlichkeit/ Depressivität“ und „Selbstwertprobleme“ (Hampel & Petermann, 2012)
Sozial-emotionale Kompetenzen	Fragebogen zur Erfassung sozial-emotionaler Kompetenzen (vgl. Schumacher, 2023)
Somatische Parameter: Größe, Gewicht, Alter und Geschlecht	Eigene Entwicklung
<b>Begleitpersonen</b>	
Elterlicher Erziehungsstil	Eltern-Erziehungsstil-Inventar (EEI) (Satow, 2013)
Fremdberichtete psychische Auffälligkeiten	Deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-fremd) (Woerner et al., 2002)
Soziodemographie	Eigene Entwicklung

Für die Beschreibung der Untersuchungsstichprobe wurden die jeweiligen Messinstrumente mittels des Computerprogramms SPSS 29 (Version 29.0.0.0) ausgewertet. Die Stundenevaluationen der Patient\*innen und Begleitpersonen zu den drei Coachingeinheiten sowie die Zufriedenheit mit der Rehabilitation und dem Familien-Coaching wurden deskriptiv ausgewertet und anhand von Balkendiagrammen visualisiert.

### 1.7.3.2 Qualitative Datenerhebung und Auswertung

Die qualitative Datenerhebung umfasste wie in Phase 1 den GLF-MoS in gekürzter Form bei den 31 Patient\*innen zum Zeitpunkt  $t_0$  sowie leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit den Patient\*innen am Ende der Rehabilitation. Zu den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  wurden die Begleitpersonen mittels leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews befragt. In zwei Fokusgruppeninterviews mit den Expert\*innen der Adipositas therapie wurden insbesondere die Zufriedenheit mit dem Adipositasprogramm und die Meinung zu einer Implementierung eines individuellen Familien-Coachings in die Rehabilitation bei Adipositas erfragt. Es wurden insgesamt 17 Fokusgruppeninterviews in Phase 2 aufgezeichnet, anschließend transkribiert und anhand MAXQDA 2020 inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte in Form einer inhaltlichen Strukturierung durch deduktive Kategorienanwendung nach (Mayring, 2015). Die Auswertungsfrage: „Wie beurteilen die Interviewten eine Implementierung des Familien-

## Theoretischer Hintergrund

Coachings in den Rehabilitationsverlauf?“ wurde jeweils für die Gruppe der Begleitpersonen, Patient\*innen bzw. Expert\*innen formuliert.



Abbildung 12: Kategoriensystem zur Auswertungsfrage 1-3 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 21)

Die Struktur des Kategoriensystems (Tab.6) leitet sich theoretisch aus dem Konzept der Implementationsforschung ab (Petermann, 2014). Der Prozess der Implementierung wird laut Petermann (2014) in einer Nomenklatur aus acht Kategorien dargestellt, von denen vier im Rahmen der Phase 2 bewertet werden konnten: Akzeptanz, Übernahme, Machbarkeit und Nachhaltigkeit, wobei die Definition der Nachhaltigkeit auch auf die Implementierung erlernter Inhalte in den Alltag aus Sicht der Patient\*innen und Begleitpersonen übertragen wurde:

## Theoretischer Hintergrund

Tabelle 6: Kodierleitfaden für die Auswertungsfragen 1-3 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 20).

Auswertungsfragen 1-3: Wie beurteilen 1. die Begleitpersonen (BP), 2. die Patient*innen (Pat) und 3. die Expert*innen (Exp.) eine Implementierung des Familien-Coachings in den Rehabilitationsverlauf?		
Kategorie	Kategoriedefinition	Ankerbeispiele
Implementierung (Hauptkategorie)	„Beschreibung und Analyse von Prozessen bei der Umsetzung von Konzepten oder Programmen“ (Petermann, 2014).	
K1: Akzeptanz	„Akzeptanz ist die Auffassung der an der Implementation Beteiligten, dass, oder in welchem Maße, eine bestimmte Intervention, Behandlung etc. zufriedenstellend ist“ (Petermann, 2014).	„Also mit ihnen, das war super, die Kinder fanden es echt klasse, ...“ (BP\t1_2201-2205: 42) „Also ich fand immer die Visite gut und das Coaching bei ihnen.“ (Pat\t2101-2105: 19-21) „... und ich habe den Eindruck, wir treten damit als Team besser auf, weil die vorher so alleingelassen waren, die Eltern.“ (Exp.\Experten_2: 22-23)
K2: Übernahme	„Übernahme ist die Absicht oder Entscheidung, eine Intervention in die Praxis (Alltag) einzusetzen“ (Petermann, 2014).	„Also ich würde mir auch wünschen für die Eltern, dass das Familien-Coaching weitergeht“ (Exp.\Experten_1: 105)
K3: Machbarkeit	„Machbarkeit ist das Ausmaß, in dem ein neues Behandlungsangebot erfolgreich in einem definierten Setting angeboten werden kann“ (Petermann 2014).	„Also die Zeitspanne fand ich auch total in Ordnung“ (BP\t1_2219-2226: 71) I: „Was war nicht so gut?“ 2116: „die vollen Termine.“ (Pat\t1_2107-2118: 7-8) „So dass man es auch individueller anpassen kann: wann ist es noch eine Schulung, wann mache ich doch noch mal was im Einzelsetting?“ (Exp.\Experten_2: 76-77)
K4:Nachhaltigkeit	„Ausmaß, in dem eine neu implementierte Behandlung erhalten oder institutionalisiert wird“ (Petermann, 2014).	2: „Ja, also ich habe schon den Eindruck, es kommen reflektiertere Fragen von den Eltern.“ (Exp.\Experten_2: 21)  „... jetzt liegt es an uns, wie wir das umsetzen, wie wir unsere Ziele zuhause verfolgen, ...“ (BP\t1_2219-2226: 62)  2121: „Wenn ich meine Ziele zuhause weiterverfolge, dann nehme ich ab. Das wird für meine Gesundheit gut sein und für mein Aus-sehen auch.“ (Pat\t1_2119,2120,2121,2124: 98)

### 1.7.3.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung zeigen, dass die untersuchte Stichprobe der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas zum Zeitpunkt t0 deutliche Einschränkungen des seelischen aber auch körperlichen Wohlbefindens und damit Einschränkungen der Teilhabe aufwies. Gleichzeitig wurden insbesondere emotionale Auffälligkeiten im Vergleich zu Normierungsstichproben festgestellt. Diese Befunde unterstützen das Fazit von Stachow et al. (2018) aus der MoReMo-Studie, indem sie die stationäre Rehabilitation als komplexe multidimensionale Intervention zu Recht indiziert sehen.

**Hinweise auf die unmittelbare Wirksamkeit** in den abhängigen t-Tests wurden übereinstimmend mit den Wilcoxon-Tests keine signifikanten Veränderungen für die selbstberichtete soziale Kompetenz und den elterlichen Erziehungsstil festgestellt. In den weiteren Messinstrumenten stellten sich jedoch mindestens tendenziell signifikante Veränderungen in den t-Tests dar, die bis auf eine Ausnahme exakt durch die Wilcoxon-Tests bestätigt wurden.

Der BMI verringerte sich hoch signifikant mit einer kleinen Effektstärke ( $t(30) = 14.70, p < .001, d = 0.39$ )

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität.** Für die 5 Subtests des KIDSCREEN zur Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen ergab sich eine hoch signifikante Verbesserung mit einer moderaten Effektstärke im körperlichen Wohlbefinden

**Essverhalten.** Für die 3 Subtests des DEBQ zeigte sich lediglich eine tendenziell signifikante Verbesserung mit einer moderaten Effektstärke im externalen Essverhalten ( $t(21) = 2.07, p = .051, d = 0.52$ ; Abb. 13).

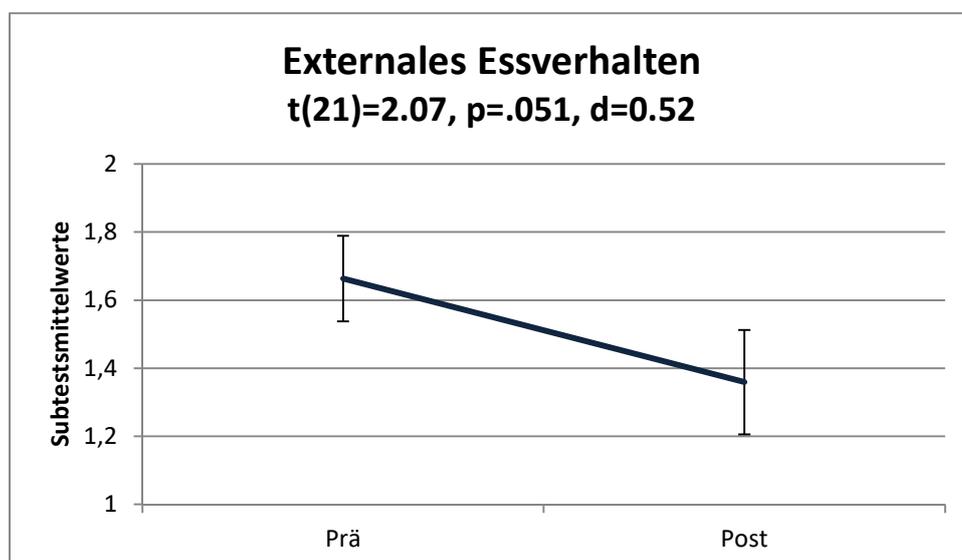


Abbildung 13: Unmittelbare Veränderung im externalen Essverhalten (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 38).

## Theoretischer Hintergrund

**Motivationskennwerte.** Für die 13 Subtests des MoS wurde lediglich eine sehr signifikante Verbesserung mit einer moderaten Effektstärke in den negativen bewegungsbezogenen Handlungsergebniserwartungen nachgewiesen ( $t(27) = 3.56, p = .001, d = 0.59$ ; Abb. 14).

**Hinweise auf kurzfristige Wirksamkeit.** An einer Teilstichprobe von  $N=19$  Kindern und Jugendlichen ( $MW=11.21, SD=1.03, Min=10, Max=13$  Jahre; weiblich:  $n=10, 52.6\%$ ; Grundschule:  $47.4\%$ ; BMI:  $MW=30.18, SD=4.34$ ) sowie deren Eltern wurden anhand einfaktorieller Varianzanalysen mit dem abhängigen Faktor „Zeit“ die Hinweise auf die kurzfristige Wirksamkeit gewonnen. Es wurden keine signifikanten Veränderungen für die selbst-berichtete soziale Kompetenz in den Varianzanalysen der selbst- und fremdeingeschätzten Kennwerte festgestellt. In den weiteren Messinstrumenten stellten sich jedoch mindestens tendenziell signifikante Veränderungen in den Varianzanalysen dar. Der Verlauf im BMI wurde nicht untersucht, da keine verlässlichen Größen- und Gewichtsangaben ermittelt werden konnten.

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität.** Für die 5 Subtests des KIDSCREEN ergab sich ein signifikanter Zeithaupteffekt mit einer großen Effektstärke im selbst-berichteten körperlichen Wohlbefinden ( $F(1.8,28.8) = 4.20, p = .029, \eta^2 = .208$ ; Abb. 18). Die Anschluss tests legen nahe, dass sich das körperliche Wohlbefinden signifikant mit moderaten Effektstärken sowohl unmittelbar ( $p = .015, d = -0.55$ ) als auch kurzfristig ( $p = .036, d = -0.56$ ) erhöhte.

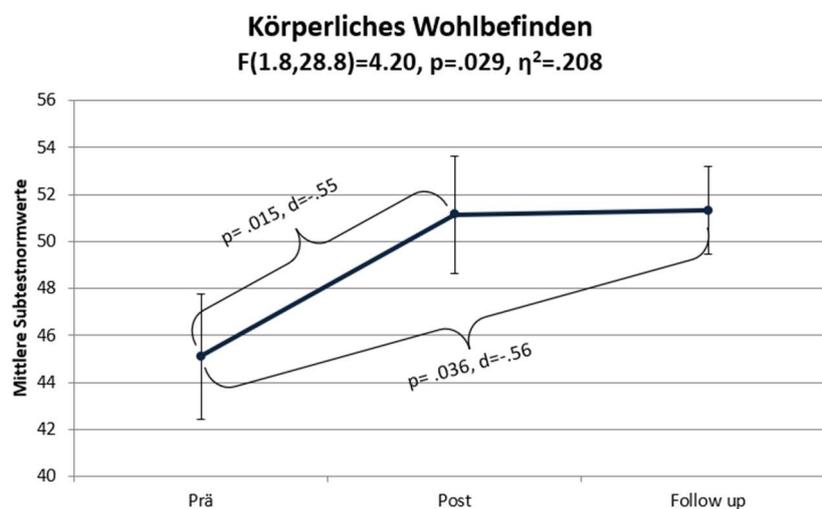


Abbildung 14: Kurzfristige Veränderung im körperlichen Wohlbefinden (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 43).

**Internalisierende Auffälligkeiten.** Für die 2 internalisierenden Subtests des SPSJ-II war ein signifikanter Zeiteffekt mit einer großen Effektstärke in der selbst-berichteten Ängstlichkeit/Depressivität feststellbar ( $F(1.6,22.4) = 6.12, p = .011, \eta^2 = .304$ ). Die Ängstlichkeit/Depressivität zeigte sich signifikant mit kleinen Effektstärken sowohl unmittelbar ( $p = .020, d = 0.40$ ) als auch kurzfristig verringert ( $p = .045, d = 0.36$ ; Abb. 15).

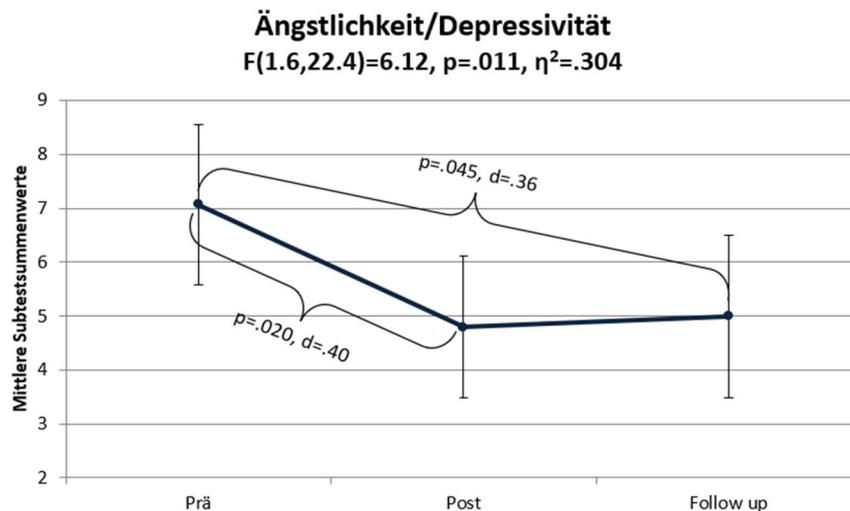


Abbildung 15: Kurzfristige Veränderung in der Ängstlichkeit/Depressivität (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 43).

**Psychische Auffälligkeiten.** Für die 5 Subtests und den Gesamtproblemwert des SDQ-Eltern war ein signifikanter Zeiteffekt für den Gesamtproblemwert ( $F(2.0,35.5) = 3.52, p = .041, \eta^2 = .163$ ) und eine Tendenz für die emotionalen Auffälligkeiten mit großen Effektstärken nachweisbar: Der Gesamtproblemwert verbesserte sich signifikant mit kleinen Effektstärken sowohl unmittelbar ( $p = .033, d = 0.41$ ) als auch kurzfristig ( $p = .039, d = 0.43$ ; Abb. 16).

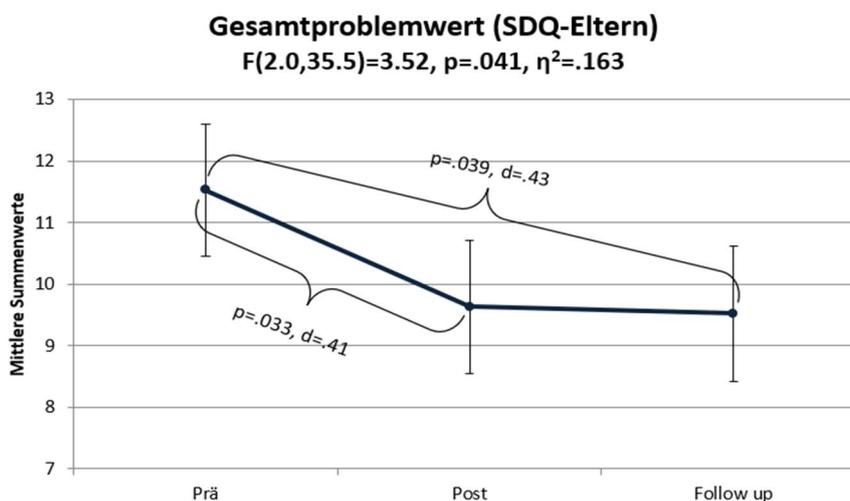


Abbildung 16: Kurzfristige Veränderung im Gesamtproblemwert (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 44).

Darüber hinaus wurden trotz der Tendenz in den emotionalen Auffälligkeiten ( $F(1.9,35.5) = 3.27, p = .051, \eta^2 = .154$ ) paarweise Vergleiche hypothesengenerierend berechnet, die nahe legen, dass sich die fremd-berichteten emotionalen Auffälligkeiten signifikant mit kleinen Effektstärken sowohl unmittelbar ( $p = .038, d = 0.43$ ) als auch kurzfristig reduzierten ( $p = .031, d = 0.41$ ).

## Theoretischer Hintergrund

Schließlich deuten weitere Befunde auf zeitlich verzögerte Effekte hin („*sleeper effects*“):

**Essverhalten.** Für die 3 Subtests des DEBQ zeigte sich im selbst-berichteten externalen Essverhalten ein signifikanter Zeiteffekt mit einer großen Effektstärke ( $F(1.7,23.3)= 3.67$ ,  $p = .047$ ,  $\eta^2 = .208$ ): Das externale Essverhalten verbesserte sich kurzfristig hoch signifikant mit einer großen Effektstärke ( $p < .001$ ,  $d = 0.74$ ).

**Motivationskennwerte.** Für die 13 Subtests des MoS wurde lediglich ein tendenziell signifikanter Zeiteffekt mit einer großen Effektstärke in den negativen bewegungsbezogenen Handlungsergebniserwartungen nachgewiesen ( $F(1.9,31.8)= 3.15$ ,  $p = .060$ ,  $\eta^2 = .156$ ): Die negativen bewegungsbezogenen Handlungsergebniserwartungen zeigten sich signifikant mit einer großen Effektstärke kurzfristig verbessert ( $p = .016$ ,  $d = 0.73$ ).

**Elterliches Erziehungsverhalten.** Für die 3 Subtests des EEI war gleichfalls ein tendenziell signifikanter Zeithaupteffekt mit einer großen Effektstärke in der Strenge festzustellen ( $F(1.6,23.5)= 2.96$ ,  $p = .082$ ,  $\eta^2 = .165$ ): Im Elternurteil reduzierte sich die Strenge kurzfristig signifikant mit einer moderaten Effektstärke ( $p = .024$ ,  $d = 0.57$ ).

Darüber hinaus ergab die Befragung zum Zeitpunkt t1 unter anderem in Bezug auf die Akzeptanz, dass die Begleitpersonen überwiegend sehr zufrieden mit der Rehabilitation gesamt und mit dem Familien-Coaching waren. Keine Begleitperson war nicht oder wenig zufrieden mit den Interventionen. Die erste Frage „Wie zufrieden waren Sie/ warst du mit der Reha?“ gab Auskunft über den gesamten Rehabilitationsprozess, die zweite Frage „Wie zufrieden waren sie/ warst du mit dem Coachingprogramm?“ spiegelte die Akzeptanz des Familien-Coachings wider. Die Patient\*innen gaben in Bezug auf die Rehabilitation insgesamt und das Familien-Coaching am häufigsten an, sehr zufrieden oder zufrieden gewesen zu sein.

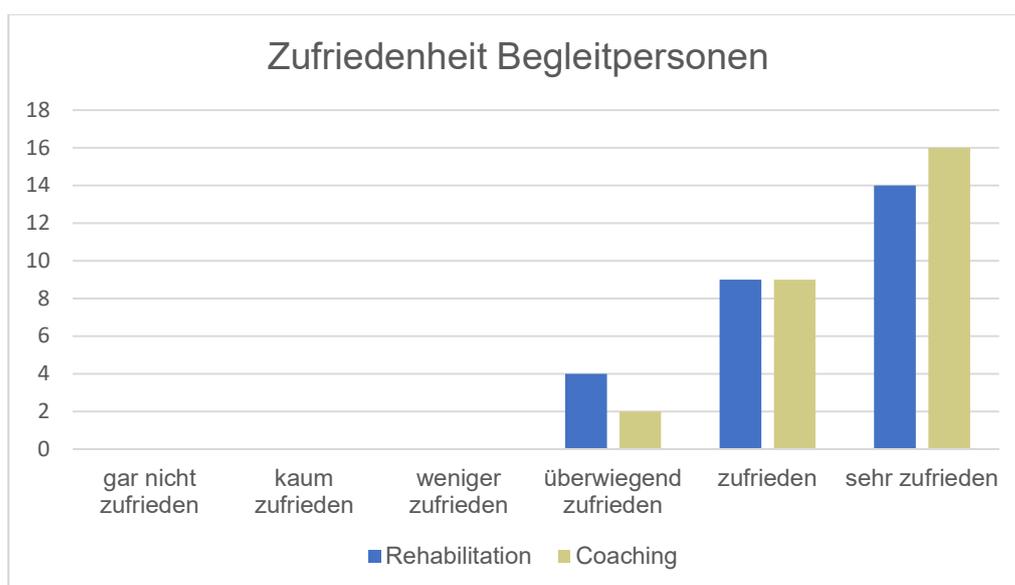


Abbildung 17 :Zufriedenheit der Begleitperson mit der Rehabilitation und dem Familien-Coaching (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 33).

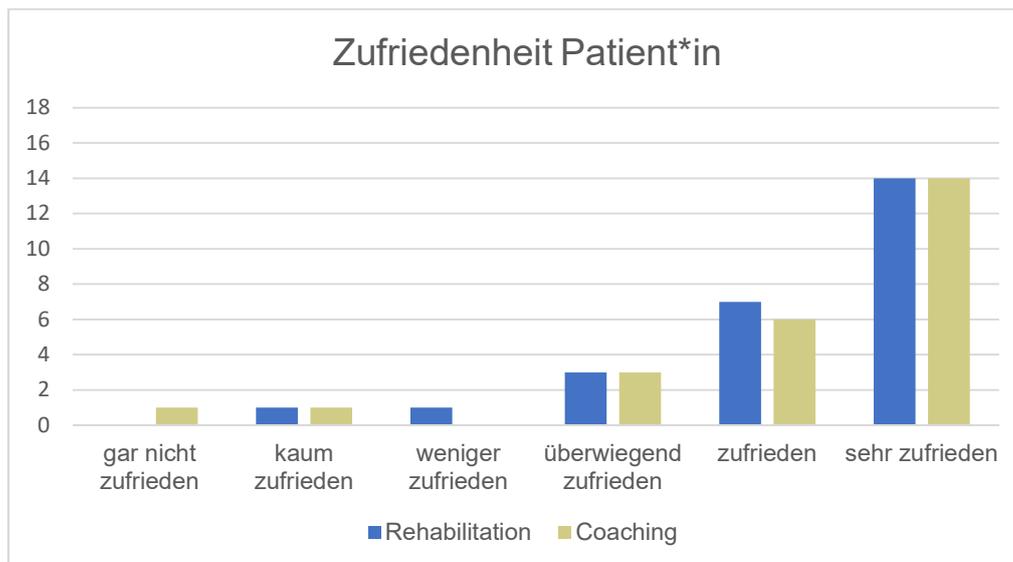


Abbildung 18: Zufriedenheit der Pat. mit der Rehabilitation und Familien-Coaching (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 34).

Mit der ersten und zweiten Frage bezüglich der familiären Kommunikation beurteilten die Begleitpersonen eine Verbesserung der Kommunikation mit dem Kind über dessen Erkrankung und inwieweit sie ihr Kind jetzt besser verstehen können. Es trifft überwiegend eher zu und genau zu, dass die Begleitpersonen durch das Familien-Coaching mit ihrem Kind besser über dessen Erkrankung sprechen konnten und es jetzt auch besser verstehen.

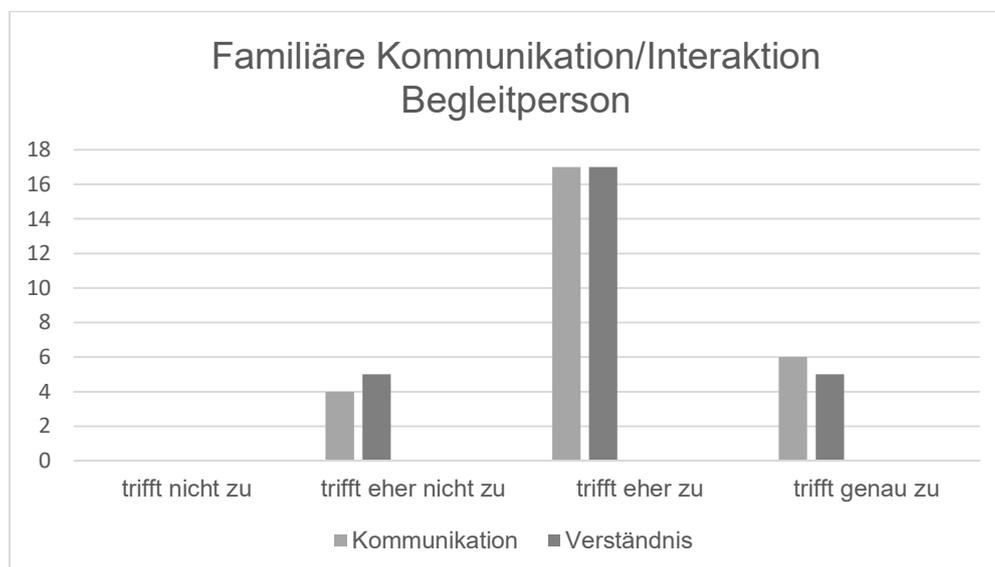


Abbildung 19: Familiäre Kommunikation und Interaktion aus Sicht der Begleitpersonen (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 35).

Mit der ersten Frage wurde von den Kindern und Jugendlichen bewertet, inwieweit sie nun von ihren Vätern und Müttern besser verstanden werden und mit der zweiten Frage, wie sehr es zutrifft, dass die Eltern durch das Familien-Coaching wissen, wie sie ihr Kind unterstützen können. Einige Patient\*innen fühlten sich nach dem Familien-Coaching nicht oder eher nicht besser von ihren Eltern verstanden. Die Mehrheit der Patient\*innen stimmte der Aussage eher

## Theoretischer Hintergrund

oder genau zu, dass sie von ihren Eltern nach dem Familien-Coaching besser verstanden werden und diese nun wissen, wie sie ihre Kinder unterstützen können.

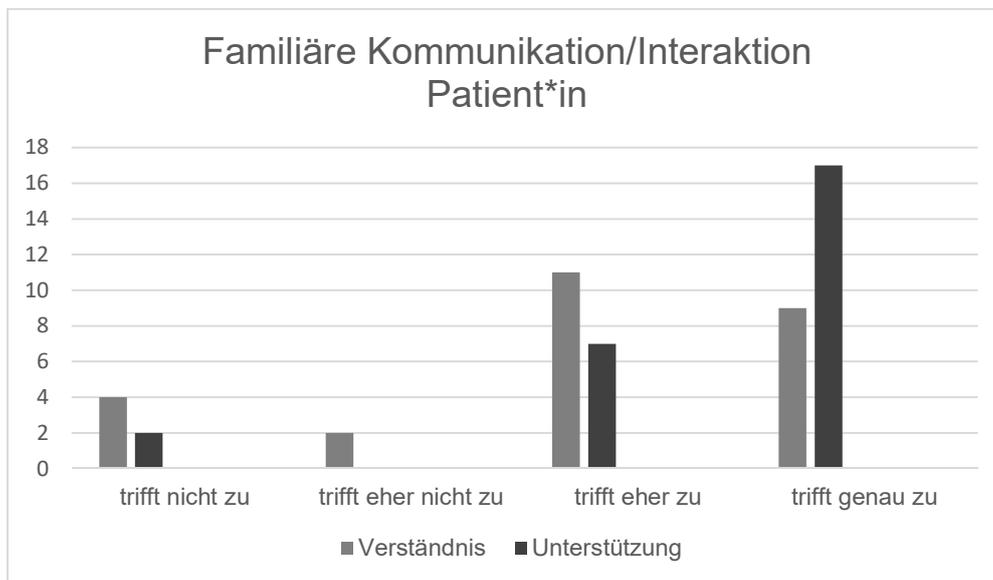


Abbildung 20: Familiäre Kommunikation und Interaktion aus Sicht der Kinder und Jugendlichen (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 35).

Die qualitative Inhaltsanalyse brachte folgende Ergebnisse bezüglich Akzeptanz, Übernahme, Machbarkeit und Nachhaltigkeit:

### Akzeptanz

Die Zufriedenheit mit dem derzeit bestehenden Adipositas-Programm für begleitete Kinder und Jugendliche bewerteten die Expert\*innen anhand einer Skalierungsfrage als niedrig; die Durchführung des Familien-Coachings im Rehabilitationskontext könnte ihre Zufriedenheit erhöhen, denn die dadurch gesteigerte Mitarbeit der Begleitpersonen, vor allem die inhaltliche Begleitung durch die verantwortlichen Erziehungsberechtigten, wurde als relevant betrachtet. Die Expert\*innen nahmen die Familien am Ende der Rehabilitation als motivierter wahr und machten es daran fest, dass die Auseinandersetzung mit der Verhaltensmodifikation nach der Rehabilitation und die Zuversicht für eine Veränderung größer war und eigenständig mehr Nachsorge eingefordert wurde.

Die Begleitpersonen bewerteten die Zufriedenheit differenziert, zum einen aus Sicht der Kinder und deren persönlichem Nutzen, zum anderen als Ergänzung der Adipositasschulung. Hervorgehoben wurde die Zufriedenheit über die intensiven Gespräche mit ihren Kindern während des Coachings sowie die klare Formulierung und Visualisierung von Zielen und Vereinbarungen. Besonders positiv erwähnt wurde die Möglichkeit, sich in einem geschützten Raum auszutauschen und sowohl mit den Kindern heikle Themen besprechen, als auch ihren Erziehungsstil reflektieren zu können.

## Theoretischer Hintergrund

Unabhängig von den Begleitpersonen äußerten auch die Patient\*innen ihre Zufriedenheit aufgrund der Möglichkeit zu intensiven Gesprächen, der Formulierung von Zielen und dass die Zielerreichung in der Verantwortung der gesamten Familie lag. Besonders häufig wurde als hilfreich die Zielformulierung nach der Methode SMART (Drucker, 1977) genannt. Im Vergleich zur Adipositaschulung befürworteten die Patient\*innen das individuelle Eingehen des Coachings auf ihre Bedürfnisse. Als positiv wurde die Reflexion des Handelns in Eltern-Kind-Beziehungen (Verantwortungsskala) bewertet.

### Übernahme

Obwohl die Expert\*innen die positiven Effekte nur indirekt wahrnahmen, wünschten sie sich eine Integration des Familien-Coachings in den Rehabilitationsprozess. Nachteile, die gegen eine Implementation sprechen würden, konnten sie nicht benennen.

### Machbarkeit

Die Unterbringung aller Termine im Terminplan war aus Sicht der Begleitpersonen nicht nur möglich, sie begrüßten die zusätzlichen Termine und wünschten sich teilweise noch eine Steigerung, während sie die Therapiepläne der Kinder als sehr voll einschätzten und zu wenig Pausen sahen.

Die Patient\*innen bewerteten die Therapiedichte insgesamt als zu hoch, den Umfang des Coachings nahmen sie als vorgegeben nicht wertend hin.

### Nachhaltigkeit

Die intensiven Gespräche, in denen auf empathische Art bisherige Verhaltensmuster reflektiert werden konnten, führen aus Sicht der Expert\*innen zu mehr Einsicht bei den Eltern, weniger Widerstand und mehr Annahme von Verantwortung.

Die Begleitpersonen fühlten sich nach dem Familien-Coaching in ihrer Eigenverantwortung bestärkt und hatten eine differenziertere Sicht auf die zukünftigen Aufgaben aller Familienmitglieder, um die Ziele für das adipöse Kind zuhause zu erreichen. Den Erfolg ihrer Kinder sahen sie in einem engen Zusammenhang mit der Qualität ihres Erziehungsstils. Hinweise in geschütztem Rahmen zu ihrem Erziehungsstil zu erhalten, empfanden sie als hilfreich. Die Zuversicht, die Ziele weiterverfolgen zu können, begründete sich in der hohen Motivation der Kinder, der während der Rehabilitation wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und der klaren Zielformulierung an sich.

Das erhöhte Erleben von Selbstwirksamkeit in Verbindung mit gemeinsamen Zielformulierungen für die ganze Familie führte bei den Patient\*innen zu hoher Motivation und Äußerungen, die Zuversicht widerspiegeln. Sie begrüßten die Entscheidungen zu gemeinsamen sportlichen Aktivitäten, konsequenter Einhaltung von Vereinbarungen und der Unterstützung der Familie bei der Gestaltung und Bereitstellung des Angebotes.

#### 1.7.3.4 Fazit und Ausblick

Zu den Hinweisen auf die unmittelbare Wirksamkeit lässt sich festhalten, dass die Kinder und Jugendlichen mit kleinen Effektstärken in dem Gesamtproblemwert sowie den emotionalen und Verhaltensproblemen im SDQ-Eltern profitierten. Außerdem profitierten sie im Selbsturteil mit mittleren Effektstärken in dem externalen Essverhalten, den negativen bewegungsbezogenen Handlungsergebniserwartungen, dem körperlichen Wohlbefinden und der Ängstlichkeit/Depressivität im unmittelbaren Verlauf der Rehabilitation. Zusammenfassend lässt sich zu den quantitativen Hinweisen auf die kurzfristige Wirksamkeit der Interventionen festhalten, dass sich Zeitverläufe mit großen Effektstärken ergaben: Die paarweisen Vergleiche sprechen dafür, dass die Kinder und Jugendlichen mit moderater Effektstärke im körperlichen Wohlbefinden unmittelbar und kurzfristig profitierten. Unmittelbare und kurzfristige Verbesserungen mit kleinen Effektstärken zeigten sich in der selbst-berichteten Ängstlichkeit/Depressivität und dem Gesamtproblemwert im Elternurteil. Allerdings deuteten sich rückläufige Effekte an. Zudem deuteten sich verzögerte Verbesserungen mit einer großen Effektstärke in dem externalen Essverhalten im kurzfristigen Verlauf der Rehabilitation an.

Die qualitativen Befunde sprechen für einen nachhaltigeren Rehabilitationserfolg: Das Familien-Coaching konnte sowohl die Begleitpersonen zielgerichtet in ihrer Verantwortung und ihrem Erziehungsstil unterstützen, als auch die Patient\*innen stärker zu Verhaltensänderungen motivieren. Es ist daher zu empfehlen, das Familien-Coaching als Teil des Adipositas-Programms in den Therapieplan zu integrieren, wenn die Überarbeitung des Schulungsmanuals der Kliniken gemäß aktuellem Manual der KgAS (BLE, 2019b, 2021, 2022) zu freien Zeitfenstern bei den 10-12-jährigen Patient\*innen führt und die Schulungsfrequenz der Begleitpersonen erhöht wird. Die Gesprächsbegleitung von Patient\*in und Begleitperson in einem geschützten Rahmen bedarf der Schulung in MI bei betreffenden Therapeut\*innen. Die telefonische Kontaktaufnahme zur Nachbetreuung wurde von den Begleitpersonen begrüßt und auch eingefordert, sodass ein solches Angebot oder sogar ein Nachsorgeangebot durch die Klinik zu empfehlen wäre.

### 1.8 Zusammenfassung und Relevanz der Forschungsarbeit

Die Relevanz dieser Dissertationsschrift zeigt sich in den bislang gering erfolgreichen Behandlungsmethoden bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Mühlig et al., 2014). Die Motivation zur Verhaltensänderung wird als die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie identifiziert (Dieris & Reinehr, 2016; Pankatz, 2016; Reinehr, 2011, 2013). Kameron, Kavookjian und Wadsworth (2020) schlussfolgern aus ihrem Review zu sieben Studien bei Kindern mit Übergewicht und Adipositas, dass MI als zusätzliche Maßnahme zur Regelversorgung die Eltern darin unterstützen kann, wirksam in der Gewichtsreduktion ihrer Kinder zu sein, auch wenn sich der BMI nicht signifikant oder langfristig senken ließ (Broccoli

## Theoretischer Hintergrund

et al., 2016). Die Erziehungsberechtigten spielen demnach eine zentrale Rolle bei dem langfristigen Behandlungserfolg ihrer Kinder (Oude Luttikhuis et al., 2009; Reinehr, 2013) und stehen deshalb auch in diesem Promotionsvorhaben im Mittelpunkt der Datenauswertung.

Die praktische Relevanz ergibt sich daraus, dass in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen die Zahl der Jugendlichen mit Adipositas kontinuierlich zugunsten begleiteter Kinder rückläufig ist. Mit der Anpassung des SGB IX, dem sogenannten Flexi-Rentengesetz, ist die Begleitung eines chronisch kranken Kindes über acht Jahren durch Erziehungsberechtigte vereinfacht worden. MoReMo bietet eine motivationsstadienbasierte Betreuung unbegleiteter Jugendlicher an, zu dem benötigten, motivationsabhängigen Umfang einer Betreuung von Familien wurden bisher keine Studien erhoben. Es wird empfohlen, die Motivationsstadien der Jugendlichen bereits bei Rehabilitationsbeginn zu erfassen, um den Erfolg in der stationären Behandlung von Jugendlichen mit Adipositas nachhaltig zu verbessern (Hagedorn, 2016; Pankatz, 2016). Der identifizierte Wunsch von Jugendlichen, Rückfallprophylaxe und Barrierenmanagement in der stationären Adipositastherapie stärker zu berücksichtigen (Hagedorn, 2019; Wilkens, 2017) führte bei der Umsetzung in ReCoVer zu einer hohen Akzeptanz seitens der Begleitpersonen. Die Motivationsstadien begleiteter Kinder und ihrer Begleitpersonen auch bereits zu Rehabilitationsbeginn zu erfassen, liegt nahe.

In Phase 1 wurde ein Coachingleitfaden entwickelt, der für Familien in einer stationären Rehabilitation Coachinginterventionen ermöglicht. Dabei steht vor allem der verstärkte Einbezug der Erziehungsberechtigten in den Therapieplan im Vordergrund, die langfristig die Rehabilitationsziele weiterverfolgen müssen. Das zweite entwickelte Instrument ist der Beurteilungsbogen des Coach zur Einschätzung des Motivationsstadiums. Dieser ergänzt die Auswertungsmatrix des Kurzfragebogens MoReMo, indem subjektive Beobachtungen der Therapeut\*innen definiert wurden. Die Umsetzbarkeit der Intervention in Bezug auf die Entwicklung der motivationalen Lage von Patient\*innen und Begleitpersonen ist Bestandteil dieses Promotionsvorhabens.

Vor allem für die praktische Anwendung der Instrumente als Intervention ist die Studie von Bedeutung, da sie den Therapeut\*innen hilft, den kurzen Zeitraum einer stationären Rehabilitation zu optimieren und motivationsstadienbezogen auf die Familien reagieren zu können. Der Bedarf ist laut der Expert\*innen (Fokusgruppeninterviews Phase 2) gegeben (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 52).

## 2. Aufbau des Promotionsvorhabens

In dem Forschungsprojekt ReCoVer wurde die Akzeptanz und Machbarkeit des Familien-Coachingkonzeptes untersucht. Dieses Kapitel umschreibt den Aufbau des Promotionsvorhabens, welches sich mit der motivationalen Entwicklung der Patient\*innen und Begleitpersonen während des Familien-Coachings auseinandersetzt. Für die Bearbeitung der Forschungsfragen wurde die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022) gewählt, welche unter Kapitel 2.7.2 ausführlich erläutert wird. Die qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden, mit denen in Phase 2 die Datenerhebung stattfand, werden im Folgenden beschrieben.

### 2.1 Untersuchungsdesign

Aus dem in Phase 2 erhobenen Datenmaterial werden die Haupt- und erste Nebenfragestellung anhand einer Typisierung und induktiver Fallverallgemeinerung auf Personenebene erarbeitet (Mayring, 2001). Untersucht werden soll der Verlauf der motivationalen Lage innerhalb des Rehabilitations- bzw. Coaching-Prozesses. Das Familien-Coaching wurde in die komplexe Intervention der Adipositas-Rehabilitation eingebettet und wird als eine Interaktion dessen untersucht.

Qualitativ erfolgte eine Datenerhebung in Form von leitfadengestützten Gruppeninterviews zum Zeitpunkt t0 und t1, die Aufschluss über den Rehabilitationsverlauf und die Erfahrungen mit dem Familien-Coaching geben. Des Weiteren wurden nach jedem Coaching Beobachtungsprotokolle erstellt. Sechs Wochen nach der Rehabilitation (t2) erfolgten Telefonate, deren Verlauf ebenfalls protokolliert wurde. Die quantitative Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Rehabilitation, dem Zeitpunkt t0 sowie zum Ende der Rehabilitation t1 und t2, mittels Fragebogen für Patient\*innen und Begleitpersonen. Außerdem wurde parallel zu leitfadengestützten Einzelinterviews zum Zeitpunkt t0 die Selbsteinschätzung der Patient\*innen zu ihrer Motivationslage schriftlich erhoben. Die Bewertung der Coachings erfolgte jeweils am Ende einer Einheit durch die Patient\*innen und Begleitpersonen mittels Stundenevaluation, die Beurteilung nach festgelegten Kriterien und die Einteilung in Motivationsstadien durch die Coach erfolgte über einen Beurteilungsbogen.

Im Mittelpunkt der Einschätzung der Motivationslage steht die Bewertungsskala der **Motivationsstadien I-VI**, anhand derer die Patient\*innen und Begleitpersonen unmittelbar vor dem Beginn (t0) und nach Beendigung des Coachings (t1) sowie nach jeder einzelnen Coachingeinheit eingruppiert wurden. Das Forschungsprojekt wurde datenschutzkonform von einer Projektleitung und Coach durchgeführt, die alle teilnehmenden Familien begleitet und währenddessen alle Daten erhoben hat.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Anhand der Zuordnung in Motivationsstadien erfolgte mit dem Merkmal Motivation ein typenbildende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022), deren Ergebnisse durch die Auswertung quantitativer Daten ergänzt und vertieft wurden, auf Grundlage einer Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse (Mayring, 2001). Die Analyse erfolgte computergestützt mit dem Programm MAXQDA 2020.

Die projektübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen jene zur Sicherung der Daten, wie es im Datenschutzkonzept formuliert wurde. Das Projekt wurde hinsichtlich der Standards für Evaluation der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2016) konzipiert. Inhaltlich wurde der Coaching-Leitfaden, als zentrales Instrument von ReCoVer, nach den Dimensionen Struktur-, Prozess-, Konzept- und Ergebnisqualität erarbeitet. Bei den Methoden wurden die individuellen Gütekriterien berücksichtigt.

## 2.2 Allgemeiner Ablauf des Forschungsprojektes ReCoVer

Die Projektidee wurde im Jahr 2021, in Kooperation mit der Europa-Universität Flensburg und der DRV Nord, entwickelt und vom 01.01.2022 bis 30.09.2023 umgesetzt. Ziel war die stärkere Integration der Begleitpersonen in den Rehabilitationsprozess und die intensivere Betreuung der begleiteten Patient\*innen, um eine nachhaltigere Verhaltensmodifikation durch eine individuellere Zielsetzung zu erreichen. Dies wurde durch ein Familien-Coachingkonzept realisiert, mit dem Fokus auf der Begleitung der Familie als Einheit, dem Erziehungsstil und der Motivationslage der am Rehabilitationsprozess beteiligten Familienmitglieder. Die teilnehmenden Familien erhielten parallel zu ihrem Adipositas-Therapieprogramm ein ergänzendes Familien-Coaching.

### 2.2.1 Feldzugang

In dem Datenerhebungszeitraum der Phase 2 (03.01.-23.05.2023) wurden alle Kinder und Jugendlichen mit Adipositas eingeschlossen, die mit einer Begleitperson eine stationäre Rehabilitation in der Fachklinik Satteldüne auf Amrum antraten. In den genannten Zeiträumen wurden fünf Rehabilitationsmaßnahmen bei 38 Patient\*innen durchgeführt, die die Einschlusskriterien erfüllten. Die Fachklinik Satteldüne bot stationäre Rehabilitationsmaßnahmen über einen Zeitraum von vier Wochen an. Patient\*innen mit Adipositas wurden in altershomogenen Gruppen von 3-12 Personen zusammengefasst und durchliefen das Therapieprogramm sowie Sportunterricht und Schule in dieser festgelegten Gruppenkonstellation. Die dazugehörigen Begleitpersonen wurden ebenfalls als Gruppe beschult. Teilnehmende einer Schulungsgruppe reisten am gleichen Tag an und ab, sodass es innerhalb der Gruppe keine vorgesehenen Wechsel gab.

Die Möglichkeit zur Studienteilnahme wurde mittels Informationsschreiben mitgeteilt, welches bei Anreise auf dem Zimmer auslag. Mit Unterschrift und Rückgabe an den behandelnden Arzt

## Aufbau des Promotionsvorhabens

in der Aufnahmevisite wurde das Einverständnis zur persönlichen Kontaktaufnahme erteilt. Mit einer freiwilligen Informationsveranstaltung wurden die Familien über den Ablauf und die Teilnahmebedingungen mündlich in Kenntnis gesetzt und die Informationen schriftlich ausgehändigt. Die Familien hatten mindestens 24 Stunden Zeit, sich für oder gegen die Teilnahme zu entscheiden. Insgesamt entschieden sich sieben Familien gegen und 31 für eine Teilnahme.

*Tabelle 7: Teilnahme von Familien je Rehabilitationsmaßnahme.*

Rehabilitations-Maßnahme	Einschlusskriterien erfüllt bei (Familien)	Teilnahme Familien
1	12	9
2	4	3
3	7	6
4	10	8
5	5	5
Summe	= 38	= 31

### 2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden alle Patient\*innen mit ihren Begleitpersonen bei Hauptdiagnose Adipositas im Alter zwischen 10 und 17 Jahren und einer BMI Perzentile > 97. Sie mussten über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und ein freiwilliges schriftliches Einverständnis zur Teilnahme abgeben. Lese- und Schreibfähigkeit wurde vorausgesetzt, aber nicht als Ausschlusskriterium gewertet. Ausschlusskriterien waren die fehlende Einwilligung von Patient\*in oder Begleitperson und psychiatrische Begleiterkrankungen sowie vorzeitige Abreise oder Wechsel der Begleitperson.

### 2.2.3 Untersuchungsstichprobe

Die Untersuchungsstichprobe der Patient\*innen für die typenbildende qualitative Analyse (Datenerhebung in Phase 2) umfasste  $N=31$  Kinder (61.3 % weiblich). Das mittlere Alter der Patient\*innen lag bei  $MW=11.03$  ( $SD=1.05$ ) bei einem Minimum von 10 ( $n=10$ ) und einem Maximum von 13 Jahren ( $n=3$ ). Es befanden sich keine Jugendlichen in der Untersuchungsstichprobe. Der BMI lag bei der Anreise bei einem Mittelwert von  $MW=29.87$  ( $SD=3.99$ ). Bei Rehabilitationsende reduzierte sich der durchschnittliche BMI auf  $MW=28.31$  ( $SD=3.79$ ). Die Kinder besuchten hauptsächlich die 4. Schulklasse, 51.6 % gingen zur Grundschule. Insgesamt 35.5% besuchten eine Gesamt- bzw. Haupt-/Realschule sowie jeweils 6.5% eine Förderschule und ein Gymnasium.

Die Eltern der Patient\*innen waren mehrheitlich verheiratet (67.7%) und hatten mehrheitlich 2 Kinder (45.2%). Alle Eltern gaben eine deutsche Nationalität ihrer Kinder an.

Für die Telefonate nach sechs Wochen wurden  $N=29$  Familien erreicht, die Fragebogen t2 wurden von  $N=19$  ausgefüllt zurückgesendet.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

### 2.2.4 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

Der Ablauf der Datenerhebung wurde an den strukturierten und zentral gesteuerten Therapieplan angepasst und in diesen eingebettet. Die Begleitung der Familien erfolgte nach einem Wochenplan, wie in Tabelle 8 dargestellt. Die Termine wurden von der Abteilung Terminkoordination verplant, aber aus Datenschutzgründen im Wochenplan als „Adipositaschulung“ oder „Ernährungsberatung“ bezeichnet. Mit dieser Vorgehensweise konnten alle Termine sichergestellt und jeder eingeladenen Familie einer Schulungsgruppe eine Teilnahme grundsätzlich angeboten werden.

Tabelle 8: Zeitplan für die Datenerhebung während einer vierwöchigen stationären Rehabilitation.

Tag	Datenerhebung	Material für Datenanalyse
<b>Woche 1 (Anreise)</b>		
Dienstag	Schriftliche Information zu ReCoVer bei Anreise	
Mittwoch	Rückmeldung zur Kontaktaufnahme	Anthropometrische und Soziodemografische Daten Patient*in
Donnerstag	Aufnahmevisite (Arzt/Ärztin) Allgemeine Info-Veranstaltung für Interessierte Familien	
<b>Woche 2</b>		
Montag	Kurzgespräch und schriftliches Einverständnis, Fragebogen	Fragebogen t0 (inkl. Soziodemografische Daten BP)
Dienstag	Einzelgespräche mit Patient*innen, Fokusgruppeninterview t0 BP	Kurzfragebogen und Auswertungsmatrix GLF MoS, Transkripte
Mittwoch-Donnerstag	1. Coaching	<b>Coachingprotokoll</b> (tabellarisch), Moderationskarten (Ziele), Stunden-Evaluationen
<b>Woche 3</b>		
Dienstag-Donnerstag	2. Coaching	<b>Coachingprotokoll</b> (tabellarisch), Moderationskarten (Ziele), Stunden-Evaluationen
<b>Woche 4</b>		
Dienstag-Donnerstag	3. Coaching	<b>Coachingprotokoll</b> (tabellarisch), Moderationskarten (Ziele), Stunden-Evaluationen
<b>Woche 1 (Abreise)</b>		
Montag	Fokusgruppeninterviews t1 BP und Pat., Fragebogen t1	Transkripte, Fragebogen
<b>6 Wochen nach Abreise</b>		
	Telefonat, Fragebogen t2	Mitschrift Aussagen BP, Fragebogen

Die soziodemografischen Daten der Patient\*innen wurden mit Einverständnis der Teilnehmenden aus der elektronischen Patient\*innen-Akte übermittelt. Dafür wurde der

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Arzt/die Ärztin von der Schweigepflicht entbunden. Die soziodemografischen Daten der Begleitpersonen wurden mittels Fragebogen zum Zeitpunkt t0 erfasst. Das Telefonat zum Zeitpunkt t2 erfolgte nach individueller Absprache mit den Begleitpersonen.

### 2.2.5 Qualitätsmanagement

Die Einbettung des Vorhabens in Methoden des Qualitätsmanagements erleichterte die übergeordnete Planung, Steuerung und Optimierung der Prozesse und gibt strukturierte Auskunft über die Erreichung einer Qualitätssicherung innerhalb des Vorgehens. Dies wird durch Gütekriterien zu den einzelnen Methoden ergänzt. Das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung beruht auf den von Donabedian (1966) geprägten Begriffen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität, die im Laufe der Zeit durch die Konzeptqualität erweitert wurde. Hensen (2016, S. 32f.) umschreibt die Kategorien folgendermaßen:

Unter **Strukturqualität** werden nach Hensen (2016, S. 32) nicht nur sämtliche materiellen Elemente, wie räumliche oder apparative Ausstattung und organisatorische Elemente wie z. B. Umfang und Zweckmäßigkeit der jeweils zu betrachtenden Leistungseinheit verstanden; dazu zählen auch personenbezogene Voraussetzungen, Qualifikationen und Fähigkeiten. Die **Prozessqualität** betrachtet alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsrelevanten Leistung, also auch die dazugehörigen Teilprozesse und Unterstützungsprozesse. Prozessqualität bezieht sich laut Hensen (2016, S. 32) also auf die Art und Weise der Leistungserbringung, die Ablauforganisation sowie die Einhaltung von Vorgaben und Standards. Unter **Ergebnisqualität** wird die mit den Leistungen erzielte Wirkung verstanden, hinsichtlich ihrer medizinischen Zielerreichung (Veränderung des Gesundheitszustands) und bezieht sich auf Versorgungsendpunkte (Erhalt von Lebensqualität, Ermöglichung von Teilhabe) und subjektive Bewertungen (Zufriedenheit, Schmerzfreiheit) umfassen (Hensen, 2016, S. 33).

Unter **Konzeptqualität** wird die Problembeschreibung und Analyse der Ursachen, bis hin zu der Entwicklung der jeweiligen Gesundheitsziele und dem Handlungskonzept für ein geplantes Projekt zusammengefasst (Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner & Nagel, 2007).

*Tabelle 9: Qualitätsdimension für gesundheitsförderliche und präventive Projekte (modifiziert nach Loss et al., 2007, S. 200).*

Konzeptqualität	Prozessqualität	Strukturqualität	Ergebnisqualität
- Ziele/ Zielgruppe - Gesundheitsförderliche und präventive Ansätze - Strategie - Evidenzbasierung	- Umsetzung des Projektes - Erreichung der Zielgruppe - Reichweite d. Projektes - Akzeptanz	- Infrastrukturen - Kompetenzen, Ressourcen, Kapazitäten - Partnerschaften, Netzwerke	Änderung: - in Wissen, Verhalten, Einstellung der Zielgr. - von biomedizinischen Parametern - von Verhältnissen und Lebensumfeld

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Des Weiteren sollten sich Beteiligte an und Durchführende von Evaluationen sich den in den Standards formulierten Qualitätsansprüchen der (DeGEval, 2016) verpflichtet fühlen. Diese sind äquivalent mit den vier Standards der Wissenschaftlichkeit: inhaltliche Relevanz, methodische Strenge, ethische Strenge und Präsentationsqualität (Döring & Bortz, 2016c, S. 90).

Das bedeutet nicht, dass nur Evaluationen, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, als gut bezeichnet werden könnten. Vielmehr bieten die Standards für Evaluationen der DeGEval eine Orientierung im Sinne einer Qualitätsverbesserung. Demnach sollen Evaluationen auf die vier grundlegenden Eigenschaften Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit überprüft werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird auch dieser Standard in tabellarischer Form dargestellt. Die **DeGEval** stellt hierzu auch eine Checkliste zur Verfügung, mit der die Evaluation auf Qualitätsverbesserung hin geprüft werden kann.

*Tabelle 10: Die Standards für Evaluation der (DeGEval, 2016).*

Nützlichkeit	Durchführbarkeit	Fairness	Genauigkeit
Identifizierung der Beteiligten/ Betroffenen	Angemessene Verfahren	Formale Vereinbarungen	Beschreibung des Evaluationsgegenstandes
Klärung der Evaluationszwecke	Diplomatisches Vorgehen	Schutz individueller Rechte	Kontextanalyse
Kompetenz und Glaubwürdigkeit der Evaluator*innen	Effizienz von Evaluation	Umfassende und faire Prüfung	Beschreibung von Zwecken und Vorgehen
Auswahl und Umfang der Informationen	x	Unparteiische Durchführung und Berichterstattung	Angabe von Informationsquellen
Transparenz von Werthaltungen	x	Offenlegung von Ergebnissen und Berichten	Valide und reliable Informationen
Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung	x	x	Systematische Fehlerprüfung
Rechtzeitigkeit der Evaluation	x	x	Angemessene Analyse qualitativer/quantitativer Informationen
Nutzung und Nutzen der Evaluation	x	x	Begründete Bewertungen und Schlussfolgerungen
x	x	x	Meta-Evaluation

Für ReCoVer ist die Nützlichkeit eindeutig in der individuelleren Unterstützung der Familien bei der langfristigen Veränderung adipogenen Verhaltens zu sehen. Auf die Bedürfnisse einer Familie kann so besser und effizienter eingegangen werden. Die Evaluation zielt darauf ab, in

## Aufbau des Promotionsvorhabens

den Prozess der Rehabilitation implementiert zu werden. Durchführbarkeit und Angemessenheit wurden untersucht und von den Beteiligten reflektiert. Das Familien-Coaching ist in der Adipositas therapie praktisch umsetzbar (Ausner, Gellhaus et al., 2023). Die Fairness ist durch die Einhaltung eines Datenschutzkonzeptes gewährleistet und die Genauigkeit findet, durch die Beschreibung des Promotionsvorhabens an sich und die Beachtung der Gütekriterien der Methoden im Besonderen, Berücksichtigung.

### 2.2.6 Datenschutz

Der Datenschutz setzt die in den Standards für Evaluation beschriebenen Themen 1-3 zur Fairness um. Die Teilnahme am Forschungsprojekt basierte auf der freiwilligen, informierten Einwilligung entsprechend der Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO, 2018), des Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO. Jedes teilnehmende Familienmitglied hatte jederzeit gegenüber der Projektleitung und ohne Angabe von Gründen die Möglichkeit, die Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie zu widerrufen. Nach § 75 SGB X wurde außerdem eine Genehmigung der Übermittlung von personenbezogenen Sozialdaten von der Aufsicht eingeholt, deren Verarbeitung nur mit der erteilten Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO) ist. Bei der Überführung der Audiomitschnitte in die Transkripte wurden alle Daten vollständig anonymisiert. Die zu verarbeitenden passwortgeschützten Daten wurden datenschutzkonform auf dem Server der Europa-Universität Flensburg gespeichert, in einem Laufwerk, auf das nur die Studienleitung Zugang erhält.

Die Teilnehmenden hatten das Recht, ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit zu widerrufen. Personenbezogene Daten sind mit Löschung der Kodierliste nicht mehr zuzuordnen. Die Löschung erfolgte mit dem Ende der Datenerhebung. Die Anfertigung des Datenschutz-Steckbriefes (Ergänzende Information und Einwilligung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung für Teilnehmende) setzte die Hinweise zur Dokumentation einer ordnungsgemäßen Verarbeitung personenbezogener Daten des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) um. Über das Recht auf Auskunft, das Recht auf Berichtigung, das Recht auf Löschung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit und das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 15-18, 20 und 77 DSGVO) wurde darin aufgeklärt.

Aufgrund der vorgenommenen Anonymisierung der Daten wurde das Risiko für die Einschränkung der Rechte und Freiheiten der Studienteilnehmenden als niedrig eingeschätzt. Für die verlässliche Anonymisierung der Daten und gleichzeitige Nachvollziehbarkeit, erhielten die Teilnehmenden eine vierstellige Codierung:

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 11: Bedeutung der vierstelligen Codierung der erfassten Personendaten

Ziffern in vierstelligem Code	Bedeutung der Ziffern		
1. Ziffer	2 = Teilnehmende der Phase 2		
2. Ziffer	0 = Familie	1 = Patient*in	2 = Begleitperson
3. und 4. Ziffer	Fortlaufende Nummerierung der Teilnehmenden (01-31)		

### 2.3 Forschungsfrage

Die bisherigen Ergebnisse des Projektes ReCoVer (Phase 1 und 2) legen nahe, dass eine Implementation des Familien-Coachings als Intervention für begleitete Patient\*innen mit Adipositas in den Rehabilitationsprozess umsetzbar und von den Patient\*innen und ihren Begleitpersonen akzeptiert ist. Dieses Promotionsvorhaben beschäftigt sich mit den Fragen, wie das Familien-Coaching angewendet wurde und welchen Einfluss das auf die motivationale Entwicklung der Teilnehmenden hatte. Dabei ist nicht nur der Ausgangspunkt und die Entwicklung der Motivation der Patient\*innen und Begleitpersonen getrennt zu betrachten, sondern auch die Entwicklung in Abhängigkeit voneinander. Dafür werden die Patient\*innen jeweils mit ihrer Begleitperson als **Familie** in einem zweidimensionalen Koordinatensystem dargestellt. Daraus ergeben sich eine Haupt- sowie zwei Nebenfragestellungen für die qualitative Inhaltsanalyse bzw. die quantitative Auswertung:

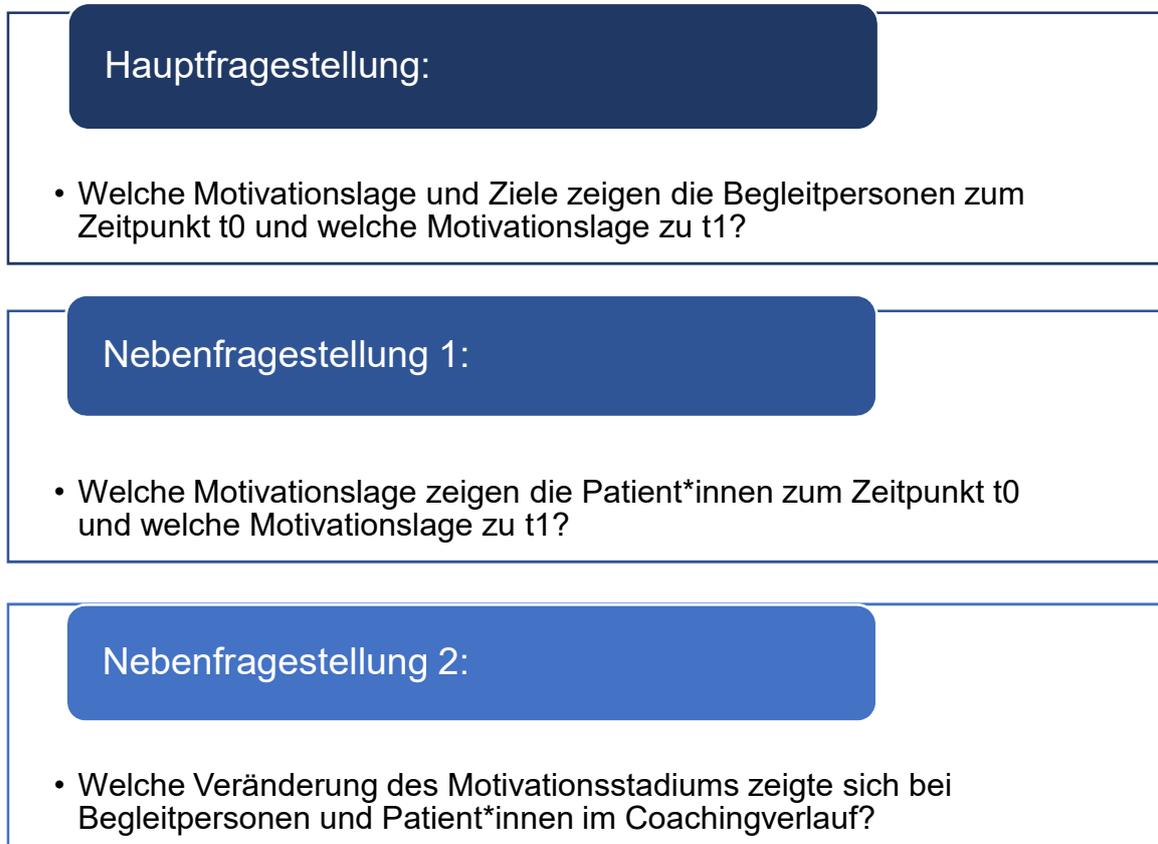


Abbildung 21: Haupt- und Nebenfragestellungen des Promotionsvorhabens.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Die Haupt- und Nebenfragestellungen untergliedern sich wiederum in jeweils drei Auswertungsfragen:

Tabelle 12: Haupt-, Nebenfragestellungen und Auswertungsfragen des Promotionsvorhabens.

Hauptfragestellung:	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
Auswertungsfrage 1	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0?
Auswertungsfrage 2	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich ihrer Ziele zum Zeitpunkt t0?
Auswertungsfrage 3	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t1?
Nebenfragestellung 1:	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Patient*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
Auswertungsfrage 1.1	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0?
Auswertungsfrage 1.2	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich ihrer Ziele zum Zeitpunkt t0?
Auswertungsfrage 1.3	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t1?
Nebenfragestellung 2:	Welche Veränderung des Motivationsstadiums zeigte sich bei Begleitpersonen und Patient*innen im Coachingverlauf?
Auswertungsfrage 2.1	Welche Ambivalenz-Faktoren waren in den Familien-Coachings, bei Begleitpersonen und Patient*innen, jeweils vorherrschend?
Auswertungsfrage 2.2	Wie verhielten sich die Begleitpersonen und Patient*innen im Coachingverlauf aus Sicht des Coach?
Auswertungsfrage 2.3	Welche individuellen Faktoren in der Familien-Interaktion führten zu einer Förderung oder Hemmung der Entwicklung der Motivationslage von t0 zu t1?

## 2.4 Forschungsansatz

Nach Creswell und Creswell (2018, S. 180) verfolgt die qualitative Sozialforschung das Ziel, den Sinn von Handlungen in bestimmten Kontexten zu Verstehen und die Bedeutung von sozialen Phänomenen zu rekonstruieren. Mayring (2015) bezeichnet den Gegenstand der Analyse als fixierte Kommunikation, bei deren Betrachtung systematisch, nach expliziten Regeln, vorgegangen werden muss. Zusammenfassend schlussfolgert er:

Kasten 3: Definition der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 13 und 29).

### Die Inhaltsanalyse will

- Fixierte Kommunikation analysieren, vor allem durch Konstruktion und Anwendung von Kategorien
- Systematisch, also regelgeleitet und theoriegeleitet vorgehen
- Das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen

Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wurde die Methode der Typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022) ausgewählt. Diese beinhaltet in ihrem Verlauf einen sogenannten Mixed-Methods-Ansatz, also die Verwendung einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden. U. Flick (2021, S. 44) spricht dabei von einer Triangulation, bei der die Methoden als gleichberechtigt im Projekt behandelt werden. Triangulation kann dabei sowohl an einem Datensatz, als auch am Einzelfall ansetzen und ist zum Beispiel hilfreich bei der Erstellung einer Typologie:

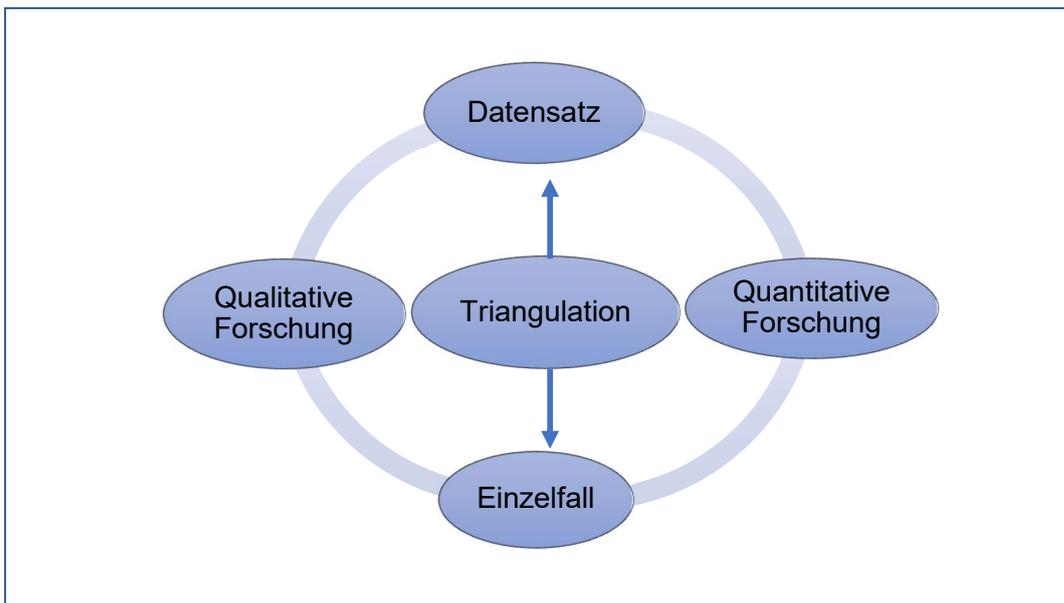


Abbildung 22: Ebenen der Triangulation qualitativer und quantitativer Forschung (U. Flick, 2021, S. 45)

In der Bearbeitung der Forschungsfrage werden sowohl die Familien als Einheit, als auch Einzelfälle anhand qualitativer und quantitativer Daten analysiert, um Rückschlüsse aus deren Kommunikation miteinander zu ziehen.

### Gütekriterien

Ein schrittweises Erweitern der Erkenntnis durch gegenseitiges Vergleichen unterschiedlicher Herangehensweisen, nicht das Finden der Wahrheit im Schnittpunkt der Analyseperspektiven,

## Aufbau des Promotionsvorhabens

macht das Modell der Triangulation an sich innerhalb der qualitativen Forschung zu einem zentralen Gütekriterium (U. Flick, 2000; Mayring, 2001).

### 2.5 Entwicklung des Coaching-Leitfadens

Phase 1 des Forschungsprojektes ReCoVer diente der Erprobung der qualitativen und quantitativen Erhebungsinstrumente, der Optimierung der Studienabläufe im Rehabilitationsprozess und der Entwicklung eines Coaching-Leitfadens. Mithilfe des Coaching-Leitfadens wurde eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt und zu verwendende Methoden festgelegt, auch wenn die Ziele der Familien an sich unterschiedlich waren und diese individuell besprochen wurden.

Ziel des Leitfadens ist die Strukturierung und Standardisierung der Vorgehensweise im Familien-Coaching bei drei Coachingeinheiten á 60 Minuten. Nach dem Coaching (t1) sollte die Motivation der Teilnehmenden jeweils höher sein, als zu Beginn (t0), bei einer bereits vorhandenen hohen Motivation sollte diese gefestigt werden. Die Entwicklung des Coaching-Leitfadens wurde im Sinne der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Konzeptqualität durchgeführt.

#### 2.5.1 Strukturqualität

Als grundlegende Voraussetzung für die Durchführung des Familien-Coachings ist die Qualifikation des Coach zu betrachten. In einer Ausbildung zum Coach wurden die nötigen Theorie- und Methodenkompetenzen vermittelt und der Coach verfügt über die erforderliche Praxis-, Sozial und Selbstkompetenz (Pallasch & Petersen, 2005, S. 34). Die durchführende Person muss mit fachspezifischem Krankheitswissen vertraut sein, dies vermittelt die Ausbildung zum/r Adipositrainer\*in und schließt die Berufsgruppen der Mediziner\*innen, Ernährungstherapeut\*innen, Sporttherapeut\*innen, Psycholog\*innen mit ein. Der Coach sollte einer der genannten Berufsgruppen angehören und die Adipositrainer\*innen Ausbildung absolviert haben (BLE, 2019b, S. 131). Außerdem ist es von Vorteil, die Abläufe des institutionsinternen Schulungsprogrammes zu kennen, in dessen Rahmen eingebettet das Familien-Coaching stattfindet. Solide Kenntnisse und ein sichererer Umgang mit den Methoden der motivierenden Gesprächsführung sind ebenfalls eine Grundvoraussetzung. Die Gesprächsführungstechniken werden in Grund- und Aufbaukursen vermittelt. Die langjährige MI-Coach-Ausbildung ist von Vorteil, aber keine Grundvoraussetzung, denn MI ist neben der Gesprächstechnik vielmehr eine Haltung oder Grundeinstellung in der Kommunikation mit Menschen, die sich durch regelmäßige Anwendung festigt.

Für das Coaching sollte ein Raum gewählt werden, der wenig Störungen unterliegt (kein Durchgangszimmer, kein Telefon). Dazu gehört auch eine reizarme Einrichtung des Raumes, so dass die Teilnehmenden nicht von Bildern, anderen Gegenständen oder Materialien

## Aufbau des Promotionsvorhabens

abgelenkt werden. Für die Durchführung des Coachings mit drei Personen werden drei Stühle in einen imaginären Kreis gestellt, so dass keine Person einer anderen direkt gegenüber sitzt. Für die Ablage von Material, wie Moderationskarten und Stiften, kann ein kleiner Tisch außerhalb des Kreises angeordnet werden (Steinke, 2021, S. 225).

Mit dem Material wird in jedem Coaching fortwährend gearbeitet, es sollte also ein Lagerplatz für beschriftetes Material vorgesehen sein. Das Material wird für jede Coachingeinheit auf dem Beistelltisch bereitgestellt und besteht aus Moderationskarten und geeigneten Stiften. Das Material wird so gewählt, dass die Teilnehmenden das Material nach persönlichen Vorstellungen gestalten können. Dazu gehört die freie Farbauswahl der Moderationskarten und die Wahl der Stifffarbe, die nicht vom Coach bestimmt werden sollte. Für Methoden, bei denen gemeinsam in der Gruppe Ergebnisse erarbeitet werden, sollte außerdem ein Flipchart zur Verfügung stehen. Am Ende eines Coachings wird das beschriftete Material zum einen so zusammengelegt, dass es von Fremden nicht beiläufig gelesen werden kann, zum anderen sollte das Material beim nächsten Mal in gleicher Darstellung und Reihenfolge ausliegen. Dafür wird den Teilnehmenden das Angebot gemacht, sich das Ergebnis abzufotografieren.

### 2.5.2 Prozessqualität

Der Coachingprozess wird von dem Coach angeleitet und ergebnisoffen begleitet. Es hat sich in der Erprobungsphase 1 herausgestellt, dass der Prozess auf drei Ebenen stattfindet, die vom Coach gleichermaßen berücksichtigt werden müssen: dem Gesprächsanteil, der Gesprächsführung und dem Gesprächsinhalt. Grundsätzlich sollte der Rede-Anteil der Coachees höher sein als der des Coach. Gleichzeitig ist auf eine ausgeglichene, nicht gleichverteilte, Redezeit der jeweiligen Teilnehmenden zu achten, wobei das Kind und seine Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Neben gemeinsamen Gesprächssequenzen finden Dialoge zwischen Coach und Kind, Coach und erwachsener Begleitperson und den Familienmitgliedern untereinander statt. Es entwickeln sich Situationen von denen keine dominieren sollte, wie z.B.:

- Eine teilnehmende Person möchte viel erzählen und beansprucht lange Redezeiten für sich
- Die Begleitperson spricht über das Kind, statt mit dem Kind
- Die familiäre Vorgeschichte führt in vergangene Details und lenkt vom Thema ab
- Die Begleitperson führt mit der/dem Coach einen Dialog, bei dem das Kind kognitiv und verbal nicht folgen kann

Die Gesprächsführung mit wenig Redeanteil des Coach wird durch die Einhaltung einer Gesprächstechnik realisiert und basiert auf den vier Methoden offene Fragen stellen, aktiv zuhören, wertschätzen und zusammenfassen (Miller & Rollnick, 2015, S.69f.). Der Coach führt und lenkt das Gespräch durch das Stellen offener Fragen und animiert die Teilnehmenden

## Aufbau des Promotionsvorhabens

durch aktives Zuhören, sich mitzuteilen und gibt das Gehörte wider. Die Wertschätzung wird eingesetzt, um positive Eigenschaften der Teilnehmenden herauszustellen und somit auf das Selbstbild positiv einzuwirken. Eine Zusammenfassung fokussiert und komprimiert den Gesprächsinhalt und verhilft nicht nur allen Gesprächsteilnehmenden zu einem Abgleich ihres Wissenstandes, es kann damit auch in Richtung Ergebnis, Lösung oder Themenwechsel gelenkt werden.

Für eine zielgerichtete Gesprächsführung ist es wichtig, diese auf den Gesprächsinhalt abzustimmen. Ziel der Gespräche ist die Entwicklung von Ambivalenz (Abwägen von Argumenten für und gegen eine Veränderung) und die Anbahnung des Wunsches nach Verhaltensänderung. Dies äußert sich in Aussagen zu Fähigkeiten, Wünschen, Gründen und Notwendigkeiten einer Veränderung, die die Teilnehmenden vermehrt äußern sollen oder die von ihnen erfragt werden. Wird das Gespräch auf diese Äußerungen fokussiert, findet vorbereitender **Change Talk** statt. Gleichzeitig werden Störungen vorrangig behandelt, wie etwa Äußerungen des Widerstandes. In einem erhöhten Motivationsstadium, das dadurch gekennzeichnet ist, dass die betreffende Person über ihren Plan für eine Verhaltensänderung spricht (mobilisierender Change Talk) oder sich in der zielgerichteten Vorbereitung der Handlung befindet, wird das Gespräch auf Äußerungen gelenkt, die die Zuversicht verstärken, den **Confidence-Talk**.

### 2.5.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird nach der Veränderung des Wissens und der Veränderung des Verhaltens und Lebensumfeldes bewertet. Der Wissenszuwachs kann sich je nach Motivationsstadium in erhöhter Selbstannahme, gesteigertem Problembewusstsein, Ambivalenzentwicklung, besserem Verständnis für Verhalten oder Belange von Familienmitgliedern oder gezielten Vorstellungen zur Verhaltensänderung zeigen. Durch die Empfindung von Selbstwirksamkeit ändert sich das Verhalten des Kindes und nimmt, systemisch betrachtet, indirekt Einfluss auf sein Lebensumfeld. Die direkte Änderung des Lebensumfeldes entsteht durch die Klärung von Konflikten, gemeinsame Zielformulierung und Verantwortungsübernahme aller Beteiligten Familienmitglieder.

### 2.5.4 Konzeptqualität

Unter Einhaltung der Struktur- und Prozessqualität, stellt das Konzept die Methodenabfolge dar, die zu dem gewünschten Ergebnis führt. Dabei werden je Coachingeinheit die Methoden und ihre Abläufe beschrieben, die Aufgaben für die Familie, das erarbeitete Material sowie die Lernziele jeder Einheit. Im Folgenden ist der Coaching-Leitfaden dargestellt, wie er in Phase 1 entwickelt und Phase 2 angewendet wurde.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

**Die 1. Coachingeinheit** dient im Coachingprozess grundsätzlich dazu, das Anliegen zu klären. Eine gelungene Kommunikation hängt von der Etablierung einer tragfähigen, auf Vertrauen beruhenden Arbeitsbeziehung ab (Härter & Dirmaier, 2022, S. 658). Der/die Coach stellt sich und die eigenen Anliegen kurz vor. Für eine Hinführung zum Thema kann Bezug auf das stattgefundene Erstgespräch (GLF-MoS) genommen und für die Bearbeitung besprochene Themen wiedergegeben werden, wenn der/die Patient\*in das Einverständnis gegeben hat. Für die erste Aufgabe wählen die Teilnehmenden (Patient\*in und Begleitperson) jeweils eine Moderationskartenfarbe und schreiben alles, was sie sich vorgenommen haben, oder auch in Bezug auf das Kind vorgenommen haben, auf die Karten. Für jeden Aspekt wird eine neue Karte verwendet und es dürfen so viele Karten beschrieben werden, wie die teilnehmende Person es für angemessen hält. Auf Rechtschreibfehler, Ausdruck und Schriftbild wird ausdrücklich kein Wert gelegt. Ist der Schreibprozess beendet, darf das Kind aussuchen, wer zuerst seine Karten vorliest und auf dem Boden ablegt. Hierbei sind Überschneidungen in den Themen bis hin zu gleichem Wortlaut in den Formulierungen erkennbar sowie individuelle Aspekte, die nicht auf die Adipositas therapie bezogen sind.

Die Teilnehmenden erhalten das Angebot, unter Anleitung die Karten in eine für sie sinnvolle Reihenfolge oder Anordnung zu gruppieren (clustern). Der Coach macht als Beispiel den Vorschlag, langfristige (Fern-)Ziele als eine Art Überschrift anzusehen und erläutert anhand dessen den Grad der eigenen direkten Beeinflussbarkeit.

Die Aspektgruppen werden anschließend einzeln thematisiert und der/die Coach erfragt die genaue Bedeutung für die Person, den Zusammenhang und die Hintergründe. Dabei wird auch über individuelle Besonderheiten im Alltag der Familie erzählt und Verhaltensmuster werden dargestellt. Das Gespräch gibt Aufschluss über den Erziehungsstil und die Steuerung von Verhalten. Gegebenenfalls werden neue Aspekte oder wichtige Informationen als Gedankenstütze in einer dritten Farbe ergänzt. Bei der Erkenntnis der dargelegten Situation des Kindes im Alltag und dem Realisieren des Anteils der Begleitperson daran ist mit Widerstand zu rechnen.

Hat sich der Coach einen ausreichenden Überblick über die Familiensituation und die Belange der Teilnehmenden verschafft, kann das Kind ein Thema priorisieren, welches zuerst bearbeitet werden soll. Anhand von Erfragen, wie das alte Verhaltensmuster aussah, was ein Neues verändern würde und der Ideensammlung, wie eine Veränderung zu bewerkstelligen wäre, werden gemeinsam Handlungen besprochen, die in der Zeit bis zum 2. Coaching ausprobiert werden. Die Form der flexiblen Steuerung wird ebenso besprochen, wie die Art und den Umfang der Selbstbeobachtung.

Mit einer kurzen Zusammenfassung und Würdigung der Arbeitsleistung und Mitarbeit endet das 1. Coaching.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 13: Coachingkonzept der Einheit 1.

1. Coachingeinheit, Thema: Anliegen klären			
Ablauf	Aufgaben Familie	Erarbeitetes Material	Lernziel
<b>Methode: Gesprächseinstieg</b>			
Kurze Vorstellung der Coach, kurze Wiedergabe des Erstgesprächs (s. letzte Frage des GLF-MoS) Erläuterung zum Begriff Coaching und dem Ablauf			Erinnerung an das Erstgespräch für Pat.
<b>Methode: Kartenabfrage</b>			
Methode erläutern: je Thema eine Karte, max. sieben Wörter pro Karte Reha-Ziele aufschreiben lassen	Pat. und BP dürfen eine Kartenfarbe aussuchen Was sind Ihre/deine Ziele in der Reha? Was möchte Sie/du erreichen?		Ziele für sich formulieren und aufschreiben
Reihenfolge untereinander abstimmen lassen	Karten vorlesen und vor sich auf den Boden legen	Individuelle Zielkarten von Pat. und BP	Ziele des anderen hören, Übereinstimmung und Differenzen sehen, evtl. gleiche Wortwahl erkennen
Zielhierarchie mit Themenblöcken bilden, clustern. „Team“ reframen und würdigen	Wo sehen sie Gemeinsamkeiten in ihren Zielen, wo Unterschiede? Sie dürfen die Karten nach Belieben zueinander ordnen		„Abnehmen“ ist ein Fernziel, eine „Überschrift“ und steht über den anderen Zielen in der Hierarchie
Bei wenig Karten oder umfassenden Themen durch Nachfragen weitere Karten generieren Priorisieren, Zielranking Erstes Thema auswählen lassen und tiefergehend besprechen	Nachfragen beantworten, Ziele erläutern und präzisieren Welches Ziel möchtest du als erstes bearbeiten? Ggf. geeignetes Thema vorschlagen	ggf. weitere Themen oder Erläuterungen in Kartenfarbe der Coach	
Bearbeitung des ersten Themas			Erste Vereinbarung zu Verhaltensänderung oder erste Aufgabe
Aufgabe formulieren	Wie sieht das neue Verhaltensmuster aus, wie wird es kontrolliert und was beobachtet ich/worauf muss ich achten?	Mündliche Anleitung für ein neues Verhaltensmuster	Idee der Änderung von kognitiven Verhaltensmustern bekommen.
Verabschiedung			

## Aufbau des Promotionsvorhabens

**Die 2. Coachingeinheit** beginnt mit einer Rückschau auf die vergangene Woche, bei der auf bisherige Erfolge und erste Versuche, Verhalten bewusst zu kontrollieren, mit Wertschätzung reagiert wird und weitere Aussagen zu Gründen, Wünschen, Fähigkeiten und Notwendigkeiten (DARN) evoziert werden. Das Ergebnis der vorherigen Coachingeinheit wird zusammengefasst wiederholt. Die Moderationskarten werden dafür wieder in bekannter Abfolge auf dem Boden ausgelegt. Die nun zum Tragen kommende Methode activating steps beinhaltet, dass die Fragen des Coach beim Hören von mobilisierendem Change Talk darauf abzielen, dass die Teilnehmenden aus dem Wunsch einer Veränderung heraus, das weitere Vorgehen aktiv planen. Sie formulieren Aussagen, die die Bereitschaft und Selbstverpflichtung zum Ausdruck bringen und berichten von ersten Schritten, die sie im Rahmen des Veränderungsprozesses eingeleitet haben. Dabei kann von den Teilnehmenden schon ein unklares Verantwortungsbewusstsein deutlich werden und vorhandene Konflikte zutage treten.

Die Methode der Verantwortungsskala (BLE, 2022, S. 62) soll sowohl das Verantwortungsbewusstsein der Begleitperson erhöhen, als auch die Entwicklung einer Handlungskompetenz mit steigendem Alter verdeutlichen und ein Gespräch darüber forcieren, wie die Verantwortungsübernahme bei den Teilnehmenden verteilt ist. Dafür werden Karten mit der Beschriftung 0-18 Jahre auf einer imaginären Y-Achse auf dem Boden ausgelegt sowie (in frei wählbaren Schritten) beschriftete Karten mit der Bezeichnung 0-100% auf der X-Achse. Gemeinsam wird die Bedeutung des Koordinatensystems erläutert und an den Extrembeispielen 0 Jahre und 18 Jahre diskutiert, wieviel Verantwortung man in dem Alter hat und für was man diese trägt. Dann erhält das Kind die Aufgabe, sich diesbezüglich selbst einzuschätzen und entsprechend in das Koordinatensystem zu stellen. Es begründet seine Entscheidung und mit dem Abgleich, wie die Begleitperson sich für das Kind entschieden hat, wird der aktuelle Stand der Verantwortungsübernahme innerhalb der Familie, im Allgemeinen und in Situationen adipogenen Verhaltens, besprochen.

Im nächsten Teil der 2. Einheit wird vorgeschlagen, gemeinsam zu erarbeiten, wie man erfolgreich Ziele umsetzen kann. Nach Zustimmung sucht der/die Patient\*in ein Zielthema aus und erklärt, was unter dem Thema genau zu verstehen ist und wie die Zielvorstellung aussieht. Für die Zielformulierung wird am Flipchart anschaulich die Methode SMART (BLE, 2022, S. 171) und die Begriffe Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch und Terminierbar erläutert und die Teilnehmenden erhalten die Aufgabe, gemeinsam einen Zielsatz zu formulieren, der genannte Kriterien erfüllt. Der Coach unterstützt vermittelnd den Prozess bei der Zielbearbeitung und möglicherweise auftretenden Konflikten durch Festlegung Zusicherung von Verbindlichkeiten; mit Widerstand ist hier zu rechnen. Hierbei muss das Maß einer flexiblen Steuerung und elterlicher Kontrolle austariert werden. Für die Umsetzung des Kriteriums Terminierbar wird ein geeigneter Zeitraum mithilfe eines Kalenders als festes

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Datum notiert, zu dem das Zielvorhaben vorerst abgeschlossen ist und eine Weiterführung und die Kriterien dafür neu besprochen werden sollen. Der formulierte Zielsatz kann abfotografiert oder abgeschrieben werden und ein ausreichendes Zeitfenster erlaubt auch die Formulierung eines zweiten Zielsatzes.

Zum Abschluss wird erörtert, wer an der Umsetzung des Zielvorhabens zuhause noch beteiligt sein wird oder die Zielerreichung unterstützen kann. Es wird besprochen, wann und wie diese Personen involviert werden, daraus ergibt sich eine Aufgabe, die bis zur nächsten Coachingeinheit erledigt werden soll.

Tabelle 14: Coachingkonzept der Einheit 2.

<b>2. Coachingeinheit, Thema: Ziele formulieren</b>			
<b>Ablauf</b>	<b>Aufgaben/ Fragen an Familie</b>	<b>Erarbeitetes Material</b>	<b>Lernziel</b>
<b>Methode: Activating steps</b>			
DARN und weitere Themen erfragen Erfolge (Misserfolge?) beschreiben lassen, wer hat welchen Anteil am Erfolg	Was ist in der letzten Woche passiert? In der Klinik hast du schon abgenommen, woran liegt das, was ist hier anders?	Ggf. Karten ergänzen	Strukturiertes Vorgehen und Verantwortungsübernahme führt zum Erfolg
<b>Methode: Verantwortungsskala</b>			
Skala mit Verantwortung 0-100%, X-Achse) und Alter (0-18 J., Y-Achse) auf den Boden legen und erläutern,  Ergebnis diskutieren	Kind ordnet/ stellt sich selbst in Koordinatensystem ein, BP gibt eigene Einschätzung ab	(vgl.BLE, 2022, S. 62)	Klärung der Verantwortlichkeit: Übernahme elterlicher V., Übertragung von Eigenverantwortung, Autonomie stärken
<b>Methode: smarte Zielformulierung</b>			
Gemeinsame Zielformulierung vorschlagen Abkürzung SMART erläutern und visualisieren, Ziel formulieren Abschluss	Für welches Thema willst du ein smartes Ziel formulieren? Zielsatz formulieren  Wer muss zuhause informiert sein und mitmachen? Wie informierst du sie?	Ziel auf Flipchart (vgl.BLE, 2022, S. 171)  Zielsatz abfotografieren oder abschreiben,	Operationalisierte und konkretisierte Ziele, Selbststeuerung Maßnahme/ Verabredung für nächste Woche oder Zuhause Ziele können am besten gemeinsam erreicht werden, Verantwortung teilen

## Aufbau des Promotionsvorhabens

**Die 3. Coachingeinheit** findet in Vorbereitung auf die Zeit zuhause statt und berücksichtigt die Handlungsempfehlungen von (Wilkens, 2017) auf die Erarbeitung von Ausrutschern und Rückfällen mehr einzugehen, wodurch erwartet wird, dass die erlernten Verhaltensweisen besser in die persönliche Lebenswelt integriert werden können.

Zum Einstieg wird die Zeit der Rehabilitation resümiert und Äußerungen der Zuversicht evoziert. Berichtende Erzählungen, die die Erfolge nicht als Eigenleistung widerspiegeln, werden reframed („umgedeutet“) und wertschätzend als gesteigerte Handlungskompetenz dargestellt. Es wird beschrieben, wo alte Verhaltensmuster zeitweise abgelegt werden konnten. Das langfristige Ablegen ist ein Anliegen der 3. Coachingeinheit. Dann wird der Coachingprozess rückblickend betrachtet und der /die Patient\*in entscheidet im Dialog mit der Begleitperson bei jeder Moderationskarte, ob und wie dieser Aspekt bearbeitet wurde und ob noch offene Themen zu besprechen sind.

Für das Thema Rückfallprävention wird darüber informiert, dass ein Rückfall zu dem Prozess der Verhaltensänderung unweigerlich dazugehört und was die Vorteile sein können. Flexible Steuerung als probates Mittel wird in Erinnerung gerufen. An einem Beispiel werden mögliche Situationen inszeniert, bei denen es zu einem Rückfall kommen könnte und der/die Patient\*in benennt Personen, die Teil dieser Lebenssituation sind und wie sie unterstützen könnten. Diese werden in den Unterstützerplan eingetragen (BLE, 2022, S. 98). Es wird darüber gesprochen, wie nach Hilfe gefragt werden kann, was den Unterschied zwischen Eigenverantwortung, Hilfe und Unterstützung ausmacht und die Begleitpersonen können ihr Unterstützungsangebot bekräftigen. Gegebenenfalls kann in einem Rollenspiel das Fragen nach Unterstützung geübt und passende Sätze formuliert werden. Die Freude über die bevorstehende Abreise und die Vorfreude auf zuhause wird hinsichtlich zuversichtlicher Äußerungen zusammengefasst. Das erarbeitete Material kann die Familie mitnehmen, über die Einsatzmöglichkeiten der Karten zuhause wird kurz gesprochen.

Zum Abschluss erhält das Kind ein ausführliches, positives Feedback des Coach bezüglich seiner Entwicklung, Stärken und erreichten Ziele. Es erhält gute Wünsche für die Zukunft, gefolgt von einem Feedback für das Kind und die Begleitperson als Team.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 15: Coachingkonzept der Einheit 3.

<b>3. Coachingeinheit, Thema: Veränderung planen</b>			
<b>Ablauf</b>	<b>Aufgaben Familie</b>	<b>Erarbeitetes Material</b>	<b>Lernziel</b>
<b>Methode: Confidence Talk entlocken</b>			
Rückblick, Bestandsaufnahme	Was war in der Reha anders, was gibt Hoffnung? (Resümee)		Selbstwirksamkeit hervorheben
Jede Zielkarte einzeln betrachten und über Zielerreichung sprechen	Welche Ziele wurden schon erreicht? Welche Karte ist „abgearbeitet“		Zielerreichung erkennen
Möglichkeit für noch offene Themen geben		Ggf. Karten ergänzen	
<b>Rückfallprävention</b>			
Rückfall als Teil des Prozesses einordnen	Wer sind deine Unterstützer*innen? Wie könnte ihre Unterstützung aussehen?	Unterstützerplan (vgl. BLE, 2022, S. 98)	Unterstützung ist immer hilfreich, wer gehört zum sozialen Netz? Thema: flexible Steuerung
Um Unterstützung bitten üben	Wie formuliert man es, wenn man Unterstützung braucht?		Unterstützung holen ist keine Schwäche
Rückfall beispielhaft durchsprechen	Was tust du, wenn es mal nicht klappt wie geplant?		BP als Unterstützer*in und Verbündete wahrnehmen
<b>Abschluss</b>			
Confidence Talk evozieren	Wie wird es zuhause weitergehen? Was macht dich zuversichtlich, worauf freust du dich?		Handlungskompetenz und Selbstwertgefühl wahrnehmen
Material mitgeben	Möchtest du die Karten mit nach Hause nehmen?		Erinnerung für zuhause, ggf. mit dem Material weiterarbeiten können
Verlauf zusammenfassen, Wertschätzung, Feedback geben, Stärken hervorheben			Positives Feedback hören, Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein festigen, BP hört positives über das eigene Kind

**Gütekriterien Familien-Coaching**

Um den Prozess gut begleiten zu können, führt der/die Coach ein Coachingprotokoll, in dem inhaltliche Elemente der Gespräche dokumentiert werden und der/die Coach sich mit den eigenen Annahmen und Hypothesen nach dem Gespräch bewusst auseinandersetzt. Für die Qualitätssicherung kann das Vorgehen des/der Coach durch Supervision reflektiert werden, ggf. eine Fallsupervision durchgeführt werden.

## 2.6 Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung

Im folgenden Kapitel werden die Erhebungsinstrumente der qualitativen Untersuchungsmethoden dargestellt, die in Phase 1 und 2 angewendet wurden und zur Bearbeitung der Hauptfragestellung dieses Promotionsvorhabens analysiert wurden. Neben den problemzentrierten Einzelinterviews, wurden Fokusgruppen- und Telefoninterviews leitfadengestützt konzipiert sowie Coachingprotokolle aufgrund von Beobachtungen erstellt. Zu allen qualitativen Messzeitpunkten wurde das Motivationsstadium eingeschätzt. Lamnek und Krell (2016, S. 676) bezeichnen Kinder und Jugendliche als spezifische Population, für deren Betrachtung qualitative Verfahren, aufgrund der Prinzipien der Offenheit und Flexibilität, besonders geeignet sind. Die jeweiligen altersspezifischen Fähigkeiten und kindliche Ausdrucksformen müssen gesondert Berücksichtigung finden.

### 2.6.1 Definition der Motivationsstadien als Merkmalsraum

Die typenbildende qualitative Inhaltsanalyse wurde merkmals-homogen durchgeführt, mit dem primären Merkmal Motivation. Deck (2006) beschreibt bezüglich der Entwicklung eines Fragebogens zur Messung rehabilitationsbezogener Erwartungen und Motivation (FREM), die Motivation als ein theoretisches Konstrukt; es sei nicht direkt messbar und müsse daher über definierte Indikatoren operationalisiert werden. Unter Berücksichtigung und Einbezug von Begriffen aus Modellen des Gesundheitsverhaltens und der Verhaltensänderung (s. Kap.1.3.2) und auf Grundlage der Auswertungsmatrix von MoReMo wurden Motivationsstadien auf Grund von Verhaltensbeobachtung umschrieben, nach denen die Patient\*innen und Begleitpersonen typisiert werden können.

#### **Version I. - MoReMo**

In ReCoVer Phase 1 wurde für die Einteilung in Motivationsstadien zunächst die Auswertungsmatrix des Kurzfragebogens MoReMo und die Auswertungs-Checkliste für den GLF-MoS erprobt. Der GLF-MoS wurde als ein überwiegend qualitatives Instrument zur Diagnostik bei Jugendlichen in einem Alter zwischen 12 und 18 Jahren konzipiert und bei MoReMo für die Einteilung in die motivationsstadienbasierten Schulungen „Intender“ und „Actor“ angewendet. Die Einteilung in Motivationsstadien erfolgte nach folgendem Schema:

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 16: Zusammenfassende Bewertung der Checkliste MoReMo (Kurzinsky, 2018).

Therapeutenbewertung (subjektiv)	Verhaltens-Stadium (angelehnt an TTM)	Motivationsstadium (mod. nach HAPA)	Punkte
	Absichtslosigkeit	Non-Intender/	
	Absichtsbildung (unkonkret)	Pre-Intender	
	Absichtsbildung (konkret)		
	Handlungsvorbereitung	Intender	
	Handlung		
	Aufrechterhaltung	Actor	
	Rückfall	Non-Intender/ Pre-Intender	

Die subjektive Bewertung der Therapeut\*innen nimmt bei der zusammenfassenden Bewertung neben der Punkteskala einen großen Stellenwert ein. Um den subjektiven Eindruck, der in die zusammenfassende Auswertung einfließt, zu definieren, wurde beobachtetes Verhalten der Kinder den Motivationsstadien in der Checkliste zugeordnet. Dabei wurde die Unterteilung der Absichtsbildung unkonkret/konkret beibehalten.

Tabelle 17: Beobachtetes Verhalten in Phase 1 und Zuordnung zu Motivationsstadien, angelehnt an HAPA und Checkliste MoReMo (Stachow et al., 2018).

I	II	III	IV	V
Absichtslos, oberflächlich „Ich habe jetzt keine Vorstellung“	unkonkret, hilflos, achtsam, wachsam, vorsichtig „Ich erahne das Thema“ „ich könnte“	Ambivalent, Absichts- bildung, neugierig, offen, „ich möchte“,	Ambivalent, interessiert, optimistisch, aufgeweckt, mutig, bei der Veränderung überwiegt: „ich will“	Entschlossen, selbstsicher, willensstark, zuversichtlich, enthusiastisch, handlungs- vorbereitend „ich kann“

In Phase 1 wurde bei den Patient\*innen kein Verhalten beobachtet, das dem Motivationsstadium „Aufrechterhaltung“ entspricht. Gleichzeitig wurde die Relevanz der Begleitpersonen und die Notwendigkeit der Erhebung ihres Motivationsstadiums deutlich.

### Version II. - ReCoVer

Die Verhaltensbeobachtung wurde auf die Begleitpersonen ausgeweitet und ebenfalls nach jedem Familien-Coaching vorgenommen, um die Entwicklung im Coachingverlauf messbar zu

## Aufbau des Promotionsvorhabens

machen. Bei den Begleitpersonen wurde das Motivationsstadium Aufrechterhaltung (Mot. VI) beobachtet, das Stadium der Stabilisierung (TTM) war, wie bei MoReMo, nicht zu beobachten. Für die Phase 2 ergab sich somit eine Bewertungsskala (Tab. 18), die die subjektive Beobachtung von Verhalten und Aussagen einem Motivationsstadium I-VI (statt vorher I-V) zuordnet und sowohl für die Patient\*innen, als auch die Begleitpersonen anwendbar ist. Dabei beruht die Einteilung der Stadien in I-VI auf den Verhaltensstadien von MoReMo (s. Tab. 16). Die gewählten Begriffe in den Stadien umschreiben das beobachtete Verhalten, bestehend aus verbalen (wie z. B. „ich will“) und nonverbalen (wie z. B. ablenkend) Signalen. Somit wurde auf die bei MoReMo entwickelte Punkteskala verzichtet und dafür die subjektive Bewertung der Therapeut\*innen schematisiert.

Tabelle 18: Beschreibung der Motivationsstadien (Mot.) in ReCoVer Phase 2.

I	II	III	IV	V	VI
Absichtslos, oberflächlich nichtwissend ablehnend, ablenkend, „ich will nicht“, „Ich habe keine Vorstellung/ Veranlassung	Absichtsbildung unkonkret, hilflos, achtsam, wachsam, vorsichtig „Ich erahne das Thema“ „ich könnte“ „vielleicht“	Ambivalent, Absichts- bildung, neugierig, offen, unkonkrete Ideen „ich möchte“, manchmal: „ich will“	Ambivalent, konkret, mutig, interessiert, optimistisch, aufgeweckt, Handlungsidee es überwiegt: „ich will“	Entschlossen, selbstsicher, willensstark, zuversichtlich, enthusiastisch handlungs- vorbereitend „ich kann“	Aktiv, euphorisch, fokussiert, konzentriert, verantwortungs- bewusst, selbstwirksame Handlungen „ich mache“

Zur Anwendung der Bewertungsskala werden verbale und nonverbale Signale vom Coach wahrgenommen und den Motivationsstadien zugeordnet. Im Folgenden wird das Erscheinungsbild der Personen in den jeweiligen Motivationsstadien beschrieben:

**I:** In dieser Gruppe befinden sich zum einen Personen, die klar äußern, dass sie zu einer Verhaltensänderung keine Veranlassung sehen. Die Personen haben keine Absicht, etwas zu verändern, dementsprechend kann mit ihnen auch kein konstruktiver Dialog zur Veränderungsabsicht geführt werden. In dem Gespräch wird es häufiger zu Unterbrechungen, Themenwechsel oder Ablenkungen kommen. Selbst bei Vortäuschung einer Absicht (z. B. aufgrund sozialer Erwünschtheit) wird ein Gespräch kaum zustande kommen, da die Person keine Beweggründe (DARN) in sich trägt und somit auch nicht mitteilen oder argumentieren kann. Das bedeutet, auch wenn die Person sagt, sie wolle etwas ändern und sei sehr motiviert dazu, wird sie es nicht nachvollziehbar begründen können. Mit Discord Talk ist in diesem

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Gespräch zu rechnen sowie entsprechend abweisender Körpersprache (fehlender Blickkontakt, verschränkte Arme abgewandte Sitzhaltung).

**II:** Personen dieser Gruppe sind nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber einer Verhaltensänderung, haben aber noch keine konkrete Absicht. Dementsprechend wirken sie neugierig und offen gegenüber Ideen zur Verhaltensänderung, reagieren aber gleichzeitig zurückhaltend („ich könnte vielleicht...“), da sie sich selbst noch nicht mit den möglichen Optionen beschäftigt haben. Deshalb können sie auch kaum Gründe für oder gegen eine Verhaltensänderung benennen und sind noch nicht ambivalent. Der Gesprächsanteil der Personen ist dadurch gegebenenfalls geringer als der des Coach. Widerstand im Sinne von Sustain oder Discord Talk ist kaum zu beobachten. Auch in dieser Gruppe können Personen mit Äußerungen zu hoher Motivation die Wichtigkeit zwar betonen, diese aber nicht mit konkreter Handlungsabsicht (DARN) begründen.

**III:** Ab diesem Stadium befinden sich die Personen in einer Ambivalenz. Sie äußern konkret die Absicht, dass sie ein Verhalten ändern „möchten“ oder „wollen“ und sind entsprechend empfänglich für diesbezüglichen Austausch. Die Argumente, die für (DARN) oder gegen eine Verhaltensänderung sprechen, werden in diesem Stadium aber noch formuliert. Diese Personen können sich unkonkret oder ideenlos zeigen und trotzdem neugierig darauf sein, sich mit dem Vorgang einer Verhaltensänderung zu beschäftigen, wodurch sie Ideen und Argumente sammeln. Bei diesen Personen kann vermehrt vorbereitender Change Talk wahrgenommen werden, im Gegenzug kommt es zu Äußerungen von Sustain Talk, durch den die Ambivalenz sich definiert. Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit können den Entschluss zur Handlungs- und Bewältigungsplanung noch verhindern. Nonverbal zeigt sich sowohl Offenheit als auch Unsicherheit.

**IV:** Personen dieser Gruppe haben die Intention, ihr Verhalten zu ändern. Sie zeigen Ambivalenz in der Form, dass sie sich neben den Argumenten für eine Verhaltensänderung auch mit hemmenden Argumenten auf dem Weg zur Verhaltensänderung auseinandersetzen (Gegenargumente sind mittlerweile ausgeräumt). Die Äußerung „ich will“ ist begleitet von konkreten Handlungsideen, die aber noch nicht umgesetzt wurden. Widerstand weicht letztendlich vorbereitendem Change Talk. Das Gespräch wird getragen von Optimismus und der Vorstellung, dass eine Verhaltensänderung umsetzbar ist. Dies wird durch die Erkenntnis untermauert, welche Gründe, Fähigkeiten, Wünsche und Notwendigkeiten bestehen. Die empfundene Selbstwirksamkeit und erstarkende Zuversicht, die Verhaltensänderung bewältigen zu können, bringt mobilisierenden Change Talk mit sich, durch den die wahrgenommene Selbstverpflichtung zum Ausdruck kommt. Die Personen signalisieren nonverbal Zugewandtheit. Das Thema Rückfallprophylaxe ist für diese Personen abstrakt und es fehlt teilweise die Vorstellungskraft für den Zustand bei einem Rückfall.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

**V:** In diesem Stadium befindliche Personen wirken entschlossen oder sogar enthusiastisch, indem sie mit mobilisierendem Change Talk detailliert beschreiben, wie sie die Verhaltensänderung umsetzen werden und ihre eigene Selbstsicherheit diesbezüglich verstärken. Erste konkrete Handlungen haben bereits zum Erfolg geführt und bestärken die Person in ihrer Selbstwirksamkeit und Zuversicht. Sie realisieren, dass sie ihr Verhalten ändern und somit ihre Erwartung erfüllen können („ich kann“). Mit ausgeprägtem mobilisierendem Change Talk zeigen sie ihre Bereitschaft und berichten von bereits unternommenen Schritten. Weitere Schritte werden geplant, ohne dass es einer Aufforderung dazu bedarf. Das Gespräch ist geprägt vom Willen und der Freude bezüglich der geplanten Handlung und seiner Ergebniserwartung. Sie sind zuversichtlich, ihr Verhalten umfassend zu ändern. Nonverbal äußert sich das beispielsweise in aufrechter Haltung und selbstsicherer Gestik, freudigem Gesichtsausdruck und Lächeln. Über die Möglichkeit eines Rückfalles kann zielorientiert und beispielhaft besprochen und prophylaktisch Ideen zur Vermeidung erarbeitet werden.

**VI:** Dem Stadium der Aufrechterhaltung sind Personen zuzuordnen, bei denen eine Verhaltensänderung durch unternommene Schritte umfassend erfolgt ist. Im Gespräch berichten sie von ihrer aktiven Handlung und nehmen rückblickend eine Bewertung ihrer Zielerreichung vor. Daraus ergeben sich neue Handlungsideen und Entscheidungen, das Verhalten anzupassen oder beizubehalten. Das Gespräch verläuft dementsprechend analytisch und zielgerichtet und die Personen zeigen ein hohes Maß an Selbstreflexion und Verantwortungsgefühl. Sie berichten gegebenenfalls auch über erlebte Rückfälle und deren Prophylaxe-Strategien.

### Die Motivationsstadien in ReCOVer in Bezug zu Modellen der Verhaltensänderung

Bei dem Vergleich des beobachteten Verhaltens mit HAPA entspricht die **motivationale Phase** den Motivationsstadien I-III und deckt sich mit der Entwicklung von der Absichtslosigkeit bis hin zu Veränderungsabsicht nach Prochaska et al. (1992) im TTM Stufe 1 und 2. Die SDT nach Ryan und Deci (2017) berücksichtigt, dass es sich bei den Patient\*innen um Kinder handelt, deren Motivation noch stärkerem extrinsischen Einfluss durch die Erziehungsberechtigten unterliegt. Das Motivationsstadium Mot.I kann laut Umschreibung in der SDT mit der Amotivation gleichgesetzt werden. Da es sich bei den Patient\*innen um ältere Kinder handelt, ist situationsabhängig von einer Handlung zur Vermeidung von Strafe auszugehen, auch wenn Absichtslosigkeit besteht. Somit kann eine Person in Mot.I auch external reguliert sein. Nach diesem Prinzip sind jedem Motivationsstadium zwei Regulationsebenen zugeordnet. Im Sinne des MI nach Miller und Rollnick (2015) wurden mögliche Aussagen des Change Talk und Sustain Talk formuliert, die den aktuellen Gefühlszustand zum Ausdruck bringen. Die Verhaltensbeschreibung umfasst zu

## Aufbau des Promotionsvorhabens

beobachtende Merkmale, die in Phase 1 und unter Berücksichtigung der genannten Modelle formuliert wurden.

Die **volitionale Phase** in HAPA umfasst die intentionale und präaktionale Phase der Intender und die erste aktionale Phase der Actor. Letztere führt über die Erfassung der Mot. I-VI hinaus, da die Datenerhebungen bei MoReMo und ReCoVer nach einem Zeitraum von vier Wochen endeten und über die Stabilisierung erlernten gesundheitsbezogenen Verhaltens noch keine Auskunft gegeben werden kann. Ebenso verhält es sich mit dem TTM, deren Phase Stabilisierung (Termination) erst nach einer Handlungsphase von mehr als vier Wochen eintreten. In Mot. IV, in dem bei MI am häufigsten Change Talk zu verorten ist („Ich will!“), ist sowohl die erste extrinsische Regulierung mit eigener Akzeptanz und Selbstbestimmtheit verortet, als auch ein Stadium der Planung und konkreten Handlungsabsicht erreicht. In Mot. V wird eine Handlung aktiv vorbereitet, die bereits intrinsisch motiviert sein kann und selbstsichere Äußerungen sowie Aussagen zur Zuversicht nehmen zu (Confidence Talk). Mot. VI beschreibt die aktive Handlung als Actor, geleitet von intrinsischer Motivation und Confidence Talk.

Die Mot. I-VI gelten gleichermaßen für die Patient\*innen und die Begleitpersonen. Auch wenn letztere nicht über ihr eigenes Gesundheitsverhalten entscheiden, so handeln sie zum Wohle und der Zielerreichung des Kindes und nehmen mit steigender Motivation auch die Eigenverantwortung wahr.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 19: Beschreibung der Motivationsstadien in ReCoVer, in Bezug zu Modellen der Verhaltensänderung (modifiziert nach (Miller & Rollnick, 2015; Ryan & Deci, 2017; Schwarzer, 2004).

Motivationsstadium	I	II	III	IV	V	VI
Verhaltens- beschreibung	Absichtslos, oberflächlich, nichtwissend, ablehnend, ablenkend,	Absichtsbildung unkonkret, hilflos, achtsam, wachsam, vorsichtig	Ambivalent, Absichtsbildung, neugierig, offen, unkonkrete Ideen	Ambivalent, konkret, mutig, interessiert, optimistisch, aufgeweckt, Handlungsidee	Entschlossen, selbtsicher, willensstark, zuversichtlich, enthusiastisch, handlungs- vorbereitend	Aktiv, euphorisch, fokussiert, konzentriert, verantwortungs- bewusst, selbstwirksame Handlungen
Mögliche Aussagen MI	„ich will nicht“, „Ich habe keine Vorstellung/ Veranlassung“	„Ich erahne das Thema“ „ich könnte“ „vielleicht“	„ich möchte“, manchmal: „ich will“	es überwiegt: „ich will“	„ich kann“	„ich mache“
Einordnung in HAPA	Motivationale Phase			Volitionale Phase		
	Non-Intender	Pre-Intender		Intender		Actor
Einordnung in SDT	amotiviert oder externale Regulation	externale bis introjizierte Regulation	Introjizierte bis identifizierte Regulation	identifizierte bis integrierte Regulation	Integrierte Reg. oder intrinsische Motivation	Intrinsische Motivation
Einordnung in TTM	Absichtslos Pre-Contemplation	Absicht Contemplation		Vorbereitung Preparation	Aktionsphase Action	Aufrechterhaltung Maintenance

### 2.6.2 Entwicklung der Leitfäden

Halbstrukturierte Leitfaden-Interviews basieren auf einer geordneten Liste offener Fragen, dem Interviewleitfaden (Gläser & Laudel, 2010, S. 132). Der Leitfaden wird nach thematischen Bereichen konstruiert; durch offene Fragen können die Interviewten mit ihrem unmittelbar verfügbaren Wissen antworten. Ergänzend können theoriegeleitete, hypothesengerichtete Fragen, die auf theoretischen Vorannahmen beruhen, nicht unmittelbar verfügbares Wissen explizieren. Über den Leitfaden hinaus können ad-hoc-Fragen gestellt werden, die eine vertiefendere Beantwortung zur Folge haben (U. Flick, 2021, S. 203).

Es wurden sowohl Erwachsene, als auch Kinder interviewt, dabei ist der Entwicklungsstand der Kinder beim Sprachstil und der Komplexität der Fragen zu berücksichtigen. Nach Heinzl (2003) haben Kinder eine Tendenz zum Ja-Sagen, neigen zu raschen Antworten, antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit und können meinungs- oder antriebslos sein.

Die Interviews wurden mit Einstiegsfragen begonnen, die einen Bezug zur aktuellen Situation hatten und so die Interviewten zum Erzählen anregten. Die Leitfäden wurden sowohl getrennt für Begleitpersonen und Patient\*innen entwickelt um die Komplexität zu berücksichtigen, als auch für die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte um den Rehabilitationsverlauf abzubilden. Zum Zeitpunkt t2 wurde jeweils ein Telefonat mit den Begleitpersonen geführt, welches ebenfalls durch einen Leitfaden gestützt wurde. Die Leitfäden wurden zu Beginn der Phase 1 entwickelt und in dieser überprüft.

### 2.6.3 Leitfadengestützte Einzelinterviews

Die Einzelinterviews wurden mit den Patient\*innen als Erstgespräch (prä) zum Zeitpunkt t0 geführt. Diese Interviews beruhen auf dem fokussierenden Leitfaden GLF-MoS, der die relevanten und anzusprechenden Themen nebst Fragevorschlägen enthält, die im Laufe des Gesprächs zu behandeln sind (Lamnek & Krell, 2016, S. 349). Das Leitfadeninterview gehört zu den semi-strukturierten Erhebungsmethoden. Heinzl (2003, S. 401) empfiehlt, nicht vorhandene Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeiten in qualitativen Interviews mit Kindern durch handelnde Äußerungsmöglichkeiten, wie Malen, Spielen, Bewegen, zu kompensieren. Dafür wurde parallel zum Gespräch von den Patient\*innen ein Kurzfragebogen ausgefüllt. Laut Kurzinsky et al. (2017) und Stachow et al. (2017) ermöglicht der GLF-MoS die Einteilung von 12-18 jährigen Jugendlichen mit Adipositas in Motivationsstadien zu Beginn der Rehabilitation.

In Phase 1 von ReCoVer konnte festgestellt werden, dass der GLF-MoS auch bei jüngeren Kindern anwendbar ist (Ausner, Gellhaus et al., 2023). Allerdings schien die Aussagekraft über das Motivationsstadium geringer als bei älteren Kindern zu sein, weshalb für die Einschätzung des Motivationsstadiums die Bewertungsskala (s. Kap. 2.6.1) entwickelt wurde.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 20: Interviewleitfaden Patient\*innen prä (GLF-MoS; Einzelinterview).

Wie ist es gekommen, dass du zu uns in die Reha gekommen bist?
Wer hatte die Idee zur Reha?
Wie einverstanden bist du jetzt damit, hier zu sein, auf einer Skala von 0-10?
Was möchtest du hier erreichen/ was sind deine Ziele?
Auf einer Skala von 0-10, wie sehr stört dich dein Übergewicht?
Warum möchtest du abnehmen – kannst du drei Gründe nennen?
Was hat dazu geführt, dass du zugenommen hast?
Du möchtest also dein Ernährungsverhalten ändern -
Wie leicht (0) oder schwer (10) wird dir deine Ernährungsumstellung fallen?
Wie sehr bist du bereit, deine Ernährung zu verändern? (0-10)
Bewegung hast du als Grund für dein Übergewicht auch genannt -
Kannst du mir den Unterschied zwischen Sport und Bewegung erklären?
Wie oft treibst du in der Woche Sport?
Wie schätzt du dein Bewegungsverhalten ein? (0-10)
Wie oft habt Ihr Schulsport?
Was macht dir Spaß beim Schulsport? (Lehrer, Themen, Mitschüler*innen)
Wie leicht oder schwer wird es dir fallen, dich mehr zu bewegen? (0-10)
Wie sehr bist du bereit, dein Bewegungsverhalten zu ändern? (0-10)
Was erwartest du von dem Coaching?
Welche Unterstützung erwartest du von deiner Begleitperson?
Welches Thema müssen wir mit deiner Begleitperson besprechen, um deine Rehazielle zu erreichen?

Der Kurzfragebogen zählt zu den quantitativen Erhebungsmethoden und wird daher unter Kapitel 2.6.2 dargestellt.

### 2.6.4 Leitfadengestützte Gruppeninterviews

Zum Zeitpunkt t0 und t1 wurden leitfadengestützte Gruppeninterviews mit den Begleitpersonen durchgeführt. Die Erhebungssituation sollte vertraulich und entspannt sein (Lamnek & Krell, 2016, S. 335), was dadurch erreicht wurde, dass die Befragungen innerhalb der gesamten Gruppe an teilnehmenden Personen stattfand, die sich auch in homogenen Schulungsgruppen befanden. Zugleich wurde für alle Datenerhebungen zuverlässig der Raum der Ernährungsberatung genutzt.

die Atmosphäre während eines Interviews in der Gruppe ist häufig entspannter als in einem Einzelinterview und es entsteht eher eine natürliche Gesprächssituation (Döring & Bortz,

## Aufbau des Promotionsvorhabens

2016a, S. 381; Lamnek & Krell, 2016, S. 389). Interviewte hören gegenseitig ihre Antworten und können dadurch zur Generierung zusätzlicher Informationen angeregt werden, was im Einzelinterview nicht der Fall ist (Döring & Bortz, 2016a, S. 381; Misoch, 2019, S. 139). Die interviewende Person moderiert anhand des Leitfadens die Diskussion unter den Teilnehmenden, ohne sie zu beeinflussen oder inhaltlich in das Gespräch einzugreifen (Vogl, 2022, S. 914). Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet, ein ergänzendes Gedächtnisprotokoll wurde direkt im Anschluss erstellt.

Tabelle 21: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Patient\*innen (t1).

Einstieg	Wie hat euch der Aufenthalt insgesamt gefallen, auf einer Skala von 0-10?
Akzeptanz	Was sollte verbessert werden?
	Was hat euch besonders gut gefallen?
	Wie hat euch das Coaching auf einer Skala von 0-10 gefallen?
Motivation	Was hat euch motiviert, am Coaching teilzunehmen?
Methode	Welche Methode hat dir am besten gefallen bzw. geholfen?
Selbstwahrnehmung	Was hast du im Coaching gelernt, was dir weiterhilft, deine Ziele zu erreichen?
Fremdwahrnehmung	Was hat sich durch das Coaching in deiner Familie verändert?
Umgang mit Rückfall	Was stellt Ihr euch vor zu tun, wenn zuhause etwas nicht so klappt, wie Ihr es vorhattet?
Zuversicht	Was macht euch zuversichtlich, dass Ihr eure Ziele zuhause weiterverfolgen werdet?

Bei den Begleitpersonen wurde zu den Zeitpunkten t0 und t1 ein Gruppeninterview durchgeführt.

Tabelle 22: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Begleitpersonen (t0).

Einstieg	Wie war Ihr Weg in diese Reha und wer hatte die Idee dazu?
Erwartung	Was erwarten Sie von bzw. erhoffen Sie sich mit dieser Reha?
	Was erhoffen Sie sich von dem Familiencoaching?
Fremdwahrnehmung	Wie schätzen Sie die Motivation Ihres Kindes ein, hier mitzumachen?
	Wie leicht oder schwer wird Ihrem Kind die Verhaltensänderung fallen (0-10)?
Selbstwahrnehmung	Wie bereit sind Sie, mit Ihrem Kind an den gemeinsamen Rehazielen zu arbeiten (0-10)?
Zuversicht	Wie zuversichtlich sind Sie, dass es klappen wird (0-10)?

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Tabelle 23: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Begleitpersonen (t1).

Akzeptanz	Wie hat Ihnen der Aufenthalt, auf einer Skala von 0-10, insgesamt gefallen?
	Was sollte verbessert werden?
	Was hat Ihnen besonders gut gefallen?
Umfang	Wie beurteilen Sie den Umfang des zusätzlichen Coachings von 3 Std.
Erwartung	War das Coaching, zusätzlich zur Schulung, ein Zugewinn und woran machen Sie das fest?
Methoden	Welche Methoden haben Ihnen am besten geholfen?
Fremd	Was hat das Coaching bei Ihrem Kind bewirkt?
	<i>(Wie zufrieden sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes während der Reha?) falls die BP das noch nicht von sich aus geäußert haben)</i>
Selbst	Was hat sich durch das Coaching in Ihrer Familie verändert?
Zuversicht	Was macht Sie zuversichtlich, die Ziele zuhause weiterverfolgen zu können?

### 2.6.5 Telefoninterviews

Für ein Telefonat, sechs Wochen nach Abreise der Familien, wurde eine Einwilligung eingeholt, um an das Zurücksenden der Fragebogen t2 zu erinnern. Nachdem in Phase 1 das Telefonat von den Begleitpersonen als Element der Nachsorge verstanden und eingefordert wurde, wurden standardisierte Fragen für Phase 2 entwickelt und erprobt, die den Übergang in den Alltag und die Nachhaltigkeit abbilden sollten.

Mit der Einstiegsfrage wurden die Interviewten zum freien Erzählen über die letzten Wochen angeregt („Wie ist es ihnen nach der Rehabilitation ergangen?“), gefolgt von der Frage nach der Gewichtsentwicklung. Diese war für die Begleitpersonen als Messwert für den Erfolg der Rehabilitation relevant, für eine quantitative Auswertung war die individuelle Gewichtsmessung aber nicht ausreichend standardisiert. Mit der Frage „Welche der in der Rehabilitation verabredeten Ziele konnten sie zuhause umsetzen?“ wurde die Nachhaltigkeit des Veränderungsvorhabens erfasst und mit der Frage: „Wenn sie auf das Coaching zurückblicken, was würden sie im Nachhinein sagen, hat ihnen am besten geholfen?“ wurde die Frage wiederholt, die in den Gruppeninterviews (t1) nur selten beantwortet werden konnte.

Nachteilig an einem Telefoninterview sind laut (Döring & Bortz, 2016a, S. 393) die nicht standardisierbaren, situativen Umstände, in dem sich die interviewte Person befindet, unabhängig davon, ob ein Termin vereinbart wurde. Mit ablenkenden Reizen, Lärmbelästigung und Netzschwankungen ist zu rechnen.

### 2.6.6 Coachingprotokolle

Das Coachingprotokoll gibt den Verlauf und Inhalt einer Coachingeinheit wieder und wurde nach dem Coaching als Dokumentation einer Beobachtung verfasst. Laut Döring und Bortz (Döring & Bortz, 2016a, S. 325) stellt die Beobachtungsmethode gegenüber Befragungstechniken wie Interview und Fragebogen eine sinnvolle Ergänzung dar. Lamnek und Krell (2016, S. 581) fassen als Regeln für die chronologisch und inhaltlich strukturierten Protokolle von Beobachtungen zusammen, dass ideale Aufzeichnungsmethoden in Form von Video- und Audioaufnahmen gewählt werden sollten, wenn sie die Beobachtungssituation nicht beeinflussen; Handschriftliche Aufzeichnungen sollten unmittelbar nach der Beobachtung erfolgen.

Im Coachingprotokoll wird der Prozess als teilstrukturierter, beobachteter Sitzungsverlauf wiedergegeben, den der/die aktiv teilnehmende Coach nebenbei wahrnimmt. Der Gesprächsinhalt wird in Bezug auf die zu beobachtenden Forschungsdaten **Change Talk**, **Widerstand (Sustain/Discord Talk)** und **Confidence Talk** festgehalten und getroffene Vereinbarungen als Ergebnis in Freitextfeldern dokumentiert. Konzeptionell wird das Protokoll um die angewendeten Methoden und das erarbeitete Material ergänzt. Dabei kann dokumentiert werden, wenn eine Methode zu einem früheren Zeitpunkt schon eingesetzt wurde oder eine andere Intervention Anwendung fand. Die Moderationskarten werden unterteilt in Fernziele (Zielsetzung) und dazugehörige Aspekte. Für die Dokumentation der Fremdbeobachtung können Ergebnisse den Patient\*innen oder Begleitpersonen zugeordnet werden. Ein Coachingprozess gibt Raum für Interpretationen und das weitere Vorgehen der/des Coach unterliegt Hypothesen, die nach einem Coaching aufgestellt und ebenfalls im Protokoll festgehalten werden. Hypothesen sind nicht als Wertung der Personen und ihrer Handlung zu sehen, sie sollen vielmehr als Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen dienen.

Tabelle 24: Vorlage Coachingprotokoll.

Coachingphase:	Patient*in	Begleitperson
Zielsetzung		
Aspekte	Freitextfelder	
Change Talk		
Sustain/Discord Talk		
Sitzungsverlauf		
Confidence Talk		
Eingesetzte Methoden		
Vereinbarungen		
Hypothesen/Reflexion Coach		

Aufbau des Promotionsvorhabens

### Gütekriterien für Beobachtungen

Döring und Bortz (Döring & Bortz, 2016a, S. 330) nennen als Minderung der Qualität von Beobachtungen:

- Beobachtungsfehler wie Wahrnehmungs-, Interpretations-, Erinnerungs- und Wiedergabefehler.
- Fehlerhafte Technik, wie ungünstige Kameraperspektive, unvollständige Aufnahme.

Es wurden sowohl Probe-Beobachtungen in Phase 1 durchgeführt und das Protokoll entsprechend optimiert, als auch Supervisionen der Beobachtenden zur Qualitätssicherung durchgeführt und mit dem Inhalt des Coachingprotokolls abgeglichen. Aufnahmen waren aus Datenschutzgründen nicht vertretbar, beziehungsweise war der Einfluss auf die Kommunikation mit den Kindern beträchtlich.

## 2.7 Quantitative Erhebungsinstrumente

Die quantitative Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen für die Patient\*innen und Begleitpersonen zu den Zeitpunkten t0, t1 und t2. Außerdem wurden mit dem Kurzfragebogen MoReMo im Erstgespräch und den Stundenevaluationen nach jeder Coachingeinheit quantitative Daten erhoben.

### 2.7.1 Fragebogen psychischer Auffälligkeiten

Für dieses Promotionsvorhaben wurden aus den Fragebogen nur die Items des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu, Version SDQ-Eltern) ausgewertet (Woerner et al., 2002). Die psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen wurden also anhand des Screeningverfahrens durch das Elternurteil erfasst. Aufgrund zu geringer Reliabilitäten in der MoReMo-Studie wurde auf das Selbsturteil in ReCoVer verzichtet. Der SDQ wurde in deutscher Fassung verwendet. Mit 25 Items werden mittels Fremdeinschätzung Stärken und Schwächen der Patient\*innen erfasst, wobei die Erfassung positiver und negativer Verhaltensaspekte ausgeglichen ist (Woerner et al., 2002).

### 2.7.2 Kurzfragebogen MoReMo

Ziel des Kurzfragebogens, in Kombination mit dem GLF-MoS, ist zum einen das Kennenlernen des Kindes und die Möglichkeit, das Kind ausführlich erzählen zu lassen und stellt nach Heinzl (2003) eine „handelnde Äußerungsmöglichkeit“ dar. Zum anderen ergänzt die Auswertungsmatrix die Beobachtung für die spätere Einschätzung des Motivationsstadiums. Der aus dem Projekt MoReMo übernommene Kurzfragebogen (Wienert, Kuhlmann, Fink, Hambrecht & Lippke, 2017) wird während des Einzelinterviews, parallel zur Anwendung des GLF-MoS, mit dem Kind ausgefüllt und enthält im ersten Teil begleitend zum Gesprächsleitfaden die Frage: „wer hatte die Idee zur Reha?“, die Skalierungsfragen, im

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Gesprächsleitfaden durch die Skalierung 0-10 gekennzeichnet sowie ein Freitextfeld für die Abnehmgründe.

Im zweiten Teil, dem Plan der Möglichkeiten, werden acht Empfehlungen vorgegeben, die einen relevanten Einfluss auf das Körpergewicht haben und mit denen eine Änderung des adipogenen Verhaltens vorgenommen werden kann. Der/die Patient\*in entscheidet für jede Möglichkeit aus den vorgegebenen Antwortoptionen, was für ihn/sie zutrifft und bewertet jede Möglichkeit nach einem Antwortschema, welches im Kurzfragebogen MoReMo mit entsprechenden Punkten bewertet wird.



Abbildung 23: Plan der Möglichkeiten (mod. nach BLE, 2019b, S. 78f.)

Dieser Teil wurde modifiziert nach dem von der Charité Berlin entwickelten BABELUGA-Arbeitsbogen (BLE, 2019b, S. 78f.). Das Instrument dient der Selbsteinschätzung adipogenen Verhaltens und wird im Laufe der Adipositasstherapie auch für die Selbststeuerung eingesetzt.

### 2.7.3 Stundenevaluation des Coachings

Nach Beendigung der jeweiligen Coachingeinheit wurde die Bewertung des Coachings durch die Begleitperson und das Kind mittels Stundenevaluation erfasst. Die Fragen wurden auf der Grundlage der Akzeptanz und Machbarkeit entwickelt. Mit der Beurteilung durch den Coach wurde hingegen die Teilnahme am Coaching bewertet sowie das Motivationsstadium.

#### 2.7.3.1 Akzeptanz

Die Antworten in der Stundenevaluation waren auf einer Skala mit jeweils fünf Skalenwerten (1= sehr gut – 5= gar nicht) anzukreuzen, gefolgt von einem Freitext-Feld (vgl. Hampel & Petermann, 2017):

**Wie hat Dir/ Ihnen das heutige Coaching gefallen?**

Sehr gut	Gut	mittel	Nicht gut	Gar nicht
----------	-----	--------	-----------	-----------

**Wie zufrieden bist du/ sind Sie mit dem heutigen Ergebnis?**

Sehr zufrieden	Zufrieden	Überwiegend zufrieden	Wenig zufrieden	Gar nicht zufrieden
----------------	-----------	-----------------------	-----------------	---------------------

**Wie wichtig war das heutige Thema für Dich/ Sie?**

Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Wichtig	Nicht so wichtig	Gar nicht wichtig
--------------	------------------	---------	------------------	-------------------

**Wie neu war das Thema für Dich/ Sie?**

Sehr neu	Ziemlich neu	Mir bekannt, daran will ich arbeiten	Mir bekannt, arbeite daran	Arbeite schon sehr lange daran
----------	--------------	--------------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Abbildung 24: Stundenevaluation für Patient\*innen und Begleitpersonen (vgl. Hampel & Petermann, 2017).

### 2.7.3.2 Motivationsstadien von Patient\*innen und Begleitpersonen

Der Beurteilungsbogen Coach wurde ebenfalls direkt nach dem Coaching ausgefüllt und beurteilte das beobachtete Verhalten der Teilnehmenden. Die Fragen wurden auf Grundlage der Aspekte erkennbarer Motivation entwickelt und waren ebenfalls auf einer Skala von 1 (gering) bis 5 (hoch) anzukreuzen. Für jeweils die Begleitperson und das Kind wurden folgende Fragen beantwortet:

- Es konnten Ziele für sich genannt und konkretisiert werden?
- Wie war die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung (Kompromissbereitschaft, lösungsorientierte Kommunikation, Change Talk)?
- Wie war die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung (Zielformulierung, Zuverlässigkeit, Confidence Talk, Vereinbarungen)?

Mit dem Beurteilungsbogen (Abb. 25) erfolgte auch nach jedem Coaching die jeweilige Einteilung der Patient\*innen und Begleitpersonen in die Motivationsstadien Mot. I-VI, gemäß der Beobachtung verbaler und nonverbaler Signale, wie in Kapitel 2.6.1 ausführlich beschrieben. Nach jeder Coachingeinheit wurde eine Beurteilung vorgenommen, ohne Inbezugnahme vorangegangener Beurteilungen.

**Patient\*in:** \_\_\_\_\_ **Begleitperson:** \_\_\_\_\_

**Die Beurteilung Coach bezieht sich auf das  1.  2.  3. Coaching**

**1. Es konnten Ziele für sich benannt bzw. konkretisiert werden.**

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
Pat.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
BP.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**2. Wie war die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung?  
(Kompromissbereitschaft, lösungsorientierte Kommunikation, Change Talk)**

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
Pat.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
BP.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**3. Wie war die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung?  
(Zielformulierung, Zuverlässigkeit, Confidence Talk, Vereinbarungen)**

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
Pat.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	gering	eher gering	mittel	eher hoch	hoch
BP.:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**4. Wie ist das Motivationsstadium zur Verbesserung krankheitsbezogener Verhaltensweisen (Krankheitsmanagement) insgesamt?**

Pat.:	I	II	III	IV	V	VI
-------	---	----	-----	----	---	----

BP.:	I	II	III	IV	V	VI
------	---	----	-----	----	---	----

Absichtslos, oberflächlich nichtwissend ablehnend, ablenkend, „ich will nicht“, „Ich habe keine Vorstellung/ Veranlassung	Absichtsbildung unkonkret, hiflos, achtsam, wachsam, vorsichtig „Ich erahne das Thema“ „ich könnte“ „vielleicht“	Ambivalent, Absichts- bildung, neugierig, offen, unkonkrete Ideen „ich möchte“, manchmal: „ich will“	Ambivalent, konkret, mutig, interessiert, optimistisch, aufgeweckt, Handlungs- idee es überwiegt: „ich will“	Entschlossen, selbstsicher, willensstark, zuversichtlich, enthusiastisch handlungs- vorbereitend „ich kann“	Aktiv, euphorisch, fokussiert, konzentriert, verantwortungs- bewusst, selbstwirksame Handlungen „ich mache“
---	---	--	---	--	---

**5. Bemerkung:**

---



---

## 2.8 Datenauswertung qualitativ

Die qualitativen Daten wurden nach Transkription mit der Software MAXQDA 2020 ausgewertet. Es erfolgte eine qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung und deduktiver Kategorienanwendung nach Mayring (2015) sowie eine Typenbildung nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022).

### 2.8.1 Datenaufbereitung

Die Audiodateien der leitfadengestützten Gruppeninterviews wurden wörtlich transkribiert, damit die Inhalte in verschriftlichter Form systematisch nachvollzogen werden können (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 199). Alle Transkripte wurden von der interviewenden Person erstellt, was die Zuordnung des Gesagten zu den Interviewten sicherstellte. Nonverbale oder allgemeine Äußerungen wurden im Gegensatz zu Füllwörtern oder zustimmenden Lauten transkribiert.

Die Transkriptionsregeln orientieren sich hierbei an denen von Kuckartz und Rädiker (2019, S. 44). Alle genannten und sprechenden Personen in den Transkripten wurden mithilfe ihrer zugewiesenen Codierung anonymisiert.

### 2.8.2 Typenbildende qualitative Inhaltsanalyse

Laut Kuckartz und Rädiker (2022, S. 176) ist die Methode der Typenbildung für die Analyse von Zielgruppen geeignet und ermöglicht uns, mehrdimensionale Muster in den Daten zu erkennen, die zuvor inhaltlich strukturiert und kodiert wurden. Kuckartz (2006, S. 40) beschreibt die Typenbildung, bei der Ähnlichkeiten in Merkmalsausprägungen zu Typen zusammengefasst werden, als **Verallgemeinerungsstrategie zur Mustererkennung**. In insgesamt neun Schritten werden neben den primären noch weitere Merkmalsausprägungen analysiert und den jeweiligen Typen zugeordnet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 187):

In **Phase 1** wird die Typenbildung an sich definiert und die Komplexität und der Differenzierungsgrad festgelegt. Primäre und sekundäre Merkmale spiegeln das Erkenntnisinteresse der Forschungsfrage wider und limitieren bzw. entscheiden über die Konstruktion der Typologie. Bei der merkmals-homogenen monothetischen Typenbildung genügt eine zweidimensionale, zu einem vier-Felder-Schema, angeordnete Typologie mit einem Merkmal in zwei Ausprägungen. Eine vermehrte Anzahl von Merkmalen und Ausprägungen führt dagegen zu entsprechend großen Tabellen, die bei einer Typenbildung durch Reduktion auf eine geringere Anzahl homogener Typen verringert werden kann. Bei der Bildung merkmals-heterogener polythetischer Typen hingegen wird die Typologie nicht durch die Kombination aus Merkmalen konstruiert, sondern induktiv aus dem empirischen Material gebildet.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Die **Phase 2** dient ergänzend zur ersten Phase der Festlegung des Merkmalsraums. Die Merkmale dienen der Typendifferenzierung und müssen daher eindeutig sein, die Typen klar voneinander abgrenzen und sich auch im Material wiederfinden. Es wird geprüft inwieweit auf vorhandene Kategorien zurückgegriffen werden kann.

Während **Phase 3** wird das vorhandene Material fallbezogen kodiert, so können später multidimensionale Muster im Datenmaterial identifiziert werden.

In **Phase 4** findet die eigentliche Typenbildung statt, die entsprechend des Datenmaterials, der Forschungsfrage und der Zielgruppe merkmalshomogen monothetisch (durch Reduktion) oder polythetisch erfolgt. Die Typen werden hinsichtlich ihres Merkmalsraums beschrieben.

Daraufhin können die Fälle in **Phase 5** eindeutig den jeweiligen Typen zugeordnet werden.

In **Phase 6** werden die Typen beschrieben und anhand von Zitaten aus dem Datenmaterial verständlich dargestellt. In dieser Phase erfolgt auch eine vertiefende Analyse von Einzelfällen, die nur bei entsprechender Fallgruppengröße repräsentativ erfolgen kann. Das bedeutet, es werden Prototypen dieser Gruppe beschrieben. Alternativ kann aus einschlägigen Textsegmenten ein Idealtyp gebildet und beschrieben werden.

Nach Auswertung und Darstellung der Typologie können in **Phase 7** Zusammenhänge zwischen den Typen und sekundären Informationen untersucht werden. Diese gehören nicht dem Merkmalsraum der Typenbildung an, sind in Bezug auf die Forschungsfrage dennoch von Bedeutung, wie zum Beispiel soziodemographische Merkmale.

In **Phase 8**, der letzten Phase der Analyse, geht es um die Erforschung komplexer Zusammenhänge. Im Datenmaterial, das inhaltlich strukturiert analysiert wurde, können nun Zusammenhänge hinsichtlich thematischer oder bewertender Kategorien hergestellt werden.

In **Phase 9** wird die Typologie als zweidimensionales Koordinatensystem visualisiert und die Ergebnisse dargestellt.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

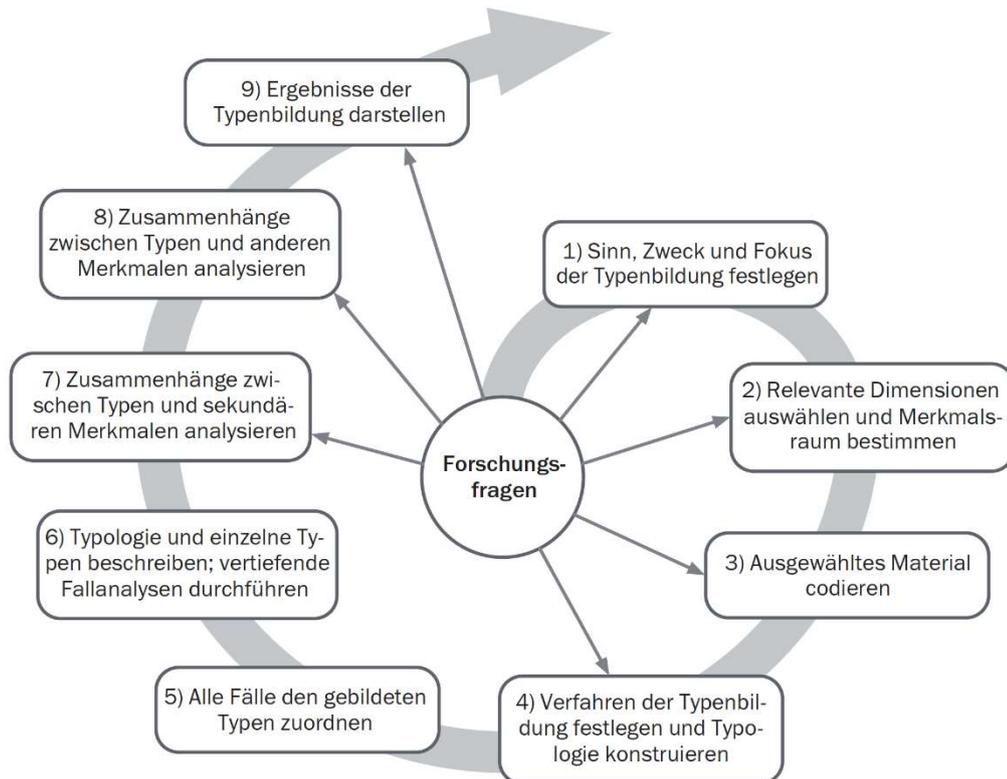


Abbildung 26: Ablauf der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse in 9 Phasen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 186).

### Gütekriterien der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse

Kuckartz (2006, S. 40f.) formuliert selbst Fragen zu Qualitätskriterien um die Typenbildung als methodisch kontrolliertes und reflektiertes Verfahren zu konzipieren:

- Nach welchen Prinzipien erfolgt die Typenbildung und welcher Art sind die Typen?
- Welche Merkmale liegen der Typenbildung zugrunde und warum gerade diese?
- Auf welche Weise erfolgt die Zuordnung von Personen zu Typen?
- Liegen die Merkmale jedes Typs bei allen Individuen mit Sicherheit oder nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vor?
- Wie homogen sind die gebildeten Typen?
- Ist die gefundene Typologie auch in der sozialen Welt vorhanden, das heißt verstehen sich die Mitglieder eines Typs auch selbst als eine solche Gruppe und wie wird diese Frage überprüft, zum Beispiel sind Schritte der kommunikativen Validierung erfolgt?

Die Ergebnisse werden in Kapitel 3 anhand der genannten Kriterien überprüft und dargelegt.

### 2.8.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Im folgenden Abschnitt wird die zur Auswertung der Interviews verwendete qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) dargestellt sowie das Vorgehen bei der Typenbildung innerhalb einer qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022). Grundlegender Ansatz laut Mayring (2015, S. 50) ist: „...die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln.“ (Mayring, 2015) konkretisiert das Vorgehen wie folgt (S.50f.):

Hauptanliegen ist ein systematisches Vorgehen durch vorab festgelegte Regeln der Textanalyse. Die Analyseschritte werden vorab festgelegt, orientieren sich an der Fragestellung und sind so beschrieben, dass eine zweite Person die Analyse ähnlich durchführen kann. Trotzdem steht der Gegenstand der theoriegeleiteten Analyse im Vordergrund, nicht die Technik. Des Weiteren muss das Material in einem Kommunikationszusammenhang stehen; der Text wird dabei nicht nur innerhalb seines Kontextes interpretiert, sondern auch auf die Entstehung und Wirkung hin untersucht. In qualitative Analyseprozesse werden quantitative Schritte sinnvoll eingebaut, was das integrative Methodenverständnis unterstützt. Objektivität, Reliabilität und Validität sind auch in der qualitativen Inhaltsanalyse wichtige Gütekriterien.

Die Interpretation des Materials erfolgt mittels drei Grundformen (Mayring, 2015, S. 67). Mit der Zusammenfassung wird das Material so reduziert, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und das Grundmaterial abbilden. Hierzu zählt auch die induktive Kategorienbildung. Durch Explikation werden fragliche Textteile im Rahmen einer Kontextanalyse, anhand von zusätzlichem Material, erläutert und gedeutet. Mit der Strukturierung (deduktive Kategorienanwendung) wird das Material nach Ordnungskriterien formal, inhaltlich, typisierend oder skalierend strukturiert.

Für die Auswertung der vorliegenden Daten wurde vornehmlich das Prinzip der induktiven Kategorienbildung angewendet. Ergänzend wurde das Material theoriegeleitet nach festgelegten Ordnungskriterien deduktiv eingeschätzt und im Rahmen der Einzelfallanalyse das Material im Gesamtkontext betrachtet.

Um der Regelgeleitetheit der induktiven Kategorienbildung nachzukommen, wurden für die jeweils ausgewählten Auswertungseinheiten (transkribierte Interviews und Protokolle) zunächst das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau festgelegt. Das Selektionskriterium definiert möglichst genau, unter welchen Voraussetzungen aus einer Textstelle eine Kategorie gebildet werden kann, das Abstraktionsniveau legt fest, wie explizit oder abstrakt die Kategorien formuliert werden sollen (Mayring, 2015, S. 85). Nachfolgend werden die Kontexteinheiten (Absätze) Material schrittweise bearbeitet und bei Erfüllung des Selektionskriteriums sowie unter Einbezug des Abstraktionsniveaus eine Kategorie gebildet.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

Im Verlauf wird bei Zutreffen des Selektionskriteriums auf eine Kodiereinheit (sinntragende Phrase) entweder eine neue Kategorie gebildet oder diese einer der bestehenden Kategorien zugeordnet (Subsumption).

*Tabelle 25: Analyseeinheiten der vorliegenden Studie.*

<b>Analyseeinheiten</b>	
<b>Kodiereinheit</b>	Sinntragende Phrase
<b>Kontexteinheit</b>	Ein Absatz
<b>Auswertungseinheit</b>	Transkribiertes Interview oder Protokoll

Nach Bearbeitung von ca. 10-50% des Materials ist eine Revision des Kategoriensystems vorgesehen. Die bereits gebildeten Kategorien werden mit dem Analyseziel abgeglichen und die inhaltsanalytischen Regeln hinsichtlich ihrer Passung zum Material und der Fragestellung überprüft (Mayring, 2015, S. 86). Die deduktive Kategorienanwendung hingegen hat das Ziel, eine bestimmte Struktur aus der Fragestellung abzuleiten, theoretisch zu begründen und das Material danach zu filtern. Die Kodiereinheiten werden gemäß eines Kategoriensystems zugeordnet, welches die Kategorien eindeutig und theoriegeleitet definiert und mit Ankerbeispielen belegt. Gegebenenfalls werden bei Abgrenzungsproblemen weitere Kodierregeln verfasst (Mayring, 2001, S. 97). Auch hier wird nach einer ersten Erprobung das bisherige Ergebnis überprüft und das System optimiert.

In Abbildung 27 sind beide Ablaufmodelle der Grundtechniken induktive Kategorienbildung und deduktive Kategorienanwendung im Vergleich dargestellt.

## Aufbau des Promotionsvorhabens

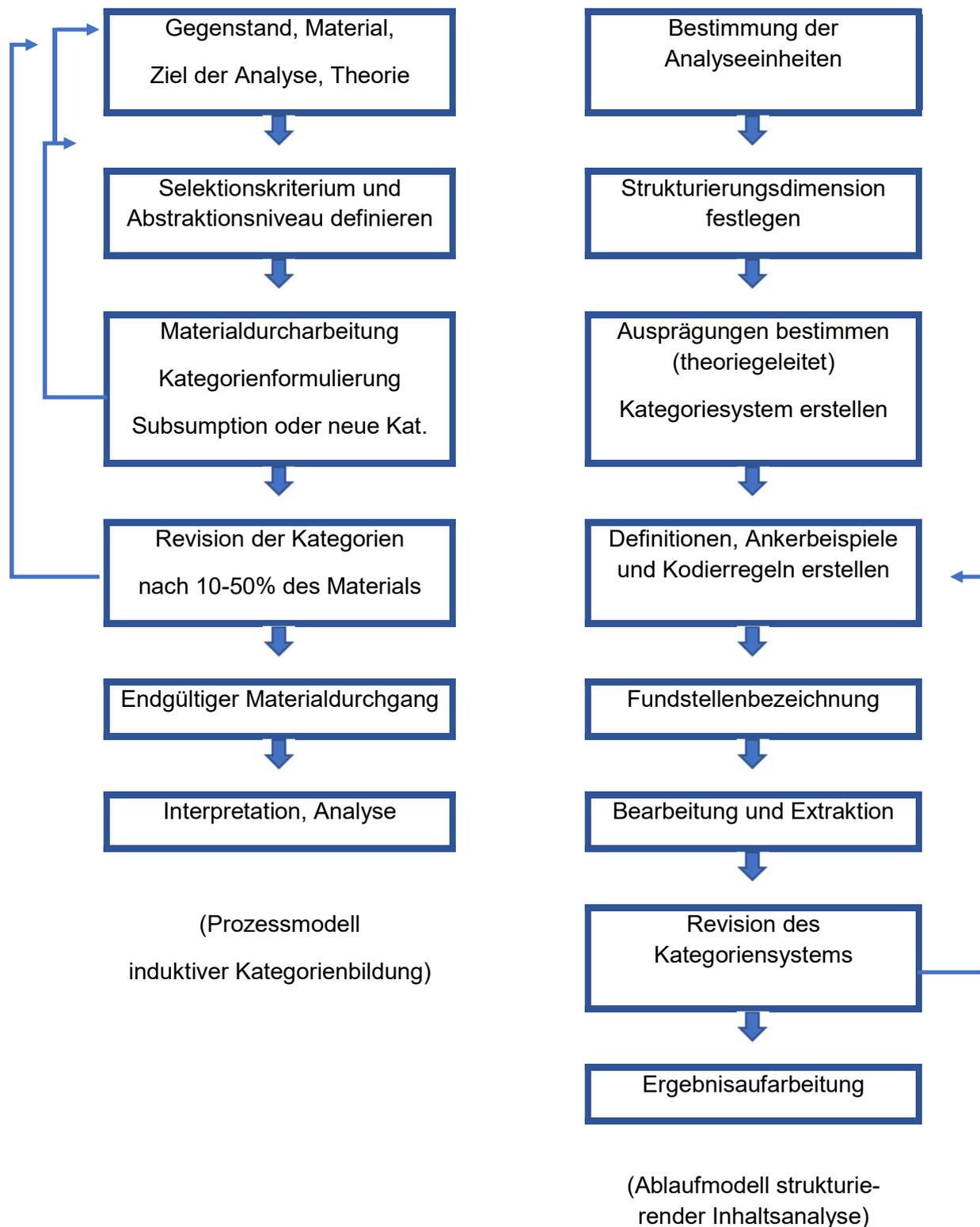


Abbildung 27: Gegenüberstellung induktiver Kategorienbildung und strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 86 und 98).

## 2.9 Datenauswertung quantitativ

In diesem Kapitel werden die deskriptive und statistische Auswertung der quantitativen Daten dargestellt: Die statistische Auswertung des SDQ-fremd (t0 und t1) erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS 28 für Windows, die grafischen Darstellungen wurden mit Microsoft Excel 2019 erstellt. Die Stundenevaluationen und Beurteilungen des Coach sowie der Kurzfragebogen wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet und als Balkendiagramme dargestellt.

### 3. Ergebnisse

Im Folgenden wird die Motivationslage der Begleitpersonen und Patient\*innen sowohl einzeln, als auch als Familie typisiert (Patient\*in und dazugehörige Begleitperson) zu den Zeitpunkten t0 und t1 dargestellt sowie die motivationale Entwicklung im Coachingverlauf. Die Hauptfragestellung befasst sich mit der Motivationslage der Begleitpersonen. Die Ergebnisse, die Aufschluss darüber geben, wie sich die Begleitpersonen hinsichtlich der Ausgangskonstellationen unterscheiden, werden unter Kapitel 3.1 dargestellt. Die Einschätzung des Motivationsstadiums zum Zeitpunkt t0 beruhte auf der Beobachtung während der Fokusgruppeninterviews mit den Begleitpersonen (N=31). Unter der ersten Nebenfragestellung (Kapitel 3.2) werden die Ergebnisse der Einzelinterviews mit den Patient\*innen (N=31) bezüglich ihrer Motivation und Ziele zum Zeitpunkt t0 dargestellt. Kapitel 3.3 fasst die Ergebnisse zu Nebenfragestellung 2 und der Verläufe des Motivationsstadiums der Familien zusammen, bestehend aus den Entwicklungen der Typen im Merkmalsraum Motivation und den Einzelfallanalysen.

#### 3.1 Hauptfragestellung

Die Hauptfragestellung fokussiert sich auf die Motivationslage und Ziele der Begleitpersonen zu den Zeitpunkten t0 und t1. Da die typisierende qualitative Inhaltsanalyse angewendet wurde, wird in Kapitel 3.1.1 zunächst eine Fallzuordnung vorgenommen, in der die Begleitpersonen und Patient\*innen nach ihrem Motivationsstadium eingeteilt wurden. Daraus ergibt sich ein vier-Felder-Schema mit den Typen unterschiedlicher Konstellationen an Motivation. Die Hauptfragestellung:

- Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?

wird anschließend im Hinblick auf die Begleitpersonen jeweils innerhalb ihres Typs im vier-Felder-Schema betrachtet. Für die Darstellung der Motivationslage wurden die Fokusgruppeninterviews zum Zeitpunkt t0 und t1 mittels induktiver Kategorienbildung ausgewertet. Die Ziele (t0) ergaben sich aus der Nennung auf Moderationskarten zu Beginn der 1. Coachingeinheit.

##### 3.1.1 Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0

Es ergab sich folgendes Schema bei der Einteilung der Patient\*innen und Begleitpersonen in ein Schema mit dem homogenen Merkmal Motivation und der Ausprägung in die Motivationsstadien Mot. I-VI:

## Ergebnisse

Tabelle 26: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-VI.

t0 Pat.: BP	Mot. I	Mot. II	Mot. III	Mot. IV	Mot. V	Mot. VI
Mot. I						
Mot. II			2004			
Mot. III	2018	2012, 2020, 2022, 2025	2008, 2029	2006, 2015, 2019, 2027, 2031		2005
Mot. IV		2007, 2017, 2021, 2023, 2026	2002, 2014, 2016	2010, 2011, 2028		
Mot. V	2024		2009	2030	2003, 2013	
Mot. VI				2001		

Die Begleitpersonen lagen im Bereich BP Mot. III-V. Die Felder BP Mot. I wurden nicht belegt, in BP Mot. II und VI befand sich jeweils nur eine Begleitperson. Die Patient\*innen befanden sich überwiegend in Mot. II-IV, wobei in jedem Motivationsstadium mindestens ein/e Patient\*in eingestuft wurde.

Für die eindeutigere Typenbildung wurden jeweils die Mot. I-III und Mot. IV-VI zusammengefasst und somit die Merkmalsausprägungen von sechs auf zwei reduziert. Die Motivationsgrenze liegt zwischen drei und vier, da sie den Übergang von der motivationalen zur volitionalen Phase (HAPA) darstellt und auch im Modell des MI, von „ich möchte“ zu „ich will“ und im TTM eindeutig den Übergang von der Absicht zur aktiven Handlungsvorbereitung beschreibt. Das Motivationsstadium Mot. I-III wird im Folgenden als minus (-) gekennzeichnet, Mot. IV-VI als plus (+). Es ergibt sich ein Vier-Felder-Schema aus den Pat.-BP-Konstellationen **Pat.-/BP-**, **Pat.+ /BP-**, **Pat.-/BP+** und **Pat.+ /BP+**.

Tabelle 27: Fallzuordnung (Familien 2001-2031) im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0 mit Differenzierungsgrad Mot. I-III und Mot. IV-VI.

Mot. t0	Pat. - (Mot. I-III)			Pat. + (Mot. IV-VI)		
BP - (Mot. I-III)	2004	2008	2012	2006	2005	2019
	2018	2020	2022	2015	2031	2027
	2025	2026	2029			
BP + (Mot. IV-VI)	2002	2007	2009	2001	2003	2010
	2014	2016	2017	2011	2013	2028
	2021	2023	2024	2030		

### 3.1.2 Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0

Das Vier-Felder-Schema (Tab. 27) ist der Ausgangspunkt für die Hauptfragestellung. Die Hauptfragestellung hatte zum Ziel, die Unterschiede der Begleitpersonen hinsichtlich ihrer motivationalen Ausgangskonstellation zu erheben und die vier Gruppen hinsichtlich ihres Merkmalsraums anhand der erhobenen Daten zu beschreiben. Für die Darstellung der Begleitpersonen in ihrem Merkmalsraum wurden fünf Fokusgruppeninterviews mittels induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2015) ausgewertet (N=27).

*Tabelle 28: Auswertungsfrage 1 der Hauptfragestellung bezüglich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0.*

<b>Hauptfragestellung</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 1</b>	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0?
<b>Selektionskriterium</b>	Hinweise auf die Motivationslage der Begleitpersonen oder Aussagen zur Einschätzung ihres Kindes
<b>Abstraktionsniveau</b>	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Motivationslage der Begleitpersonen zu Beginn der Rehabilitation darstellen

Nach der induktiven Kategorienbildung wurden die Kategorien anhand von vier Hauptkategorien (selbstreflexive Veränderungsabsicht, Widerstand, Hemmnisse und Einschätzung Kind) zusammengefasst. Das in MAXQDA entwickelte Kodiersystem wurde in Tabelle 29 dargestellt. Unter selbstreflexiver Veränderungsabsicht wurden alle Kodiereinheiten zusammengefasst, die die Absicht einer Veränderung ausdrückten oder eine konkrete Handlung beschrieben, was die Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung implizierte. Auch wenn noch keine aktive Handlung geplant werden konnte, wurde die konkrete Formulierung eines Hilfebedarfs als Vorstufe der Änderungsabsicht gewertet.

Als Widerstand wurden die in MI als Sustain Talk definierten Aussagen zusammengefasst, die ein Verhalten oder eine Situation rechtfertigten oder als Discord Talk relativierten; als Gegenteil einer Verantwortungsübernahme fanden sich hier auch Äußerungen, die eine fehlende Unterstützung zum Ausdruck brachten. Sustain Talk gilt als Bestandteil der Ambivalenz und tritt stärker auf, je weniger eine Person zur Veränderung bereit ist (Miller & Rollnick, 2015, S. 233). Intrinsische Handlungserwartung erfasste somit den Wunsch oder die Erwartung der Begleitperson, ihre Verantwortung sei nicht vonnöten, wenn ihr Kind intrinsisch motiviertes Handeln zeigte. Unter extrinsischer Handlungserwartung wurde erfasst, wenn die Begleitperson die Vorstellung äußerte, das Kind solle zur Zielerreichung von Außenstehenden

## Ergebnisse

motiviert werden. Extrinsische Motivationen waren als Ideen bei fehlender Handlungs idee der BP zu bewerten.

Als Hemmnis wurden reflektierte Äußerungen zur Einsicht von Schuld kodiert, in Abgrenzung zur fehlenden Selbstannahme bei Widerstandsäußerungen. Hilflosigkeit beschreibt Sorgen und situative Äußerungen, die nicht lösungsorientiert, im Sinne eines Hilfebedarfs, formuliert wurden. Eltern-Kind-Konflikte wurden ebenfalls als Hemmnis einer gemeinsamen Arbeit an den Rehabilitationszielen bewertet. Unter der Kategorie Einschätzung Kind sind alle Kodiereinheiten erfasst, die die Begleitpersonen bezüglich ihrer Fremdwahrnehmung zum Motivationsstadium des Kindes trafen.

Die Nennung in der Hauptkategorie selbstreflexive Veränderungsabsicht war eher ein Hinweis auf ein hohes Motivationsniveau, während Hemmnisse, und Widerstand (Sustain Talk) eher auf ein niedrigeres Motivationsniveau schließen hindeuteten.

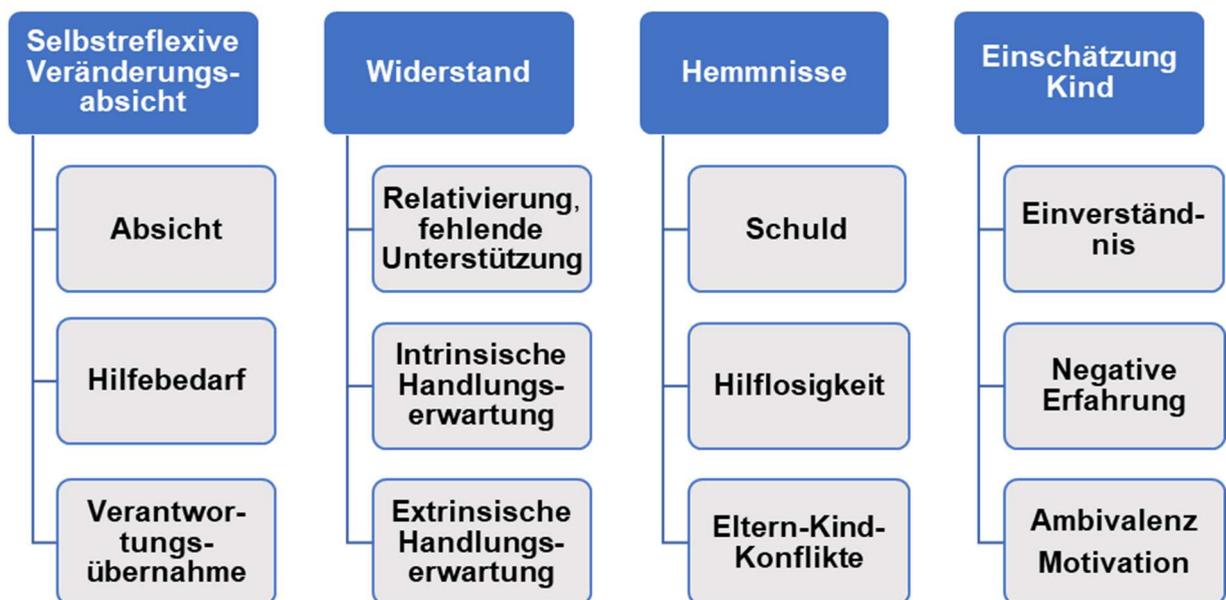


Abbildung 28: Kategorienbaum Fokusgruppeninterviews BP, t0.

## Ergebnisse

Tabelle 29: Induktiv gebildete Hauptkategorien und Kategorien der Auswertungsfrage 1.

Liste der Kategorien	Beschreibung	Absolute Häufigkeit
Kodiersystem		145
<b>Selbstreflexive Veränderungsabsicht</b>		
Absicht	Aussagen der BP, dass gehandelt werden muss. Über eine Verhaltensänderung wird nachgedacht, aber noch nicht gehandelt	9
Hilfebedarf	BP äußert aktiv Hilfebedarf,	10
Verantwortungsübernahme	Eltern nehmen die Verantwortung wahr, treffen Entscheidungen und handeln	28
<b>Widerstand</b>		
Relativierung, fehlende Unterstützung	schuldabweisend, kleinredend, Äußerung beschreibt Vernachlässigung der Verantwortlichkeit, fehlende Vorbildfunktion	22
intrinsische Handlungserwartung	BP wünscht/ erhofft sich selbstwirksames Handeln und Eigenverantwortung vom Kind	13
Extrinsische Handlungserwartung	BP erwartet Handlung von Dritten, die zur Motivation des Kindes führt	8
<b>Hemmnisse</b>		
Eltern-Kind-Konflikte	Differenzen zwischen Pat. und BP	8
Hilflosigkeit	Sorgen über das Kind, Rückfälle, eigene Hilflosigkeit	9
Schuld	Reflektieren von eigener Schuld, Fehlern, Ausdruck von Scham	5
<b>Einschätzung Kind</b>		
Einverständnis	positive Äußerungen hinsichtlich der Reha, Einverständnis	11
Ambivalenz und Motivation	Eltern beschreiben Ambivalenz oder Motivationsstadium des Kindes	14
negative Erfahrung, Unsicherheit	Einschneidende Erlebnisse, Heimweh, Angst	8

## Ergebnisse

## 3.1.3 Typisierung nach Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0

Im Folgenden werden die Aussagen der Begleitpersonen in ihren Kategorien, innerhalb der jeweiligen Typisierung, dargestellt.

**Pat - / BP -**

Die Äußerungen zur **selbstreflexiven Veränderungsabsicht** waren wenig ausgeprägt hinsichtlich der eigenen Absicht, etwas zu verändern und der aktiven Verantwortungsübernahme. Absicht und Verantwortungsübernahme bezogen sich vor allem auf die aktive Entscheidung, eine Rehabilitation zu beantragen.

*„Bei mir war es halt, ich hatte den Kinderarzt darauf aufmerksam gemacht und es war eine gute Idee, wurde auch direkt genehmigt.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortungsübernahme t0\_2219-2226 > 2220, Pos. 7

*„...ich möchte so einen Antrag stellen.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 3

Hilfebedarf wurde hingegen häufig formuliert und es wurde eingeräumt, die Veränderungen nicht ohne fremde Hilfe bewältigen zu können. Auch der Bedarf nach Ideen und Anregungen wurde häufiger genannt. Die Äußerungen hinsichtlich des Hilfebedarfs waren in dieser Gruppe, im Verhältnis zu den anderen, am meisten vertreten.

*„... , dass man auch Anregungen bekommt.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Hilfebedarf t0\_2219-2226 > 2222, Pos. 47

*„... , dass wir uns da Hilfe holen, weil ich der Meinung bin, dass ich es nicht alleine schaffe und ich möchte mir Hilfe holen.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Hilfebedarf t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 3

*„Ich bin als Mensch überfordert mit dem diskutieren und dann höre ich auf und er hat gewonnen (macht sein Lachen nach). Das ist ein Punkt, da muss ich mich ehrlich beherrschen. Und ja, da muss ich noch viel machen. Das weiß ich, da muss ich konsequenter sein.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Hilfebedarf t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 68

Äußerungen der Hauptkategorie **Widerstand** waren in dieser Gruppe am häufigsten vertreten und ebenso häufig wie in der Gruppe der gering motivierten BP mit höher motivierten Pat. Die als Relativierung/ fehlende Unterstützung codierten Äußerungen spiegelten zum einen die Situation ihres Kindes wider, welche sich aus der Sicht der Begleitpersonen entwickelte, ohne dass sie das selbst maßgeblich hätten beeinflussen können.

*„Beim Kinderarzt, der hat auch schon immer gesagt: „gucken sie mal“ und so, ...“*

Code: ● Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 3

## Ergebnisse

*„...durch seine Größe jetzt auch übergewichtig, vorher war er nicht übergewichtig, dadurch dass er jetzt auch öfter ein Bein gebrochen hatte, hat er weniger Bewegung als andere bekommen und so kam eins zum anderen.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2226, Pos. 4

Zum anderen äußerten sich die Begleitpersonen häufig bezogen auf die fehlende Unterstützung im Sinne einer fehlenden Anteilnahme am Unterstützungsbedarf der Kinder. Die Erklärung, wieso das Kind das Übergewicht nicht reduzieren kann, deutete gleichzeitig die nicht wahrgenommene Vorbildfunktion an, die sich hinter dem Begriff fehlende Unterstützung verbirgt.

*„Weil in der letzten Reha, da habe ich ihn so ein bisschen unter Druck gesetzt, weil sie da auch abnehmen konnten war ich ein bisschen traurig, dass er da nicht so viel abgenommen hat, aber jetzt bin ich der Meinung, er soll mal für sich selbst sehen, was richtig ist.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2226, Pos. 31

*„Naja, wenn der Magen knurrt und dann steht da ein geiles Essen? Das ist hart.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2225, Pos. 86

Äußerungen zur intrinsischen Handlungserwartung waren ebenfalls ausgeprägt und bezogen sich auch auf den Wunsch, bei dem eigenen Kind möge es einfach „Klick machen“, so dass es selbst intrinsisch motiviert handelt.

*Bei mir ist die Anregung mehr, dass er das selber versteht, was und wieviel er davon darf, unabhängig, wie viel wir davon zuhause stehen haben oder nicht.*

Code: • Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2219-2226 > 2226, Pos. 29

*„... wenn es Klick gemacht hat, wenn er weiß, es bewegt sich was und mir geht es gut, mir geht es besser und ich habe nicht mehr so viel mit mir rumzutragen, ...“*

Code: • Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2219-2226 > 2222, Pos. 91

Die Definition einer Äußerung, die den Wunsch nach Motivation durch Eingriff von außen widerspiegelt, wird durch dieses Beispiel verdeutlicht (auf die Frage: Was erhoffen sie sich von der Reha). Es gibt einen Lösungswunsch ohne Handlungs-idee:

*„Also, dass wir irgendwie beide motiviert werden.“*

Code: • Widerstand > extrinsische Handlungserwartung t0\_2219-2226 > 2225, Pos. 32

Der Wunsch nach extrinsischer Handlung verdeutlichte außerdem, dass sich die Begleitperson nicht in einer Vorbildfunktion oder die Verantwortung bei den Klinikmitarbeitenden sah.

*„Sie haben ja so eine Mappe, wo sie alles eintragen. Ihnen das beizubringen, das ist ja immer nur für einen Tag, dann kreuzt er das ja wohl auch alles an und malt noch ein Kästchen dran, wenn da was zu viel ist. Da mal nach dem Mittag direkt jeden einzelnen zur Seite zu nehmen*

## Ergebnisse

*und dass man schaut, was hast du da angekreuzt und da und warum ist das zu viel oder wo passt das hin, denn das weiß er noch nicht.“*

Code: • Widerstand > extrinsische Handlungserwartung t0\_2219-2226 > 2226, Pos. 49

Unter der Hauptkategorie **Hemmnisse** fanden sich in dieser Gruppe wenig Äußerungen. Ein Eltern-Kind-Konflikt beschrieb die Herausforderung, gewünschtes Verhalten zu belohnen und dabei als Elternteil konsequent zu bleiben:

*„Das ist immer die Gefahr, wann gibt's die Kugel mehr? Die reizen das auch schön aus, jetzt habe ich zwei Runden geschwommen, jetzt kriege ich eine Kugel Eis.“*

Code: • Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2219-2226 > 2226, Pos. 40

Die Reflexion über den eigenen Schuld-Anteil fand ebenfalls wenig statt. Die Äußerung in dieser Kategorie spiegelte gleichzeitig auch die Hilflosigkeit wider, nicht zu wissen, wie das Verhalten verändert werden kann.

*„Ich weiß, dass ich Fehler gemacht habe und wie kann ich die Fehler, die ich vielleicht im Alltag auch mache, besser gestalten oder was kann ich als Mutter dann noch besser machen.“*

Code: • Hemmnisse > Schuld t0\_2227-2231 > 2229, Pos. 13

Hilflosigkeit wurde in dieser Gruppe durch die Angst und fehlende Zuversicht ausgedrückt, das eigene Verhalten nicht ändern zu können.

*„Da habe ich so dieses Angstgefühl, also ich wünsche mir sehr, dass ich es schaffe, dieses Nein sagen, was mir schwerfällt, gebe ich ja zu. Also das ist die Hoffnung, dass ich das schaffe.“*

Code: • Hemmnisse > Hilflosigkeit t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 109

Zu der **Einschätzung des Kindes** und den diesbezüglichen Fragen, gab es seitens der Begleitpersonen dieser Gruppe wenige Aussagen. Eine Aussage ließ darauf schließen, dass die Rehabilitation mit Einverständnis des Kindes beantragt wurde.

*„Bei uns hat es der Hausarzt empfohlen, dass man das mal machen sollte, darauf habe ich mit 2129 gesprochen und dann haben wir diesen Antrag gestellt.“*

Code: • Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2227-2231 > 2229, Pos. 2

Die Begleitpersonen beschrieben ihre Kinder als eher gering eigenmotiviert, gleichzeitig schätzte eine Begleitperson die Motivation ihres Kindes eher hoch ein.

*„Er sagt auch: eigentlich will ich gar nicht hier sein.“*

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2219-2226 > 2222, Pos. 17

*„Er hat sich auch schon so kleine Ziele gesetzt, finde ich toll, die haben wohl schon in der Gruppe besprochen wieviel sie abnehmen wollen, aber ich sag: „das entscheidest ja sowieso*

## Ergebnisse

*du“ und er macht tapfer mit. Er mag auch gerne Sport jetzt wieder machen, also was er auch vernachlässigt hat, also, er scheint sehr motiviert zu sein.“*

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2201-2205 > 2204, Pos. 45

Kasten 4: Zusammenfassung Pat.- /BP- zum Zeitpunkt t0.

Äußerungen zur **selbstreflexiven Veränderungsabsicht** waren in der Gruppe Pat. - /BP - wenig ausgeprägt hinsichtlich der eigenen Absicht, etwas zu verändern und der aktiven Verantwortungsübernahme. Hingegen wurde der Hilfebedarf, im Vergleich zu den anderen Gruppen, am häufigsten thematisiert.

**Widerstand** zeigte sich in dieser Gruppe am häufigsten in den Aussagen und trat ebenso häufig auf, wie in der Gruppe der gering motivierten BP mit höher motivierten Pat. Äußerungen der Begleitpersonen waren häufig bezogen auf die fehlende Unterstützung im Sinne einer fehlenden Anteilnahme am Unterstützungsbedarf der Kinder. Ebenso ausgeprägt waren Äußerungen zur intrinsischen Handlungserwartung mit dem Wunsch, bei dem eigenen Kind möge es einfach „Klick machen“, so dass es selbst intrinsisch motiviert handelt.

Unter der Hauptkategorie **Hemmnisse** fanden sich in dieser Gruppe wenig Äußerungen zur Reflektion. Zu der **Einschätzung des Kindes** und den diesbezüglichen Fragen, gab es seitens der Begleitpersonen dieser Gruppe wenige Aussagen. Die Begleitpersonen beschrieben ihre Kinder als eher gering eigenmotiviert.

### Pat. + / BP -

Diese Gruppe der interviewten Begleitpersonen zeichnete sich ebenfalls durch ein niedriges Motivationsstadium aus, was sich auch durch häufige Äußerungen von Sustain Talk im Verhältnis zu wenig Aussagen bezüglich **selbstreflexiver Verhaltensänderung** zeigte. Auch hier wurde die Verantwortungsübernahme eher in der Beantragung einer Rehabilitation widergegeben, eine Begleitperson zeigte zu Beginn der Reha ihre Verantwortungsannahme: *„Ja wir sind halt tatsächlich pro aktiv auf die Kinderärztin zugegangen“*

Code: • selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 5

*„Ja, das machen wir aber nach jeder Mahlzeit, da nehmen wir das Heft und schauen, jetzt hattest du das und das. Also das ist schon wichtig, dass das nach jeder Mahlzeit gemacht wird.“*

Code: • selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2219-2226 > 2219, Pos. 54

## Ergebnisse

Des Weiteren blieb es bei einer Absichtsäußerung, die bezüglich der aktiven Handlung des Kindes Zuversicht ausdrückte, nicht aber in Bezug auf die Verhaltensänderungen innerhalb der Familie.

*„Was 2105 angeht bin ich sehr zuversichtlich. Das ist ja die Sache, wenn wir alle dranbleiben, dann...ich hoffe, dass es klappt.“*

Code: • selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 114

Ein Hilfebedarf wurde durchaus gesehen und formuliert, sowohl als Anbahnung der Rehabilitation, als auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Maßnahme:

*„Ideen mitnehmen, wie man es umsetzen kann, auch langfristig, letztendlich. Es nützt mir ja nichts, wenn ich das jetzt hier 4 Wochen mache, vielleicht noch 3 Wochen zuhause und dann wieder in den alten Trott zurückfalle.“*

Code: • selbstreflexive Veränderungsabsicht > Hilfebedarf t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 25

*„Also bei uns war es zuhause so, dass wir gemerkt haben, es geht in eine Richtung, die nicht mehr gut ist, also wir versuchen es mal mit Ernährungsberatung, das hatte der Arzt damals so verordnet.“*

Code: • selbstreflexive Veränderungsabsicht > Hilfebedarf t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2115, Pos. 2

Die Äußerungen, die **Widerstand** im Sinne von Sustain Talk ausdrückten und gegen eine Veränderung sprachen, waren in hohem Maße vorhanden. Vor allem die relativierenden Aussagen im Sinne von Discord Talk und fehlende Unterstützung waren im Vergleich zu intrinsischer und extrinsischer Handlungserwartung häufig. Dabei wurden deutlich relativierende Aussagen kodiert, die die ausgebliebene Verantwortungsübernahme rechtfertigten.

*„Und Eltern wollen ja nur was Böses, wenn man das sagt. Das ist ja das Entscheidende.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 23

*„Er weiß vieles, er hat meiner Meinung nach auch nicht so schlimmes Übergewicht, er ist extrem sportlich, ...“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 18

*„Man hat zu lange im alten Trott gelebt.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 51

Die Erziehung im Sinne einer Umsetzung der Verhaltensmodifikation in den Alltag wurde als anstrengend abgelehnt.

*„..., wenn da keiner ist der sagt: und was machst du zuhause jetzt damit? Und das nicht unbedingt ich sein muss, was ich sehr anstrengend finde für unsere Beziehung, ...“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2115, Pos. 22

## Ergebnisse

Fehlende Unterstützung zeigte vor allem die Begleitperson 2205, indem sie von der hohen Motivation ihres Kindes selbst überrascht war und einräumte, dass die Motivation noch höher sein könnte, wenn die Familie das Kind bei der Verhaltensänderung unterstützte.

*„Bei 2105 ist die (Motivation) sehr hoch. Das überrascht mich tatsächlich auch! Beim ersten Mal wiegen hatte er ein Kilo abgenommen und er hat sich so gefreut.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 43

*„Ich glaube 2105 wäre so 5-6. Vielleicht sogar, wenn er mehr Unterstützung jetzt kriegen würde von uns zuhause, vielleicht sogar höher? Ich glaube schon.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 70

Von der zusätzlichen Bewegung hielt sie ihr Kind sogar ab, obwohl sie im Verlauf des Gesprächs einräumte, das Abhören sei für ihr Kind nicht relevant, denn es habe kein Asthma.

*„Er läuft auch mal ´ne Runde extra hier morgens und noch ´ne Runde, wo ich sage: Komm, wir müssen jetzt rein zum Abhören, sonst sind die Ärzte weg.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 18

Auch hier wurde auf das sogenannte „Klick machen“ gehofft, was die Kinder von selbst zu einer Veränderung führen sollte sowie auf die Regeln und Verbote von Therapierenden, die zu mehr Erfolg führen sollten.

*„Also ich glaube, es hat bei den Kindern noch nicht Klick gemacht. Dass dieser Impuls noch kommen muss und tatsächlich erhoffe ich das mir auch von hier, dass es dadurch passiert und jetzt fängt das Umdenken an oder hat stattgefunden und jetzt baue ich das auch mit ein. So ist das zumindest bei 2127, da hat das noch nicht geschnackelt.“*

Code: • Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 21

*„Also das ihm noch mal jemand, es ist ja was anderes, wenn ihm jemand anderes sagt: lass mal die Süßigkeiten weg.“*

Code: • Widerstand > extrinsische Handlungserwartung t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 20

Zu dem Thema **Hemmnisse** äußerte sich nur eine Begleitperson, die die Beobachtung der Rückfälle ihres Kindes in alte Muster beschrieb und wiederum die Diskussionen mit ihrem Kind im Erziehungsalltag.

*„Dann haben wir es noch mal mit einer Heilpraktikerin versucht, zu der er einen sehr guten Draht hatte, aber zuhause fällt er immer wieder in die gleichen Muster.“*

Code: • Hemmnisse > Hilflosigkeit t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2115, Pos. 2

*„Da kommt ja dann auch immer: ich habe mich doch bewegt.“*

Code: • Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2115, Pos. 39

Die Begleitpersonen stellten ihre Kinder laut Kategorie **Einschätzung Kind** als einverstanden mit der Rehabilitation dar und gewillt, diese anzutreten:

## Ergebnisse

*„Wir wollen da was machen und hatten unseren Junior auch dazu abgeholt, der hat das auch mitgetragen.“*

Code: • Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2227-2231 > 2227, Pos. 5

*„Dann kam er letztes Jahr und sagte: „Jetzt beantrage doch endlich mal so eine Kur.“ Was das bedeutet wusste er ja gar nicht. Dann haben wir das beantragt und nun sind wir hier.“*

Code: • Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2115, Pos. 2

Es wurde sowohl die Ambivalenz der Kinder deutlich, die durch gute Erlebnisse in der Klinik und gleichzeitiges Heimweh ausgelöst wurde, als auch der grundsätzliche Wunsch der Gewichtsreduktion.

*„Bei uns eine Berg-und-Tal-Fahrt, eigentlich total motiviert und dann hat sie aber auch wieder totale Durchhänger wo sie am liebsten sofort nach Hause will und es ist alles doof hier und ein paar Stunden später ist dann wieder alles super und sie voll dabei.“*

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2227-2231 > 2231, Pos. 39

*„2105 hat aber schon öfters den Wunsch geäußert, dass er gerne abnehmen möchte.“*

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2201-2205 > 2205, Pos. 10

*Kasten 5: Zusammenfassung Pat. +/BP- zum Zeitpunkt t0.*

Die interviewten Begleitpersonen der Gruppe Pat. + / BP - zeichneten sich ebenfalls durch ein niedriges Motivationsstadium aus, was sich durch wenig Aussagen bezüglich **selbstreflexiver Verhaltensänderung** im Verhältnis zu häufigen Äußerungen von Sustain Talk zeigte. Die Zuversicht bezüglich der aktiven Handlung des Kindes wurde thematisiert, nicht aber in Bezug auf die nötigen Verhaltensänderungen innerhalb der Familie.

Die Äußerungen, die **Widerstand** ausdrückten und gegen eine Veränderung sprachen, waren in hohem Maße vorhanden. Vor allem die relativierenden Aussagen und fehlende Unterstützung waren im Vergleich zu intrinsischer und extrinsischer Handlungserwartung häufig. Auch hier wurde auf das sogenannte „Klick machen“ gehofft, was die Kinder von selbst zu einer Veränderung führen soll sowie auf die Regeln und Verbote von Therapierenden, die zu mehr Erfolg führen sollen. Auch in dieser Gruppe äußerten sich zum Thema **Hemmnisse** nur wenige Begleitpersonen. Die **Kinder** wurden als sehr einverstanden und gewillt eingeschätzt, die Rehabilitation wahrzunehmen. Die Ambivalenz der Kinder wurde hier deutlich formuliert und Heimweh thematisiert.

## Pat. - / BP +

Diese Gruppe setzte sich durch deutlich mehr **selbstreflektierende Veränderungsabsichten** von den vorigen Gruppen ab und zeigte sich einsichtiger. Diese Begleitpersonen sahen die

## Ergebnisse

Notwendigkeit einer Verhaltensänderung und wägen die Vorteile ambivalent, aber mit Tendenz zur Handlungsvorbereitung, ab.

*„Ich bin ja auch so die treibende Kraft, also ich muss ja auch was verändern.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 89

*„Ich glaube, dass es auch gut ist, wir haben ja alle unseren Alltag und unser Arbeiten und wenn man sagt es ist kein Sprint, sondern ein Marathon, oder ein Halbmarathon, und es geht immer ein Stück weiter, dann entspannt das ein bisschen mehr und die Erwartung ist nicht mehr da oben.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2219-2226 > 2224, Pos. 106

*„Es ist sehr schwierig aber auch einzuschätzen, weil ich gucken muss, wie sieht es dann aus, dass sie das wirklich zuhause weitermacht.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 69

Die Anbahnung der Rehabilitation wurde als aktiver Prozess mit direkter Kontaktaufnahme der zuständigen Kostenträger beschrieben, im Gegensatz zu einer Empfehlung und Anbahnung durch den Hausarzt:

*„... dann habe ich mich ans Internet gesetzt und habe das hier rausgesucht. Ich habe dann mit der Rentenkasse telefoniert und das alles dingfest gemacht.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2107, Pos. 3

*„Wir sind dann gleich über die Rentenkasse gegangen, dass wir die Formulare zugeschickt bekommen haben.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 8

Die Verantwortungsübernahme war eindeutig zu erkennen: der eigene Anteil an der Situation des Kindes wurde wahrgenommen und die nötige Handlung daraus abgeleitet sowie die Verantwortung für eine Veränderung übernommen:

*„... seit der Maskenpflicht in der Schule ist 2124 non-Stoppp krank. Seit dem ersten Lockdown kam dann das erste Übergewicht dazu, mit dem 2. Lockdown das zweite Übergewicht und wir kriegen es zuhause nicht weg und nicht runter. Da habe ich die Reißleine gezogen - es war meine Idee, das Leid des Kindes und unser Leid, was wir mitbekommen haben, jetzt muss was passieren.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2219-2226 > 2224, Pos. 12

*„Bei uns ist es oft Langeweile oder vorm Fernseher und dann unbewusst. Wir haben uns jetzt fest vorgenommen nur noch am Küchentisch zu essen, gar nicht mehr so, wie man es sonst macht, ...“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 55

*„Ich möchte nicht, dass du mal so endest wie es bei mir damals war, bis ich dann meine Magen-OP gekriegt habe.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 8

## Ergebnisse

Wenn auch in dieser Gruppe mehr Äußerungen getroffen wurden, die eine Veränderungsabsicht implizierten, waren Aussagen des **Widerstandes** zu finden. Corona wurde wiederholt als Grund für eine Gewichtszunahme genannt, die eigene Verantwortung, alternative Bewegungsangebote zu schaffen, wurde dabei außer Acht gelassen und fiel daher unter die Kategorie Discord Talk.

*„Wenn ich jetzt an die Grundschule zurückdenke, da war er auch schon übergewichtig, also wie gesagt ab dreieinhalb ging es nach oben, weil er ab da auch so gut wie nicht mehr krank war.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2116, Pos. 5

*„Irgendwann im Herbst wurde sie krank und dann war schulfrei, da habe ich sie mitgenommen zum Kinderarzt, die sie länger nicht gesehen hatte und da wurde Blut und alles abgenommen und da sagte sie, jetzt ist es soweit, Ernährungsberatung und mehr Bewegung.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2126 > 2221, Pos. 16

*„In den letzten Jahren ist so viel weggefallen, auch durch Corona, durften ja auch nicht mehr raus, es wurde einfach schlimm.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 26

Eine fehlende Unterstützung zeigte sich in der geringen Anteilnahme der Familienmitglieder, die ihre Vorbildfunktion nicht erfüllten:

*„Dann musst du heimlich essen. Sie sagt dann auch manchmal: Hey Mama, du nimmst ja schon dreimal rot und ich sage: sind wir wegen mir hier oder wegen dir (lacht)?“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 116

*„Das ist bei jedem auch anders, bei uns kommen ja nur Sonntag alle zusammen, ansonsten unterschiedliche Schulschlusszeiten. Wir haben verschiedene Mahlzeiten, also wenn ich arbeiten bin, glaube ich nicht, dass mein Mann da so drauf achten wird. Er kommt dann von der Nachtschicht und sagt: Jo, ich geh jetzt schlafen und die Stunde bis die Mama kommt, müssen sie dann selber sehen.“*

Code: • Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2219-2226 > 2221, Pos. 103

Zum Teil wurde auch geäußert, dass Verhaltensänderungen bereits erarbeitet und umgesetzt, aber nicht aufrechterhalten wurden. Anhand der Menge an Aussagen, die den Wunsch nach intrinsischer Handlungserwartung ausdrückten, ließ sich auch die Wahrnehmung der Diskrepanz zwischen einer höheren Motivation der Begleitperson und der niedrigeren Motivation der Patient\*innen vermuten.

*„Muss ich mir jetzt noch einen dritten Teller nachnehmen und muss es noch die dritte Bratwurst sein? Ja, das ist ihm überhaupt nicht bewusst, was das alles an Kalorien hat.“*

Code: • Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2116, Pos. 12

## Ergebnisse

*„Wichtig ist, dass sie begreift, dass wenn sie so weitermacht, dann kann ich Diabetes kriegen und Gelenkschmerzen, dass es schlimme Folgen haben kann. Wenn ich es ihr sage, ok, aber am nächsten Tag ist es schon wieder vergessen. Z.B.: „Oma spritzt sich, hast du ja mitgekriegt, aber das willst du doch nicht?“ „Ne, das will ich nicht.“ Aber am nächsten Tag sie vergisst es quasi wieder.“*

Code: ● Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2219-2226 > 2221, Pos. 35

*„Also ich erhoffe mir auch, dass sie ihre Essgewohnheiten, sie isst immer gern aus Langeweile. Das sie halt wirklich merkt: ne, ich brauche das nicht, ich lasse es lieber sein.“*

Code: ● Widerstand > intrinsische Handlungserwartung t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 21

Die Begleitpersonen in dieser Gruppe reflektierten am meisten von allen Gruppen bezüglich ihrer **Hemmnisse**, benannten ihre Schuld an der momentanen Situation, beschrieben ihre Hilflosigkeit und die Konflikte, die sich mit ihren Kindern bezüglich der Verhaltensänderung ergaben. Der eigene Anteil der Begleitpersonen an der Gewichtsentwicklung der Kinder wurde klar benannt:

*„Ich war vor drei Jahren auch noch 45 kg mehr, ich habe eine Magen-Bypass-OP hinter mir, habe Diabetes und Rheuma und war ein schlechtes Vorbild, überhaupt.“*

Code: ● Hemmnisse > Schuld t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 42

*„Weil, wenn ich was sage, ob´s zuhause ist, ich werde dann ja doch irgendwann wieder weich und sage:“ ist gut“, weil es so extrem manchmal dann kommt.“*

Code: ● Hemmnisse > Schuld t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 21

*„... wir zelebrieren das richtig und dann wird auch mehr gegessen, als man sollte...“*

Code: ● Hemmnisse > Schuld t0\_2219-2226 > 2224, Pos. 112

Diese Begleitpersonen sprachen auch offen über ihre Ängste, die Verhaltensänderung mit den Kindern nicht aufrechterhalten zu können, wobei sie sich auch hier mitverantwortlich zeigten, wenn es zu einem Rückfall käme:

*„Ich würde auch sagen, ich muss das trennen, denn sie spielt aktiv Fußball und bei der Ernährung ist die Frage, ob sie es wirklich mitnimmt. Dann schmeckt es zuhause doch wieder und wir fallen ins alte Muster.“*

Code: ● Hemmnisse > Hilflosigkeit t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2117, Pos. 38

*„Bei meiner Tochter wird es ein Kampf. Aber auch für mich und für sie, weil ich ja das mit diesem kochen zuhause umstellen muss und das für mich schon auch schwierig wird.“*

Code: ● Hemmnisse > Hilflosigkeit t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2107, Pos. 40

Auch die Beschreibungen der Eltern-Kind-Konflikte ließen die Unterschiede der Motivationsstadien innerhalb der Familie erkennen und zeigten die Versuche der Begleitpersonen, ihre Kinder zu unterstützen, die sich selbst aber noch nicht in einer konkreten

## Ergebnisse

Absichtsbildung oder einer Handlungsplanung befanden. Die Patient\*innen mussten noch external oder introjiziert reguliert werden.

*„Ich sage ihr auch, dass ich eigentlich jeden Tag mit ihr spazieren gehen möchte. Da war gestern halt die Diskussion, dass sie nicht laufen möchte und dann war es am Ende doch schön.“*

Code: ● Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2117, Pos. 25

*„Also die Motivation könnte bei uns ein bisschen mehr sein. Ich habe gestern auch gesagt, komm, wir gehen noch mal an die frische Luft und nö, er möchte lieber chillen und morgen geht es ja dann so richtig los. Und ich sagte: ich gehe aber und ich fände es schön, wenn du mitkommst! Naja, ich bin dann alleine los und dann war das halt so, aber heute Morgen in dem Gespräch, da war er ja schon gewillt.“*

Code: ● Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2116, Pos. 27

*„Ja, das sagt er mir auch jeden Tag und dass er gezwungen wurde, aber das ist eben die Aufgabe der Eltern auch mal unliebsame Entscheidungen zu treffen. Und auch wenn ihm das jetzt nicht gefällt, er überlebt das.“*

Code: ● Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2219-2226 > 2224, Pos. 14

*„Motiviert ist sie auf jeden Fall, aber gestern ist sie nicht rausgegangen. Den ersten Tag wo wir rausgegangen sind, da war sie schon ganz schön am Bocken gewesen, aber das ist jetzt natürlich anderes bewegen.“*

Code: ● Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2107, Pos. 29

Die **Einschätzung des Kindes** fiel in dieser Gruppe wohlwollend aus. Die Begleitpersonen beschrieben ihre Kinder als grundsätzlich einverstanden. Die Unsicherheit, was die Kinder in einer Rehabilitation erwartet erschien ebenso deutlich, wie die unrealistische Erwartung bezüglich der zu erreichenden Ziele.

*„Wo sie am meisten Angst vor hat ist, wenn sie dann weg ist, dass sie dann kein Kind kennlernt und die ganze Zeit alleine ist.“*

Code: ● Einschätzung Kind > negative Erfahrungen, Unsicherheit t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 47

*„Sie hat sich ihre eigenen Ziele gesteckt, was sie abnehmen möchte, wo ich gesagt habe: ganz langsam anfangen und nicht gleich so hoch einsteigen.“*

Code: ● Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 47

*„Es war aber auch von ihr der Wille da, das mitzumachen.“*

Code: ● Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2117, Pos. 4

Entsprechend der folgenden Aussagen beschrieben auch die Begleitpersonen ihre Kinder als weniger motiviert, aber auch wenig ambivalent, obwohl sie sie als motiviert bezeichnen. Für die Kinder schienen allerdings Spaß und Lustgewinn im Vordergrund zu stehen. Es bleibt noch zu erörtern, wie die Begleitpersonen den Begriff Motivation definierten und woran sie diese bei ihren Kindern festmachten.

## Ergebnisse

„Sie hat auch die Motivation dazu, sagt sie mir zumindest, dass sie das ganz toll findet.“

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 26

„Sie ist mit Motivation hier und macht wohl auch noch alles mit, ohne dass sie meckert.“

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2117, Pos. 25

„Also bei meiner Tochter ist es jetzt besser, wo sie in der Tabelle da 100g, da kam sie fröhlicher aus dem Wiegeraum zurück, so und so viel Mama. Das war ein Ansporn, Hauptsache es bleibt dabei.“

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2219-2226 > 2221, Pos. 79

„Sie möchte auf jeden Fall was machen, aber ihr fällt es halt schwer, dranzubleiben.“

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2201-2205 > 2202, Pos. 8

Kasten 6: Zusammenfassung Pat. - / BP + zum Zeitpunkt t0.

Die Begleitpersonen der Gruppe Pat. - / BP + setzte sich durch deutlich mehr **selbstreflektierende Veränderungsabsichten** von den vorigen Gruppen ab und zeigte sich einsichtiger. Diese Begleitpersonen zeigten sich häufiger ambivalent, die Verantwortungsübernahme wurde ausgeprägter thematisiert.

Aussagen des **Widerstandes** waren zu finden. Die Häufigkeit der Aussagen, die den Wunsch nach intrinsischer Handlungserwartung ausdrückten, lässt auf eine Wahrnehmung der Diskrepanz zwischen einer höheren Motivation der Begleitperson und der niedrigeren Motivation der Patient\*innen schließen.

Die Begleitpersonen in dieser Gruppe reflektierten am meisten von allen Gruppen bezüglich ihrer **Hemmnisse**, benannten ihre Schuld an der momentanen Situation und sprachen auch offen über Ängste und beschrieben ihre Hilflosigkeit. Die Beschreibungen der Eltern-Kind-Konflikte lassen Unterschiede der Motivationsstadien innerhalb der Familie erkennen und zeigen die Versuche der Begleitpersonen, ihre Kinder zu unterstützen, die sich selbst aber noch nicht in einer konkreten Absichtsbildung oder einer Handlungsplanung befanden. Der eigene Anteil der Begleitpersonen an der Gewichtsentwicklung der Kinder wurde klar benannt.

Die Begleitpersonen beschrieben ihre **Kinder** als grundsätzlich einverstanden. Die Unsicherheit, was die Kinder in einer Rehabilitation erwartet wurde ebenso wahrgenommen, wie die unrealistische Erwartung bezüglich der zu erreichenden Ziele. Für die Kinder dieser Gruppe schienen Spaß und Lustgewinn im Vordergrund zu stehen.

### Pat. + / BP +

In dieser Gruppe, bei der sich bereits beide Familienmitglieder in der volitionalen Phase befanden, wurde die größte Anzahl an Aussagen kodiert, die Aufschluss über

## Ergebnisse

**selbstreflektierende Veränderungsabsicht** gaben. Vor allem die Aussagen zur Verantwortungsübernahme waren deutlich erhöht, Aussagen, die nur die Absicht zur Veränderung implizierten, wurden hingegen kaum gefunden. Die gemeinsame Zielerreichung schien dieser Gruppe gegenwärtig:

*„Das man gemeinsam an Zielen arbeitet und nicht jeder so nach seinem Ziel vorgeht und der eine findet wichtig, dass man mehr Gemüse isst und der andere, dass man mehr Ausdauer kriegt, sondern dass man gemeinsam Ziele absteckt und die dann auch gemeinsam erreichen kann. Als Team.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Absicht t0\_2227-2231 > 2230, Pos. 34

*„Dazu muss ich eins sagen: wir hatten auch unsere Kinderärztin drauf angesprochen und sie hat uns davon abgeraten, uns dann halt an die Ernährungsberaterin verwiesen und nachdem 2128 da aber nicht hingehen wollte, ich gebe jetzt auch nicht unnötig Zeit und Geld dafür aus, dann lieber eine Kur, das fand die Ärztin nicht so gut, sie sagte, die Rückfallquote sei viel zu hoch.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2227-2231 > 2228, Pos. 8

*„Wir müssen als gutes Beispiel vorausgehen, wir können nicht von den Kindern erwarten, dass sie sich zuhause gesund ernähren, während wir uns nur den Döner holen. Also wir müssen da schon ran und zwar alle aus der Familie müssen ran.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2227-2231 > 2230, Pos. 7

*„Das hat aber wirklich die ganze Familie betroffen, denn am Ende sagten meine Kinder: dauernd muss man bei dir fragen, darf ich was aus dem Kühlschrank. Weil ich immer genau weiß, was ist im Kühlschrank. Die Kinder wissen: dieses Fach ist nur zum Kochen. Wenn er mir da irgendwas rausfuttert, haben wir ein Problem. Also wir haben uns alle diszipliniert.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2201-2205 > 2201, Pos. 38

Die Familie 2101/2201 befand sich zum Zeitpunkt des Interviews bezüglich des Essverhaltens eindeutig in der Phase der Aufrechterhaltung, die Umstellung des Speisenangebotes war bereits vor längerem angepasst:

*„Und dann hatte Mutti Schokolade in der Schublade und ich habe sie nicht angefasst - das geht wirklich, wenn ich Nein sage! Ich habe ja schon in der Gruppe gesagt, ich habe für die Umstellung der Essgewohnheiten zwei Jahre gebraucht.“*

Code: ● selbstreflexive Veränderungsabsicht > Verantwortung t0\_2201-2205 > 2201, Pos. 117

Auch in dieser Gruppe zeigten sich Aussagen des **Widerstandes**, allerdings in der geringsten Ausprägung:

*„..., weil, so vieles ist nicht umsetzbar und hatten wir ja jetzt erst, dass alle berufstätig sind, dass das schwierig ist – ich muss es einmal erwähnen und daher ist nicht alles umsetzbar.“*

Code: ● Widerstand > Relativierung, fehlende Unterstützung t0\_2201-2205 > 2203, Pos. 73

## Ergebnisse

*„Es kommt natürlich immer anders rüber, wenn jemand von außen was sagt, als wenn es immer die gleichen Leute sind, die auch dem Kind irgendwie Gutes tun wollen.“*

Code: • Widerstand > extrinsische Handlungserwartung t0\_2227-2231 > 2230, Pos. 14

In der Hauptkategorie **Hemmnisse** äußerten sich lediglich eine Begleitperson zu dem Eltern-Kind-Konflikt mit ihrer Tochter und eine Begleitperson teilte ihr Gefühl der Hilflosigkeit mit, der Sucht zu Essen dauerhaft, auch allein im Alltag, standhalten zu müssen:

*„Wir wollten es zuerst mit einer Ernährungsberatung versuchen aber da hat sie sich schon strikt geweigert und gesagt, es sei ihr zu langweilig. (...) Zum einen, dass 2128 nicht durch uns, sondern durch fremde Personen mehr über Ernährung Bescheid weiß, sie sagte auch schon: Mama, früher habe ich dir immer nicht geglaubt.“*

Code: • Hemmnisse > Eltern-Kind-Konflikte t0\_2227-2231 > 2228, Pos.4 und Pos. 12

*„Und das Umfeld in der Schule lebt ja auch weiter im gleichen Trott und wird die gleichen Verhaltensweisen an den Tag legen, wo wir weggefahren sind. Die werden sich nicht ändern und sie wird sich mit diesem arrangieren müssen. Das ist nicht leicht. (...) Ich denke es wird ihr immer schwerfallen, ein trockener Alkoholiker wird immer Probleme haben, nicht zum Bier zu greifen, jeder Junkie auch, es ist einfach auch eine Sucht. Es ist eine Süßigkeiten-Fresssucht, die es nicht einfach zu stillen gilt oder nicht ohne körperliche und seelische Anstrengung.“*

Code: • Hemmnisse > Hilflosigkeit t0\_2227-2231 > 2230, Pos. 52 und Pos. 55

Bei der **Einschätzung des Kindes** wurden v.a. negative Erfahrungen der Kinder genannt, die den allgemeinen Leidensdruck und somit die Motivation zur Veränderung zu erhöhen schienen:

*„Meine Tochter war eigentlich immer ein sehr schlankes Kind. Wir hatten dann in den letzten zwei Jahren drei Todesfälle bei uns in der Familie und daraufhin hat sie enorme Verlustängste entwickelt und kompensiert das halt mit Essen. Sie ist zuhause auch in therapeutischer Behandlung, aber wir sind jetzt hier damit sie dafür auch ein Bewusstsein bekommt, was kann sie essen. Sie ist total unglücklich mit ihrem Gewicht, weil sie das eigentlich nicht von sich kennt.“*

Code: • Einschätzung Kind > neg. Erfahrungen, Unsicherheit t0\_2207\_2213\_2215-2217 > 2113, Pos. 6

*„Das Gehänsel, Gemobbe in der Schule, wo sie dann auch sehr negativ gegenüber anderen Menschen geworden ist und die Einstellung zu den anderen Kindern macht schon was mit ihr oder hat schon was mit ihr gemacht.“*

Code: • Einschätzung Kind > negative Erfahrungen, Unsicherheit t0\_2201-2205 > 2203, Pos. 12

Das Einverständnis zu der Rehabilitation wurde entsprechend als hoch beschrieben, Gespräche mit den Kindern bezüglich Heimweh wurden ebenfalls häufiger geführt. Vor allem das Fehlen der Haustiere betraf die Kinder sehr.

## Ergebnisse

*„Meine ist wirklich auch sehr motiviert und wir sind bislang noch jeden Tag so zwei bis drei Stunden am Strand gelaufen.“*

Code: • Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217 > 2113, Pos. 26

*„Bei uns ja genauso, 2128 hat ja zuhause auch gesagt, das bringt ja alles nix.“*

Code: • Einschätzung Kind > Einverständnis t0\_2227-2231 > 2228, Pos. 22

*„... hier ist 2128 tatsächlich total motiviert und hat wiederum Durchhänger und vermisst auch ihr zu Hause, ich aber ehrlich gesagt auch. Das Rausgehen mit den Hunden halt, aber ansonsten macht ihr das schon Spaß mit anderen Kindern vor allem.“*

Code: • Einschätzung Kind > negative Erfahrungen, Unsicherheit t0\_2227-2231 > 2228, Pos. 41

Der Begriff der Ambivalenz wurde zutreffend von einer Begleitperson am Beispiel ihres Kindes formuliert:

*„Dann wollte sie auch und dann wollte sie wieder nicht und dann wieder doch...“*

Code: • Einschätzung Kind > Ambivalenz und Motivation t0\_2201-2205 > 2203, Pos. 4

*Kasten 7: Zusammenfassung Pat. + / BP + zum Zeitpunkt t0.*

In der Gruppe Pat. + / BP +, bei der sich bereits beide Familienmitglieder in der volitionalen Phase befanden, wurde die größte Anzahl an Aussagen kodiert, die Aufschluss über **selbstreflektierende Veränderungsabsicht**, vor allem Verantwortungsübernahme, geben. Aussagen, die nur die Absicht zur Veränderung implizierten, wurden hingegen kaum gefunden. Auch in dieser Gruppe zeigten sich Aussagen des **Widerstandes**, allerdings in der geringsten Ausprägung.

In der Hauptkategorie **Hemmnisse** äußerte sich lediglich eine Begleitperson zu dem Eltern-Kind-Konflikt mit ihrer Tochter und eine Begleitperson teilte ihr Gefühl der Hilflosigkeit mit.

Bei der **Einschätzung des Kindes** wurden v.a. negative Erfahrungen der Kinder genannt, die den allgemeinen Leidensdruck und somit die Motivation zur Veränderung zu erhöhen schienen. Das Einverständnis zur Rehabilitation wurde als hoch beschrieben, Gespräche mit den Kindern bezüglich Heimweh und dem Fehlen der Haustiere wurden ebenfalls häufiger geführt.

### 3.1.4 Zielformulierungen der Begleitpersonen

Des Weiteren wurden zu den Zielen der Begleitpersonen, die zu Beginn des Coachings auf Moderationskarten formuliert wurden, induktiv Kategorien gebildet und in einem Code-Relations-Modell (Häufigkeit der Kategorien bei mindestens zwei Nennungen) gegenübergestellt. Das Vorgehen wurde nach Folgendem Kodierleitfaden durchgeführt:

## Ergebnisse

Tabelle 30: Auswertungsfrage 2 der Hauptfragestellung bezüglich der Ziele zum Zeitpunkt t0.

<b>Hauptfragestellung</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 2</b>	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich ihrer Ziele zum Zeitpunkt t0?
<b>Selektionskriterium</b>	Hinweise auf die Ziele der Begleitpersonen bezüglich der Adipositas therapie ihres Kindes
<b>Abstraktionsniveau</b>	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Ziele der Begleitpersonen zu Beginn des Coachings darstellen

Es ergaben sich neun Kategorien, die die Ziele der Begleitpersonen in relativer Häufigkeit zusammenfassen.

Tabelle 31: Kategorien der Hauptkategorie Ziele der Begleitpersonen zu Coaching-Beginn.

Kategorien: Ziele der Begleitpersonen zu Beginn des Coachings		
Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiele
Abnehmen	Fernziel, umfasst allgemein die Gewichtsreduktion des Kindes oder auch mit Gewichtsangaben	Pat.-/BP+: „abnehmen“ Pat.+ /BP+: „Gewichtsreduktion auf 55kg“
Sport/ Bewegung	Ziele, die zu mehr Sport und Bewegung allgemein formuliert sind (Handlung unspezifisch)	Pat.+ /BP-: „mehr Bewegung/ Sport“ Pat.-/BP-: „Sport machen“
Ernährung	Ziele, die das Ess- und Ernährungsverhalten thematisieren (Handlung unspezifisch)	Pat.-/BP+: „Obst und Gemüse statt Süßes“ Pat.+ /BP+: „kontrolliert Essen“
Medienverhalten	Ziele, die das Medienverhalten oder eine Änderung dessen thematisieren	Pat.-/BP-: „Medienkonsum“, „weniger Handyzeit“
Gesundheit	Unspezifische Nennung des allgemeinen Begriffs Gesundheit	Pat.+ /BP-: „gesünder leben“ Pat.-/BP+: „Gesundheit“
Nachhaltigkeit	Ziel, das ein Verhalten oder Zustand im Alltag/ zuhause weiterbesteht	Pat.+ /BP+: „bessere Bewegung auch im Alltag“ Pat.-/BP-: „zuhause so essen wie hier“
Eltern-Kind-Beziehung	Ziele, die gemeinsame Zeit, das Verhältnis zueinander und Unternehmungen zu fördern	Pat.-/BP-: „viele tolle Erlebnisse zusammen“ Pat.-/BP-: „mehr zusammen unternehmen“
Kind stärken/ unterstützen	Ziele, die die eigene Unterstützung im Sinne des Kindeswohls formulieren	Pat.+ /BP-: „Kind begleiten“ Pat.+ /BP+: „dass Kind stärken“
Eigenverantwortliches Handeln Kind	Fremdziele, die vom Kind erreicht und ohne Begleitperson umgesetzt werden sollen	Pat.-/BP+: „dass es beim Kind Klick macht“, „dass das Kind in der Freizeit mehr rausgeht“

## Ergebnisse

Die Ziele wurden nach Typen differenziert den Kategorien zugeordnet. Sport/Bewegung und Ernährung wurden von allen Typen häufig genannt sowie ihr Ziel, das Kind zu unterstützen.

Tabelle 32: Häufig genannte Ziele der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0.

	Pat. -	Pat. +
BP -	Begleitpersonen der Gruppe <b>Pat.-/BP-</b> nannten am häufigsten Ziele in Bezug auf eine Veränderung des Ernährungs- und Essverhaltens.	Insgesamt formulierten Begleitpersonen der Gruppe <b>Pat.+ /BP-</b> am wenigsten Ziele, davon häufig zur Änderung von Ernährungs- und Essverhalten und keine in Bezug auf die Nachhaltigkeit.
BP +	Begleitpersonen vom Typ <b>Pat.-/ BP+</b> formulierten am häufigsten Fremdziele, die eigenverantwortliches Handeln ihres Kindes bedeuten.	Begleitpersonen des Typs <b>Pat.+ /BP+</b> formulierten am häufigsten das Ziel, ihr Kind zu stärken oder unterstützen zu wollen.

### 3.1.5 Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1

Die Einschätzung des Motivationsstadiums zum Zeitpunkt t1 beruhte auf der Beobachtung während der Fokusgruppeninterviews mit den Patient\*innen (N=30) und der mit den Begleitpersonen (N=31). Es ergab sich folgendes Schema bei der Einteilung der Patient\*innen und Begleitpersonen in ein Schema mit dem homogenen Merkmal Motivation und der reduzierten Ausprägung in die Stadien Mot. I-III und IV-VI:

Tabelle 33: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-III und IV-VI.

Mot. t1	Pat. - (Mot. I-III)	Pat. + (Mot. IV-VI)
BP - (Mot. I-III)	0	0
BP + (Mot. IV-VI)	2014, 2018, 2023, 2024, 2027	2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2019, 2020, 2021, 2022, 2025, 2026, 2028, 2029, 2030, 2031

Zum Ende der Rehabilitation befanden sich alle Begleitpersonen in der volitionalen Phase. Durch die Darstellung der Motivationsstadien Mot. I-VI ergibt sich ein differenzierteres Bild (Tab. 33). Bis auf drei Begleitpersonen waren alle im Mot. V oder sogar Mot. VI einzuordnen. Auch die Patient\*innen entwickelten sich überwiegend zu den Mot. IV-VI, fünf von 31 verließen in der motivationalen Phase.

## Ergebnisse

Tabelle 34: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-VI.

Pat.:	Mot. I	Mot. II	Mot. III	Mot. IV	Mot. V	Mot. VI
BP:	-	-	-	+	+	+
Mot. I -						
Mot. II -						
Mot. III -						
Mot. IV +			2027	2008		2005
Mot. V +		2018	2014	2002, 2007, 2012, 2016, 2020, 2022, 2025, 2026, 2029, 2031	2009, 2010, 2013, 2019,	2003, 2006,
Mot. VI +			2023, 2024		2017, 2021,	2001, 2004, 2011, 2015, 2028, 2030,

### 3.1.6 Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t1

Bei Auswertungsfrage 2 handelte es sich um die Beurteilung, welche Aspekte in der Rehabilitation allgemein dazu führten, dass sich die Begleitpersonen bezüglich ihrer Motivationslage zu t1 in entsprechendem Motivationsstadium befanden. Es handelte sich also um alle Erfahrungen in einem Zeitraum von vier Wochen, die dazu geführt haben können, dass sich die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t1 motivierter und zuversichtlicher zeigten. Zum Zeitpunkt t1 befanden sich alle Begleitpersonen in der volitionalen Phase.

Tabelle 35: Auswertungsfrage 3 der Hauptfragestellung bezüglich der Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t1.

<b>Hauptfragestellung</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 3</b>	Wie unterscheiden sich die Begleitpersonen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t1?
<b>Selektionskriterium</b>	Hinweise auf Ressourcen, die die Begleitpersonen bei der Motivationssteigerung unterstützten.
<b>Abstraktionsniveau</b>	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit der Motivationslage zu t1 in Zusammenhang stehen.

Die Kodierung der Fokusgruppeninterviews der Begleitpersonen in MAXQDA führte zur Bildung der Kategorien Angebote Reha, Coaching und Gruppendynamik. In der Kategorie der **Angebote in der Rehabilitation** sind Aspekte zusammengefasst, die die Begleitpersonen bezüglich des Aufenthaltes allgemein als positiv für die Familie erlebten, da sie die Verhaltensänderung unterstützte.

## Ergebnisse

Hier wurden die Schulung, das Bewegungsangebot und die begleitende Unterstützung der Mitarbeitenden genannt. Die Aspekte, die durch das **Coaching** zu einer Erhöhung ihres Motivationsstadiums führte, betrafen die individuellen Einzelgespräche und die schriftliche Zielvereinbarung sowie die daraus resultierende gesteigerte Verantwortungsübernahme und das Selbstwirksamkeits-erleben. Äußerungen zur Begleitung nach der Rehabilitation, im Rahmen des Forschungsprojektes, wurden unter der Kategorie Nachsorge erfasst. Die **Gruppendynamik** bildet eine eigene Kategorie da sie aus der Gruppe heraus entsteht, nicht im Rahmen des therapeutischen Angebotes.

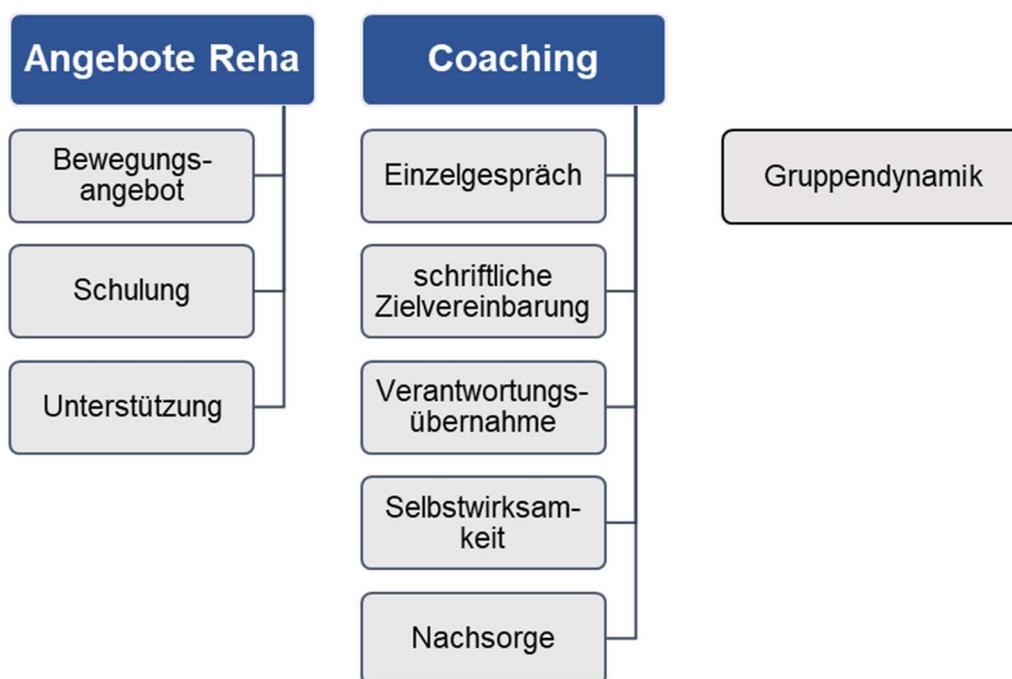


Abbildung 29: Kategorienbaum zu Auswertungsfrage 3, Fokusgruppeninterviews BP.

Das **Bewegungsangebot** war im Therapieprogramm auf gemeinsame Erfahrungen unter Gleichgesinnten ausgelegt, zusätzlich gibt es Bewegungsangebote in der Freizeit, wie das Trampolin, Spielplätze, Minigolf, Fahrradverleih. Die Kinder der untersuchten Altersgruppe akzeptierten die Angebote und nutzten sie ausgiebig.

*„Also die Sportangebote haben meinem Kind wirklich total gut gefallen, sie hat nicht einmal gesagt, dass sie da nicht mehr hinwill oder so. Es war wirklich immer ansprechend, kindgerecht, das war wirklich toll.“*

Code: ● Angebote Reha > Bewegungsangebot t1\_2227-2231, Pos. 22

*„Das war toll, ansonsten fand ich die Bewegungsanregungen hier perfekt.“*

Code: ● Angebote Reha > Bewegungsangebot t1\_2227-2231, Pos. 11

*„Unsere Kinder haben ja das Trampolin benutzt, eigentlich die ganze Zeit, ...“*

Code: ● Angebote Reha > Bewegungsangebot t1\_2227-2231, Pos. 13

Auch das **Schulungsprogramm** wurde als gut empfunden, sowohl für die Begleitpersonen, als auch für Patient\*innen und führte scheinbar zur Verstärkung der Veränderungsabsicht.

## Ergebnisse

*„... an Therapien und so, auch die Schulungen, war super.“*

Code: ● Angebote Reha > Schulung t1\_2201-2205, Pos. 12

*„Die Schulungen, die waren super. Gerade auch für die Kinder, die fand ich wirklich gut.“*

Code: ● Angebote Reha > Schulung t1\_2201-2205, Pos. 16

*„Das Wissen, das wir hier erreicht haben und dass es eigentlich gar nicht so schwer ist, das richtige Maß zu finden. Da empfinde ich die Pyramide als guten Anhaltspunkt. Man fühlt sich gestärkter, das umzusetzen.“*

Code: ● Angebote Reha > Schulung t1\_2219-2226, Pos. 151

Die **Unterstützung** und Hilfe in allen Situationen wurde gesondert erwähnt und wurde als Bestandteil der Zufriedenheit genannt und somit kodiert. Die Begleitpersonen hatten in der Rehabilitation somit selbst Begleitung.

*„Immer, wenn was war, war eigentlich sofort Hilfe da oder mir wurde gesagt, wo ich hingehen kann.“*

Code: ● Angebote Reha > Unterstützung t1\_2207-2218, Pos. 10

*„Das immer jemand da ist, es ist egal, was ist, man hat immer einen Ansprechpartner.“*

Code: ● Angebote Reha > Unterstützung t1\_2207-2218, Pos. 16

Grundsätzlich stieß das Angebot des Familien-Coachings auf Akzeptanz, als zusätzliches Angebot im Therapieprogramm. Dabei waren die Begleitperson mit dem Angebot an sich zufrieden, **Einzelgespräche** mit dem Kind, im Rahmen eines Coachings, führen zu können. Sie sahen es als wertvollen Teil des gesamten Angebotes, dabei schätzten sie die Fokussierung auf wichtige Themen und das Aufgreifen von Inhalten der Schulung.

*„Ich sage es war ein Zugewinn, weil mein Kind durch die Einzelgespräche, die wir miteinander geführt haben, noch mehr in den Fokus genommen wurde, ...“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2227-2231, Pos. 32

*„Also ich bin auch zufrieden, ich finde, durch dieses Coaching hat man noch mal so eine persönlichere Betreuung, nicht nur in der Gruppe. Das ist ein Puzzle- Teilchen, das auf jeden Fall was bringt.“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2219-2226, Pos. 109

*„Ja klar, es ist ja im Endeffekt das aufgearbeitet worden, was sie in den Schulungen gelernt haben und das hat sie halt noch mal verinnerlicht.“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2207-2218, Pos. 44

Grundsätzlich stieß das Angebot des Familien-Coachings auf Akzeptanz, als zusätzliches Angebot im Therapieprogramm. Dabei waren die Begleitperson mit dem Angebot an sich zufrieden, Einzelgespräche mit dem Kind, im Rahmen eines Coachings, führen zu können. Sie sahen es als wertvollen Teil des gesamten Angebotes, dabei schätzten sie die Fokussierung auf wichtige Themen und das Aufgreifen von Inhalten der Schulung.

*„Also ich fand es auch ein bisschen persönlicher dadurch. Diese Schulungen, da sitzen alle im großen Raum, vorne hat einer was erzählt, man hat mehr oder weniger zugehört, ab und an*

## Ergebnisse

*aus dem Fenster geguckt. Hier habe ich mich ein bisschen abgeholt gefühlt, als in der einen oder anderen Schulung.“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2201-2205, Pos. 68

*„... vielleicht, dass die Kinder mal auf eine andere Weise gehört wurden, mit einer anderen Person als den Eltern selber und das Kind mal äußern konnte, was es verändern, was es verbessern möchte. Einfach mal sagen was es will, vielleicht auch: ich würde mir die Struktur so und so wünschen, das hätte ich jetzt zuhause auch nie...“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2201-2205, Pos. 82

*„Ja, wir haben ja das Problem mit der Schwester gehabt und das wird jetzt auch verinnerlicht.“*  
I: *Das wäre ja auch kein Schulungsthema gewesen?*

2217: *„Ne, und sie hat es ja wirklich rausgelassen, ich glaube, das hätte sie auch nicht in der Gruppe gesagt, das war schon optimal.“*

Code: ● Coaching > Einzelgespräche t1\_2207-2218, Pos. 46-48

Das Aufschreiben von Aspekten und Ergebnissen auf Moderationskarten war vorbereitend für eine **schriftliche Zielvereinbarung** und wurde unter dieser Kategorie eingeordnet. Die Moderationskarten wurden von den Familien nach Hause mitgenommen und sollten als Erinnerung dienen, was besprochen und vereinbart wurde. Die Begleitpersonen betonten diese Visualisierung als hilfreich. Die Moderationskarten halfen auch bei der weiteren Absprache mit den Familienmitgliedern zuhause.

*„Ich denke auch mit den Karten, die individuell zugeschnitten sind, die man ja auch mit nach Hause nimmt, die man sich immer noch mal hinlegen und ins Gespräch kommen kann.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2207-2218, Pos. 45

*„Dieses Aufschreiben auf den Karten, dass man die jetzt hinlegen kann und sagen: „hier, darüber haben wir gesprochen, also halte dich bitte dran.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2207-2218, Pos. 50

*„... da würde ich zustimmen, das hat es noch mal verdeutlicht anhand der Karten, das Visuelle.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2207-2218, Pos. 58

*„... seit es auf der Karte stand isst sie Vollkorn, sie isst jetzt Vollkornbrot, was ja ein halbes Jahr zuhause ein No-Go war.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2219-2226, Pos. 11

*„Für meine Tochter fand ich das Aufschreiben total super: ganz zu Anfang die Ziele, die Wünsche, was Mutti, was Kind irgendwie sieht, später das was wir auch gemacht haben, was haben wir abgearbeitet? Also ich fand es besser, diese Einzelcoachings.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2201-2205, Pos. 69

*„Ja, das mit den Karten war echt gut. Ich glaube, das war auch für die Kinder ganz gut und wir mussten dann ja auch die Mama noch fragen, das war gut.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung o\_t1\_2206-2210, Pos. 69

## Ergebnisse

Die Zielvereinbarung nach SMART in der zweiten Coachingeinheit wurde als gewinnbringend erwähnt und half den Familien dabei, Ziele in kleinen Schritten anzugehen und zu erreichen.

*„... auch ihre Ziele und dass sie es mir gegenüber auch immer wieder äußert, dass wir es genauso weitermachen, wie wir es hier gemacht haben und dass sie auch abends tatsächlich schaut, ob sie die 10.000 Schritte voll hat. Wenn nicht, dass sie dann noch ein bisschen auf dem Gang läuft. Also ich fand es gewinnbringend.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2227-2231, Pos. 32

*„Die Ziele nach der Smart-Methode sind natürlich sehr groß, aber wir haben es ja runtergebrochen und ich finde, das hat meinem Kind sehr viel gebracht, sich vor Augen zu halten, das und das möchte ich in den nächsten Wochen ändern und dafür brauche ich das und das. Das ist so ein Ansporn, diese Zielformulierung, wie auch immer man sie macht. Das hat meinem Kind doch viel gebracht. Hat sie auch zuhause erzählt und beschäftigt sie.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2227-2231, Pos. 40

Aussagen, die unter die Kategorie **Verantwortungsübernahme** fielen, betrafen zum einen die Methode zur Verantwortungsskala (2.Coachingeinheit), zum anderen Aussagen, die eine eigenverantwortliche aktive Handlung zur Verhaltensänderung beschrieben.

*„Auch die Methode mit der Eigenverantwortung, da ist es ihr wie Schuppen von den Augen gefallen, dass ich es ja kredenzen kann, aber dass sie es dann ein Stück weit doch umsetzen muss. Da hat sie selber gesehen: wo sieht sie sich, wo sehe ich sie und das hat ihr doch auch was gebracht, glaube ich.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2227-2231, Pos. 46

*„Das Aufschreiben und die Ziele generell, wo 2102 selber aufschreiben musste, was sie stört oder was wieder besser sein soll, das finde ich hat ihr am meisten geholfen, weil wir uns auch beide daran hängen und sagen: hier, pass auf, du wolltest mehr Verantwortung haben, du kriegst mehr Verantwortung, in dem Rahmen wie du das haben möchtest und, ja.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2201-2205, Pos. 74

Die Begleitpersonen beschrieben sowohl bei sich, als auch bei ihren Kindern eine gesteigerte Einsicht und Reflexion des eigenen Handelns und eine daraus resultierende Handlungsabsicht durch die Übernahme von Eigenverantwortung.

*„Hier hat er es, glaube ich, jetzt verstanden. Am Anfang ging es ja darum, warum machst du die Kur? Weil Papa das will. Und jetzt sagt er, ich verarsche mich ja selber.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2219-2226, Pos. 148

*„... ein bisschen nachdenklicher geworden, sie hatte die Karten und dann ratterte es auch, also die verinnerlichen das schon, was sie gesagt haben.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2207-2218, Pos. 57

*„Ja, das Coaching hat mir was gebracht, weil ich früher Sachen einfach so gemacht habe und jetzt weiß ich, manche Sache waren nicht gut.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme o\_t1\_2206-2210, Pos. 61

## Ergebnisse

*„Das ist allein schon so eine Hauptmotivation und man will ja nicht wieder zurückfallen, wieder so viele Kilos anhäufen, wieder abnehmen, das kann ich ja dem Kind nicht antun. Also das ist so die Hauptmotivation.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2227-2231, Pos. 72

Vor allem der verstärkte Einbezug der zuhause verbliebenen Familienmitglieder in die Überlegungen und die gemeinsame Absprache, welche Ziele gemeinsam verfolgt werden sollten, wurde mit hoher Ausprägung geäußert. Die Patient\*innen bekundeten dabei auch ausdrücklich ihren Willen gegenüber ihren Eltern.

*„... , dass wir tatsächlich alle an einem Strang ziehen müssen. (...) Sie haben ihr beide versichert, beide die noch zuhause sind, wir ziehen alle zusammen die Geschichte durch!“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2227-2231, Pos. 67

*„... auch mal verdeutlichen, das möchte ich gern machen, das möchtest du gern machen, das möchten wir gemeinsam machen. Ich glaube, das macht man auch nicht so oft, dass man sich damit so auseinandersetzt. Das so zu verbildlichen, das fand ich ganz schön.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2207-2218, Pos. 53

*„2113 hat zuhause angerufen und hat gesagt: Papa, du musst den ganzen Schrank ausräumen, Süßigkeiten gibt es nicht mehr. Er musste alles in einen Karton packen und sollte es wegstellen. Sie möchte dann wirklich nur noch eine Handvoll und nicht mehr dieses frei zugängliche.“*

Code: ● Coaching > Verantwortungsübernahme t1\_2207-2218, Pos. 68

Die Erfahrung der **Selbstwirksamkeit** oder das Erleben bei den eigenen Kindern wurde sehr häufig beschrieben und deutete auf den positiven Effekt der Selbstwirksamkeitserfahrung auf die Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung hin. Es wurden positive Gefühle beschrieben bezüglich der motivierten Teilnahme der Kinder und der Rückmeldung bezüglich erreichter Gewichtsreduktion.

*„Ich denke auch, den guten Start den wir hier hatten, das hat uns ja auch gezeigt, dass es gar nicht so arg, so schlimm ist, wie sie sich das vielleicht auch vorgestellt haben. Hier sieht sie, dass es machbar ist und gar nicht arg schwer und dass es zuhause dann weitergeht, ja.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2227-2231, Pos. 75

*„Sie ist ja total stolz, dass es so gut geklappt hat. Da müssen wir dranbleiben!“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2227-2231, Pos. 76

*„2101 ist schwer motiviert, als die Ärztin heute sagte, du hast als Einziger den Sprung von der Adipositas ins Übergewicht geschafft, da war er total happy. Ich glaube, das ist gut.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2201-2205, Pos. 102

## Ergebnisse

Die Gewichtsreduktion wurde sehr häufig als positiver Aspekt für die weitere Steigerung der Motivation genannt, im Sinne einer positiven Rückkopplung. Sichtbare und messbare Verbesserungen wurden auch anhand der Konfektionsgröße festgemacht und beschrieben.

*„Jaja, das ist bei 2102 auch so, das hat sie wirklich gesehen, dass es funktioniert und dass sie schon ein ganzes Stückchen runtergegangen ist von ihren ganzen Werten die sie hatte und das freut sie natürlich am meisten und ich bin megastolz, dass sie das wirklich soweit geschafft hat.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2201-2205, Pos. 109

*„Ich denke auch, bei 2117 war es ja so, dass sie eine Jeans nach langer Zeit mal wieder anhatte, „Boah Mama, die rutscht voll, die rutscht!“ und dann sagte sie, das geht jetzt weiter. Sie wollte auch keinen Gürtel tragen, ich habe gesagt, dann müssen wir jetzt einen Gürtel kaufen und sie sagt: „nein, ich mag das, wenn die rutscht!“ Das sie das endlich so wahrgenommen hat, dass auch wirklich was passiert ist. Weil erst siehst du das ja nicht, auf den ersten Anblick, aber sie sieht´s an der Kleidung.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2207-2218, Pos. 73

*„2103 hat gesehen, dass sie jetzt in einem Monat fast 5 Kilo weg hat und der Bauch ist weg und alles ist so schön und dass sie da den Erfolg sehen konnte. Wenn sie was tut, dass das wirklich auch Früchte trägt.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2201-2205, Pos. 108

Die Erkenntnis der eigenen Selbstwirksamkeit bezüglich des Erziehungsstiles und der Erziehungspraxis war bei einer Begleitperson gesondert hervorzuheben. Sie sprach über eine positive Erfahrung mit deutlicherer und direkter Kommunikation mit ihrem Kind und wollte diese Verhaltensänderung fortführen.

*„Bei uns ist doch deutlicher geworden, dass wir hinsichtlich unserer Kommunikation mit dem Kind deutlicher und direkter sein müssen und werden, damit sich das im Kopf besser verankert und die Wahrnehmung dann auch eine andere werden wird. Das war gut.“*

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2219-2226, Pos. 127

Das Telefonat, sechs Wochen nach der Rehabilitation, hatte für die Familien einen hohen Stellenwert und wurde als **Nachsorge** wahrgenommen und als solche codiert.

*„Also ich glaube, ganz motivierend ist es auch, dass es weitergeht. 2113 sagt: „Mama, denk dran, wir haben den Telefontermin!“ Wir müssen zuhause genauso weiteressen.“*

Code: ● Coaching > Nachsorge t1\_2207-2218, Pos. 96

*„Dass sie im Prinzip noch mal einen Termin haben, wo sie drüber sprechen müssen.“*

Code: ● Coaching > Nachsorge t1\_2227-2231, Pos. 34

Letztendlich profitierten die Familien von der positiven **Gruppendynamik** und unterstützten sich so gegenseitig in der Verhaltensmodifikation. Patient\*innen wurden dabei auch von Gleichgesinnten angeregt, mitzumachen.

## Ergebnisse

„Ja, gute Leute gefunden, die zu ihm passen oder mitmachen, das ist immer wichtig.“

Code: • Gruppendynamik t1\_2219-2226, Pos. 99

„Er wurde mehr mitgezogen, weil die anderen mitgemacht haben.“

Code: • Gruppendynamik t1\_2219-2226, Pos. 10

„Gruppendynamik ja, damit steht und fällt das, wenn er hier gar keinen Anschluss gefunden hätte, dann wäre das nicht gegangen.“

Code: • Gruppendynamik t1\_2219-2226, Pos. 100

Kasten 8: Zusammenfassung Fokusgruppeninterviews BP, Auswertungsfrage 3.

Die Kinder der untersuchten Altersgruppe akzeptierten die Angebote des Adipositas-Programmes und nutzten sie ausgiebig. Das **Schulungsprogramm** wurde als gut empfunden, sowohl für die Begleitpersonen, als auch für die Patient\*innen und führte anscheinend zur Verstärkung der Veränderungsabsicht. Letztendlich profitierten die Familien von der positiven **Gruppendynamik** und unterstützten sich so gegenseitig in der Verhaltensmodifikation.

Die Begleitpersonen waren mit dem Angebot an sich zufrieden, **Coaching-Gespräche** mit dem Kind führen zu können. Sie sahen es als wertvollen Teil des gesamten Angebotes, dabei schätzten sie die Fokussierung auf wichtige Themen und auch das Aufgreifen von Inhalten der Schulung. Die Begleitpersonen betonten die Visualisierung mittels **schriftlicher Zielvereinbarung** als hilfreich. Die Aussagen lassen erahnen, dass die schriftliche Fixierung des Gesagten eine gute Ergänzung für das Coaching-Gespräch mit einer Familie darstellt. Die Zielvereinbarung nach SMART wurde als gewinnbringend erwähnt und half den Familien dabei, Ziele in kleinen Schritten anzugehen und zu erreichen.

Die Begleitpersonen beschrieben sowohl bei sich, als auch bei ihren Kindern eine gesteigerte Einsicht und Reflexion des eigenen Handelns und eine daraus resultierende Handlungsabsicht durch die **Übernahme von Eigenverantwortung**.

Die Erfahrung der **Selbstwirksamkeit** oder das Erleben bei den eigenen Kindern wurde sehr häufig beschrieben und deutete auf den positiven Effekt der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung hin. Die Gewichtsreduktion wurde sehr häufig genannt, im Sinne einer positiven Rückkopplung. Eine Begleitperson sprach über eine positive Erfahrung mit deutlicherer und direkter Kommunikation mit ihrem Kind.

Das Telefonat, sechs Wochen nach der Rehabilitation, hatte für die Familien einen hohen Stellenwert und wurde als **Nachsorge** wahrgenommen.

## Ergebnisse

### 3.1.7 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Hauptfragestellung

Mit der Hauptfragestellung wurden die Daten dahingehend untersucht, wie sich die Motivationslage der Begleitpersonen zu den Zeitpunkten t0 und t1 darstellte und welche Ziele zu t0 vorlagen. Dafür wurde zunächst eine **monothetische Typenbildung** mit dem Merkmal Motivation vorgenommen.

- Das vier-Felder-Schema ergab sich aus den Kombinationen **Pat.-/BP-**, **Pat.+ /BP-**, **Pat.-/BP+** und **Pat.+ /BP+**.
- Die Begleitpersonen befanden sich überwiegend in den Stadien Mot. III-V, die Patient\*innen überwiegend in Mot. II-IV.

Die **Motivationslage t0** der Begleitpersonen konnte in den Fokusgruppen anhand der Aussagen zur selbstreflexiven Veränderungsabsicht, Widerstand, Hemmnissen und Einschätzungen des Kindes unterschieden werden.

- Begleitpersonen der Gruppe **Pat.-/BP-** äußerten am häufigsten Widerstand und häufig Hilfebedarf, die eigenen Kinder wurden als gering motiviert eingeschätzt.
- Begleitpersonen der Gruppe **Pat.+ /BP-** äußerten häufig Widerstand in Form von Sustain Talk und beschrieben häufig ihre fehlende Unterstützung des eigenen Kindes.
- Begleitpersonen der Gruppe **Pat.-/BP+** äußerten sich deutlich häufiger zu selbstreflexiver Veränderungsabsicht, am häufigsten sprachen sie über Hemmnisse.
- Begleitpersonen der Gruppe **Pat.+ /BP+** äußerten mit Abstand am häufigsten ihre Veränderungsabsicht, vor allem ihre Verantwortungsübernahme.

Zu den **Zielen** der Begleitpersonen lässt sich zusammenfassend sagen, dass

- motiviertere Begleitpersonen mehr Ziele formulierten als unmotivierte und dabei auch vermehrt auf die Bedürfnisse und Bedarfe des Kindes eingingen.

Die **Motivationslage t1** war bei allen Begleitpersonen höher als zu Beginn der Rehabilitation.

- Die Familien befanden sich ausschließlich in den Feldern **Pat.-/BP+** und **Pat.+ /BP+**, dabei verteilten die Begleitpersonen sich gleichmäßig auf Mot. IV-VI.
- Das Coaching wurde als Möglichkeit zur Klärung heikler Themen, auf Grund der Verschriftlichung von Zielvereinbarungen und durch die Reflexion zur Verdeutlichung der nötigen Verantwortungsübernahme von den Begleitpersonen akzeptiert und für die Unterstützung bei der Verhaltensänderung ihrer Kinder als hilfreich empfunden.
- Eine Nachhaltigkeit durch ein niedrigschwelliges Nachsorgeangebot der Rehabilitationsklinik zu erreichen, war für viele Begleitpersonen attraktiv.

## Ergebnisse

### 3.2 Nebenfragestellung 1

Mit der Nebenfragestellung 1 wurde die Motivationslage und Ziele der Patient\*innen zu den Zeitpunkten t0 und t1 beleuchtet.

- Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Patient\*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?

Auch hier wurde die Darstellung innerhalb der vier Typen gewählt. Für die Darstellung der Motivationslage wurden die Kurzfragebogen zum Zeitpunkt t0 und die Fokusgruppeninterviews (t1) mittels induktiver Kategorienbildung ausgewertet. Die Ziele (t0) ergaben sich wie bei den Begleitpersonen aus der Nennung auf Moderationskarten zu Beginn der 1.Coachingeinheit.

#### 3.2.1 Motivationslage der Patient\*innen zum Zeitpunkt t0

Die Motivationslage der Patient\*innen wurde nach dem Einzelinterview erfasst, welches mit jedem Kind zu Beginn der Rehabilitation geführt wurde (N=31). Zur Beurteilung wurde der Kurzfragebogen MoReMo hinzugezogen sowie die Auswertungsmatrix des GLF-MoS und des Kurzfragebogens. Die Auswertung erfolgte bezüglich der Auswertungsfrage 1.1 deskriptiv:

*Tabelle 36: Auswertungsfrage 1.1 zur Nebenfragestellung 1 bezüglich Motivationslage der Patient\*innen (t0).*

<b>Nebenfragestellung 1</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Patient*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 1.1</b>	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0?

Selbst die Idee zur Rehabilitation gehabt zu haben (Einstiegsfrage), beantworteten nur Patient\*innen im Motivationsstadium Mot. IV-VI mit Ja. In Mot. I-III gaben die Kinder an, die Idee sei von Eltern oder Arzt/Ärztin ausgegangen. Das Einverständnis mit dem Aufenthalt und der Teilnahme am Rehabilitationsprogramm war allgemein hoch und ließ keine Rückschlüsse auf die einzelnen Typen zu. Auch die Ergebnisse der Skalierungsfrage, wie sehr die Patient\*innen ihr Übergewicht stört, standen nicht im Zusammenhang mit ihrem Motivationsstadium. Manche Kinder waren eigentlich mit sich selbst zufrieden, wollten aber abnehmen, weil sie gemobbt oder anderweitig diskriminiert wurden.

Bis zu drei Gründe für eine Gewichtsreduktion konnten von den Patient\*innen jeweils genannt werden. Die Gründe konnten in die fünf Kategorien Ausdauer/sportlicher und beweglicher sein, Gesundheitsaspekte, Wohlfühlen, Aussehen/Klamotten und weniger Mobbing/Hänseleien

## Ergebnisse

zusammengefasst werden. Die Nennung „sich Wohlfühlen“ wird im Auswertungsbogen als Einzige mit Pluspunkten bewertet, da sie intrinsische Motivation impliziert.

Die Kategorie Ausdauer/ sportlicher und beweglicher sein wurde von allen Gruppen sehr häufig als Grund zur Gewichtsreduktion genannt. Auffällig ist, dass die Nennung des Grundes sich wieder wohlfühlen ausschließlich von Patient\*innen im Mot. IV-VI vorgenommen wurde. Aussehen und Klamotten als Grund zum Abnehmen nannten hingegen nur Patient\*innen aus den heterogenen Gruppen **Pat.+/ BP-** und **Pat.-/BP+**.

Patient\*innen aus der Gruppe **Pat.+/BP+** nannten neben Sport/Ausdauer häufig die Gründe wohlfühlen und weniger Mobbing/Hänseleien. Ebenso nannten die Patient\*innen aus der Gruppe **Pat+/BP-** neben Ausdauer/sportlicher und beweglicher zu sein, am häufigsten den Grund weniger Mobbing/ Hänseleien. Bei den Patient\*innen-Gruppen in Mot. I-III (**Pat.-/BP-** und **Pat.-/BP+**) wurde neben der Kategorie Ausdauer/sportlicher und beweglicher sein, der Gesundheitsaspekt am häufigsten genannt.

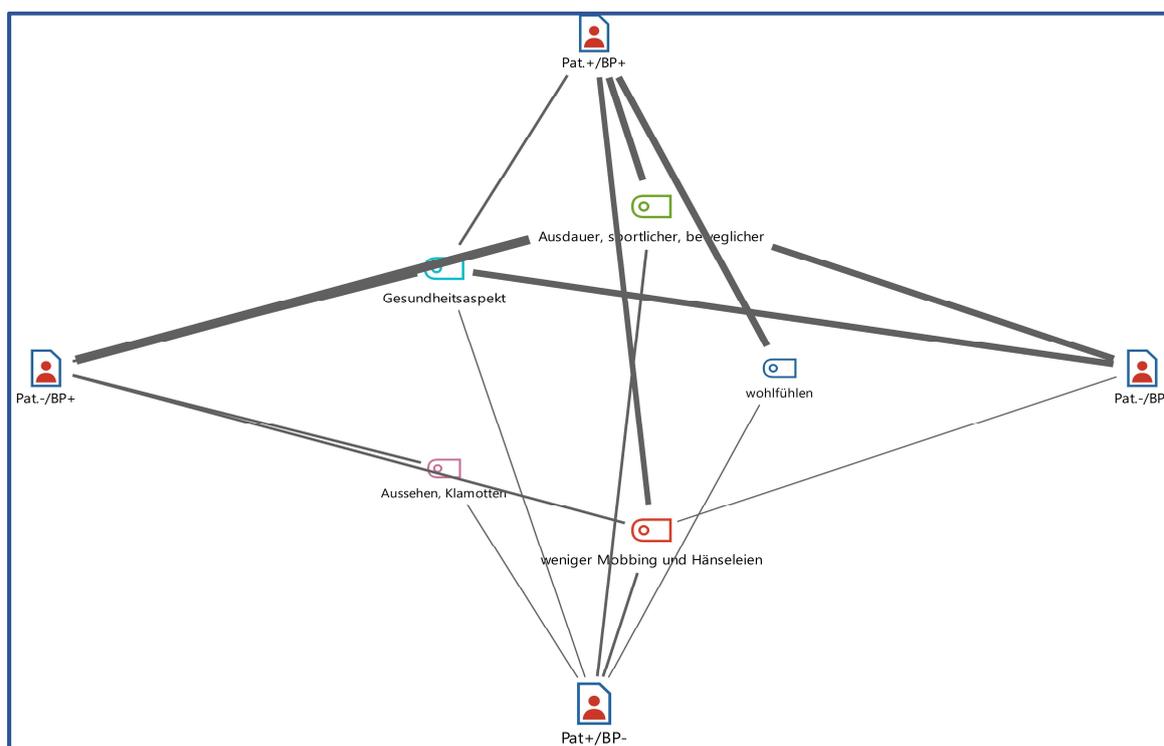


Abbildung 30: Relative Häufigkeiten der Nennung von Gründen der Patient\*innen zur Gewichtsreduktion nach Motivationstypen (Code-Relations-Modell) zum Zeitpunkt t0.

Die Auswertung des Kurzfragebogens nach dem vorgesehenen Punktesystem wurde zwar durchgeführt, deckte sich aber nicht mit dem beobachteten Verhalten nach GLF-MoS. Die Patient\*innen in Mot. II erreichten zum Teil ähnlich hohe Punktzahlen wie die Patient\*innen in Mot. IV-VI, vor allem durch die hohe Bewertung der Skalierungsfragen nach der Wichtigkeit, eine Verhaltensänderung vorzunehmen und der Zuversicht, eine Veränderung des Verhaltens

## Ergebnisse

auch durchführen zu können (s. Abb. 30). Grundsätzlich begründeten Patient\*innen, die eine geringere Zuversicht angaben, dies mit bereits gemachten negativen Erfahrungen und der Erkenntnis, wie schwer eine langfristige Verhaltensmodifikation umzusetzen ist. Fehlende Erfahrungen mit Rückfällen, weil eine Verhaltensänderung bisher noch nie angestrebt wurde, zeigten sich dagegen in einer hohen Zuversicht. Der Kurzfragebogen erfasste zwar die Wichtigkeit zur Verhaltensänderung aus Sicht der Patient\*innen, aber nicht die Gründe, Wünsche, Notwendigkeiten und Fähigkeiten, die eine Handlungsabsicht belegen.

### 3.2.2 Zielformulierungen der Patient\*innen

Die Ziele der Patient\*innen wurden ebenfalls aus den Angaben auf den Moderationskarten kodiert und induktiv Kategorien gebildet.

*Tabelle 37: Auswertungsfrage 1.2 der Nebenfragestellung 1 bezüglich der Zielformulierung der Patient\*innen, t0.*

<b>Nebenfragestellung 1</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Patient*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 1.2</b>	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich ihrer Ziele zum Zeitpunkt t0?
<b>Selektionskriterium</b>	Hinweise auf die Ziele der Patient*innen bezüglich ihrer Adipositas therapie.
<b>Abstraktionsniveau</b>	Konkret beschreibbare Aspekte, die die Ziele der Patient*innen zu Beginn des Coachings darstellen.

Die für die Begleitpersonen gebildeten Kategorien, wurden auch bei den Patient\*innen gefunden (s. Tab. 31) und ergänzt um die Kategorien „Freunde finden“ und „Aussehen/ Kleidung“. Fast alle Patient\*innen nannten das Fernziel „Abnehmen“, außerdem wurden von allen Typen die Ziele zu mehr Sport/ Bewegung und Änderung des Ess-/ Ernährungsverhaltens häufig genannt. Die Änderung des Medienkosums wurde, im Gegensatz zu den Begleitpersonen, nur einmal genannt. Das Ziel, sich besser mit den Eltern zu verstehen/vertragen, wurde als Eltern-Kind-Beziehung kategorisiert und überwiegend von den Patient\*innen in den Mot. I-III (**Pat.-/BP-** und **Pat.-/BP+**) genannt.

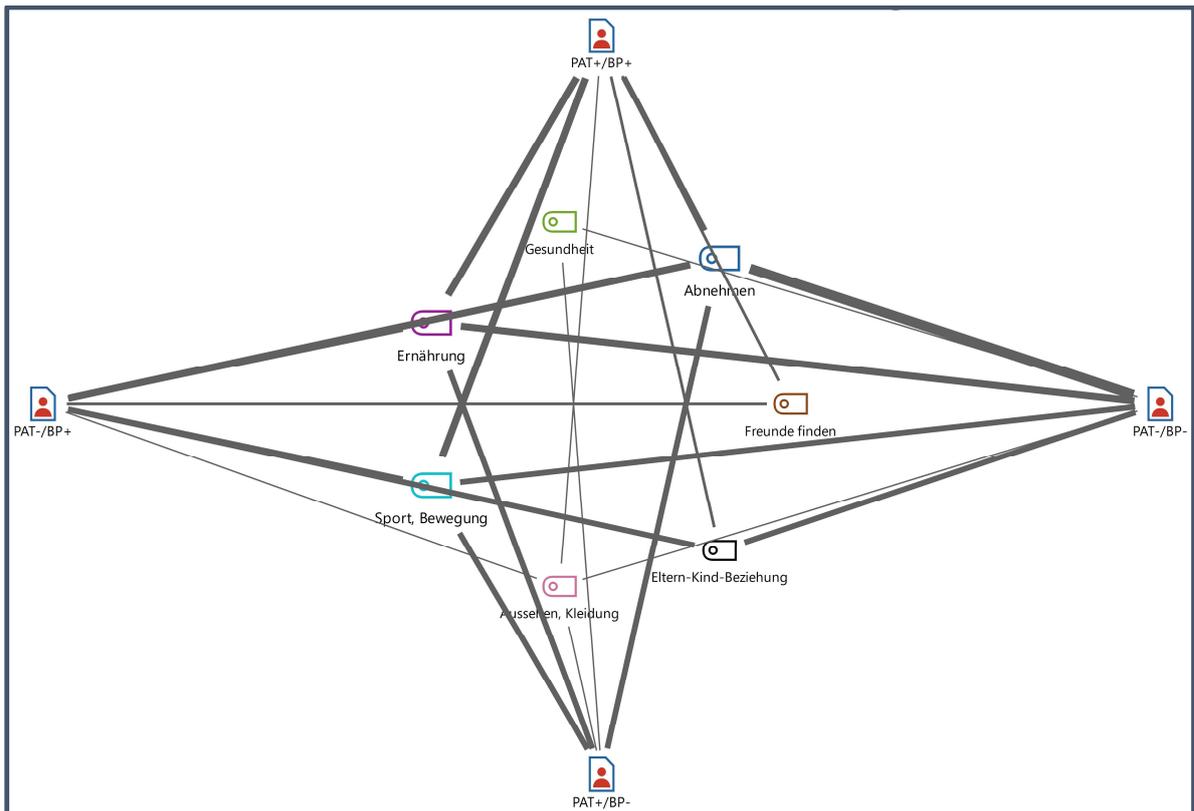


Abbildung 31: Relative Häufigkeit der Ziele der Patient\*innen im 1. Coaching (Code-Relations-Modell mit mind. zwei Nennungen je Code).

### 3.2.3 Motivationslage der Patient\*innen Zeitpunkt t1

Von den Patient\*innen (N=31) befanden sich zum Zeitpunkt t1 fünf in der motivationalen Phase Mot. I-III) und 26 in der volitionalen Phase (Mot. IV-VI). Somit gehörten zum Zeitpunkt t1 fünf Familien dem Typ **Pat.-/BP+** und 26 dem Typ **Pat.+ /BP+** an (s. Tab. 33).

Die Auswertungsfrage 1.3 wurde anhand induktiver Kategorienbildung der Fokusgruppeninterviews bearbeitet:

Tabelle 38: Auswertungsfrage 1.3 der Nebenfragestellung 1 bezüglich der Motivationslage Pat. t1.

<b>Nebenfragestellung 1</b>	Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Patient*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?
<b>Auswertungsfrage 1.3</b>	Wie unterscheiden sich die Patient*innen hinsichtlich der Motivationslage zum Zeitpunkt t1?
<b>Selektionskriterium</b>	Hinweise auf Ressourcen, die die Patient*innen bei der Motivationssteigerung unterstützten.
<b>Abstraktionsniveau</b>	Konkret beschreibbare Aspekte, die mit der Motivationslage zu t1 in Zusammenhang stehen.

## Ergebnisse

Die Kodierung der Fokusgruppeninterviews der Patient\*innen in MAXQDA führte zur Bildung der Hauptkategorien Angebote Coaching und Bewältigungseinschätzung (vgl. Lippke & Renneberg, 2006, S. 39; Lippke & Steinkopf, 2018, S. 105). In der Kategorie der Angebote in der Rehabilitation wurden Aspekte zusammengefasst, die die Kinder zur Teilnahme animierten und das Bedürfnis des Lustgewinns befriedigten. Wie bei den Begleitpersonen wurden in einem Interview auch Äußerungen zur positiven Gruppendynamik getroffen. Unter der Hauptkategorie Coaching fanden sich Aspekte zu den individuellen Familiengesprächen und der schriftlichen Zielvereinbarung. Die Handlungsplanung als Kategorie beinhaltete Aspekte, die die Patient\*innen eigenverantwortlich, aber vor allem unter Mithilfe der Familie, umsetzen wollten. Die Hauptkategorie Bewältigungseinschätzung umfasste alle Äußerungen, die die gesteigerte Motivation nach der Intervention, dem Adipositasprogramm und dem Coaching, umschrieben und selbst zu einer höheren Motivation führten, im Sinne des Confidence Talk.



Abbildung 32: Kategorienbaum, Fokusgruppeninterviews Pat. zum Zeitpunkt t1.

In der Kategorie **Angebote Reha** äußerten sich die Patient\*innen häufig positiv bezüglich des Sportangebotes, insbesondere zum Trampolin. Eine Äußerung bezog sich auf das gesunde Essen.

*„Also ich fand gut, auf dem Trampolin zu springen und im Kiosk einkaufen zu gehen.“*

Code: • Reha Angebot t1\_2119-2124, Pos. 12

*„Besonders gut hat mir das gesunde Essen gefallen, weil ich dadurch gesünder gegessen habe und dass ich auch mehr Sport gemacht habe.“*

Code: • Reha Angebot t1\_2109\_2110, Pos. 9

## Ergebnisse

Insgesamt äußerten sich die Patient\*innen zufrieden mit dem **Familien-Coaching**. Es konnten aus ihrer Sicht Themen besprochen werden, die sie persönlich betrafen. Im Coaching war Raum, auch heikle Themen anzusprechen, die sie sich sonst nicht trauten ihren Eltern zu sagen. Diese Themen waren auch als Ziele und Aspekte dazu formuliert worden und deren Bearbeitung führte zu einer Erhöhung des Motivationsstadiums (s. Selbstreflexion).

*„Also ich fand immer die Visite gut und die Beratung bei ihnen.“*

Code: ● Coaching > Gespräche 2101-2105, Pos. 19

*„Mir hat es weitergeholfen, weil es nicht so war wie in der Schulung, da haben wir gesessen und einfach alles besprochen auf einem Haufen und bei ihnen war es halt besser, weil es für die Kinder erklärt war. Das mit den Prozent, ich fand's gut.“*

Code: ● Coaching > Gespräche 2119- 2124, Pos. 36

*„Das man zum Beispiel sagt, ich möchte das nicht Mama sagen, aber jetzt sage ich es mal und dann gibt es Sachen, die man gar nicht sagen will, aber dann sagt man das mal beim Coaching. Da kann man sich trauen was zu sagen, was man sonst eigentlich gar nicht sagen will.“*

Code: ● Coaching > Gespräche t1\_2109\_2110, Pos. 14

*„Also ich fand es immer ganz gut, dass du halt so am Anfang erstmal unsere Themen wissen wolltest und dann erst deine.“*

Code: ● Coaching > Gespräche t1\_2101-2105, Pos. 41

*„Und ich fand es super, dass wir das mit meiner Schwester, dass wir darüber reden konnten.“*

Code: ● Coaching > Gespräche t1\_2107-2118, Pos. 28

Häufig wurde auch genannt, dass die Patient\*innen nach dem Coaching besser mit ihren Begleitpersonen sprechen konnten und es weniger Streit gab. Als Motivation stellten die Begleitpersonen auch Belohnungen in Aussicht.

*„Wir reden mehr darüber.“*

Code: ● Zielerreichung t1\_2107-2118, Pos. 94

*„Mama unterstützt mich mehr.“*

Code: ● Zielerreichung t1\_2107-2118, Pos. 95

*„Und wenn ich dann abgenommen habe, dass ich dann andere Klamotten bekomme.“*

Code: ● Zielerreichung 2101-2105, Pos. 35

Die schriftliche Zielvereinbarung wurde auch von den Patient\*innen als gut bezeichnet, so konnten sie sich die Vereinbarungen besser merken und die Methode SMART half bei der Umsetzung.

*„Ich fand es gut, dass wir das alles so aufgeschrieben haben, auf der Tafel und auf den Zetteln und das wir uns Ziele formuliert haben.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2119-2124, Pos. 20

## Ergebnisse

*„... , dass wir zu Zielen gekommen sind, also dass mit den Zielen auch aufschreiben und so.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2101-2105, Pos. 43

*„... und dass wir die auf so große Zettel schreiben konnten, damit wir uns die besser merken können.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2109\_2110, Pos. 27

*„Und das smart war so sehr gut. Das smart hat viele Sachen, die man gut umsetzen kann.“*

Code: ● Coaching > schriftliche Zielvereinbarung t1\_2127-2131, Pos. 20

Das Vorhaben, selbst das Verhalten nach einem festgelegten Ziel zu ändern, wurde weniger als eigenverantwortlich formuliert. Vielmehr sahen die Patient\*innen die Verhaltensänderung als gemeinsames Ziel der Familie und fiel daher unter die Kategorie Handlungsplanung. Die Verantwortung lag nicht nur bei den Patient\*innen.

*„Also eines meiner Ziele war, mit meiner Tante zusammen jeden Tag Gassi gehen. Wir haben schon mit ihr darüber geredet und sie hat gesagt, sie würde sich darüber freuen.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2127-2131, Pos. 44

*„Also meine Familie will jetzt öfter etwas zusammen machen, weil dass haben wir davor nicht.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2127-2131, Pos. 47

*„Ich habe mit Mama und Papa vor, mehr rauszugehen.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2127-2131, Pos. 57

*„Also z.B., dass wir uns nicht mit Mama streiten, sondern z.B. an den Tisch setzen und das besprechen und sich daranhalten und dann wird alles klappen.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2119-2124, Pos. 86

Kategorie **Bewältigungseinschätzung**: Eine erfolgreiche Zielerreichung orientierte sich bei den Patient\*innen stark an der Höhe der Gewichtsreduktion. Die Gewichtsabnahme als wichtigstes Ziel wurde ihnen auch von den Begleitpersonen suggeriert.

*„Sie meinen hier in der Kur? Also ich habe erreicht, ich wollte eigentlich 6-7 Kilo abnehmen und heute beim letzten wiegen waren es 8 Kilo.“*

Code: ● Zielerreichung t1\_2119-2124, Pos. 53

*„Ich konnte erreichen, dass ich ganz viel abgenommen habe, weniger gegessen, mehr Sport gemacht, mehr Freunde, wie 2109.“*

Code: ● Zielerreichung t1\_2109\_2110, Pos. 33

*„Dass ich 2,3 Kilo abgenommen habe und Papa sagt, dass viele mehr draufhaben und dass es für die einfacher ist abzunehmen und dass ich die Handportion gelernt habe und ich mehr Sport, eigentlich nicht mehr, dass ich auch Sport gemacht habe.“*

Code: ● Zielerreichung t1\_2109\_2110, Pos. 42

## Ergebnisse

*„Wir haben auch oft gestritten und meine Mama war dann eben kaum stolz auf mich und jetzt wo ich abnehme haben wir weniger Streit und Mama ist auch immer stolz auf mich, auch wenn es nur 100 Gramm ist.“*

Code: ● Zielerreichung 2101-2105, Pos. 73

Ziele in kleinen Etappen zu erreichen stellte ein Patient als besonders hilfreich dar.

*„Dass ich mehr Sport mache und dass sie mir auch geholfen haben, irgendwie so das hinzukriegen, dass ich meine Ziele nicht zu weit setze, sondern dass ich erstmal etwas niedriger rangehe und wenn ich mich dann rantraue, dann immer höher. Das hat mir geholfen.“*

Code: ● Zielerreichung 2101-2105, Pos. 53

Bei einigen Aussagen wurde ganz klar die Mutter als Verantwortliche zur Zielerreichung genannt.

*„Weil Mama nicht mehr Süßigkeiten kauft.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2107-2118, Pos. 117

*„Bei den Portionen, dass die Töpfe immer auf dem Herd stehen und Mama kauft keine normale Butter mehr, sondern die Leichte.“*

Code: ● Coaching > Handlungsplanung t1\_2109\_2110, Pos. 75

Auf die Fragen, wie zuversichtlich die Patient\*innen auf einer Skala von 0-10 sind oder was sie so sicher macht, ihre Ziele zuhause auch erreichen zu können, waren Antworten ausgeprägt, die auf Selbstwirksamkeitsempfinden schließen lassen. Mit der Gewichtsreduktion wurde vermehrt Selbstwirksamkeit wahrgenommen; ein Kind machte die Erfahrung selbstbewusster und das Coaching führte zu mehr Vertrauen innerhalb der Familie.

*„1. Weil ich gesünder esse, 2. Weil ich mich mehr bewege, 3. Weil ich schon ganz viele Freunde habe, mehr als zuhause, 4. Wenn es das geben würde, eine Skala von 1-20: eine 20.“*

Code: ● Selbstwirksamkeitserwartung t1\_2109\_2110, Pos. 12

*„...weil ich gesehen habe, dass ich es schaffe.“*

Code: ● Selbstwirksamkeitserwartung t1\_2107-2118, Pos. 120

*„Ja, mein Körpergefühl sagt mir, ich kann das schaffen, (...) und ich habe gesehen, wieviel so was bringt, ich dachte z.B. nicht zwischendurch essen bringt jetzt nicht viel, aber das bewirkt sehr, sehr viel!“*

Code: ● Selbstwirksamkeitserwartung t1\_2127-2131, Pos. 68 und 72

*„Dass ich ehrlicher bin, selbstbewusster und mehr Vertrauen zueinander auch.“*

Code: ● Selbstwirksamkeitserwartung t1\_2109\_2110, Pos. 30

## Ergebnisse

Die Patient\*innen antworteten häufig auf die Frage, was sie tun können, wenn zuhause doch nicht alles so klappt wie geplant, mit einem Hilfesuch bei den Eltern. Ausgeprägt häufig waren die Ideen, einfach weiter zu machen oder wieder mit dem Vorhaben neu anzufangen. Die geringe Ausprägung von Change Talk und Confidence Talk in diesem Teil der Interviews, ließ eine geringe Vorstellungskraft für diese Situationen erahnen.

*„Ja, also wir sollen halt nie vergessen, dass wir das hier gelernt haben und wir sollen versuchen weiterzumachen.“*

Code: ● Barrieren und Ressourcen t1\_2127-2131, Pos. 81

*„Wenn es passieren würde, dann guckt man sich seine Ziele an und dann macht man das. Z.B. dann sagt man sich: oh nein, jetzt habe ich zugenommen, dann gehe ich vielleicht mal jetzt spazieren.“*

Code: ● Barrieren und Ressourcen t1\_2127-2131, Pos. 92

*„Ich wollte noch sagen, dass wenn es irgendwie nicht klappt, wir irgendwelche Probleme haben, dann mit unseren Eltern reden.“*

Code: ● Barrieren und Ressourcen t1\_2127-2131, Pos. 94

*„Vielleicht, also ich würde dann erstmal meiner Mutter Bescheid sagen, dass ich das irgendwie nicht mehr so gut hinkriege und dann gucken wir, ob sie mir helfen kann. Und wenn nicht, dann gehe ich wieder zur Kur.“*

Code: ● Barrieren und Ressourcen 2101-2105, Pos. 87

Freunde in der altershomogenen Therapiegruppe zu finden, war den Patient\*innen ein wichtiges Anliegen und wichtig für die Teilnahme an der Maßnahme und die **Gruppendynamik**. Dass sich die Eltern ebenso gut verstanden, war ihren Kindern auch wichtig.

*„...das hat mir halt auch sehr Spaß gemacht und dass ich halt viele Freunde gefunden habe.“*

Code: ● Gruppendynamik t1\_2101-2105, Pos. 23

*„... , dass ich auch Freunde gefunden habe und irgendwann war es auch ziemlich gut.“*

Code: ● Gruppendynamik t1\_2101-2105, Pos. 25

*„Ja, und dass sich unsere Eltern auch sehr gut verstanden haben.“*

Code: ● Gruppendynamik t1\_2101-2105, Pos. 28

*Kasten 9: Zusammenfassung, Fokusgruppeninterviews Pat., 2. Auswertungsfrage.*

Die Patient\*innen äußerten sich häufig positiv bezüglich des Sportangebotes. Heikle Themen konnten in geschütztem Rahmen besprochen werden, deren Bearbeitung auch als Ziele formuliert wurden; deren Bearbeitung führte zu somit einer Erhöhung des Motivationsstadiums. Die schriftliche Zielvereinbarung wurde auch von den Patient\*innen sehr häufig als gut bezeichnet. Die Patient\*innen formulierten ihre Intention zur

Verhaltensänderung überwiegend als gemeinsame Handlungsplanung, für deren Umsetzung die ganze Familie Verantwortung trägt oder sogar ausschließlich die Mutter.

Als wichtigstes zu erreichendes Ziel wurde die Gewichtsabnahme genannt, an der auch der Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme gemessen wurde. Des Weiteren waren Äußerungen zu einer besseren Kommunikation mit der Begleitperson ausgeprägt. Die Patient\*innen zeigten ein ausgeprägtes Selbstwirksamkeitsempfinden, das ebenfalls stark mit der Gewichtsabnahme korrelierte. Aussagen zu Barrieren und Ressourcen wurden getroffen, allerdings nur mit geringer Ausprägung von Change Talk und Confidence Talk.

Außerdem war es den Patient\*innen ein wichtiges Anliegen, Freund\*innen in der altershomogenen Therapiegruppe zu finden.

### 3.2.4 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Nebenfragestellung 1

Die Nebenfragestellung 1 befasste sich mit den Aspekten Motivationslage t0 und t1 sowie die Ziele zu t0 in Bezug auf die Patient\*innen. Zur **Motivationslage t0** ist festzuhalten:

- Motiviertere Patient\*innen (Mot. IV-VI) hatten sich eher aktiv für die Rehabilitation entschieden, weniger motivierte waren diesbezüglich rein extrinsisch motiviert.
- Nur motiviertere Patient\*innen gaben „sich wohlfühlen“ als Grund für die Gewichtsreduktion an und häufiger „Mobbing Erfahrungen“ als unmotiviertere (Mot. I-III).
- Die Bewertungsskala für die Motivationsstadien I-VI war im Rahmen des GLF-MoS und Kurzfragebogens besser anwendbar als die Auswertungsmatrix mit Punktesystem von MoReMo.
- Die Wichtigkeit der Verhaltensänderung wurde von den Kindern genannt, aber ihre Handlungsabsicht wurde durch Gründe, Wünsche und Notwendigkeiten erkennbar.

Bezüglich der **Ziele** lässt sich festhalten, dass

- die Patient\*innen auf die Gewichtsreduktion in Kilogramm fokussiert sind.
- der Wunsch nach einer besseren Eltern-Kind-Beziehung vornehmlich von den Patient\*innen der Typen **Pat.-/BP-** und **Pat.-/BP+** geäußert wurde.

Die **Motivationslage t1** ergab 26 Patient\*innen in Mot. IV-VI (**Pat.+BP-**) und fünf Patient\*innen in geringem Mot. I-III und somit im Feld **Pat.-/BP+**.

## Ergebnisse

- Freunde zu finden und eine gute Gruppendynamik waren wichtige Anliegen für die Patient\*innen
- Die Akzeptanz des Coachings beruhte auf ähnlichen Aspekten wie bei den Begleitpersonen: heikle Themen besprechen zu können, Ziele schriftlich zu vereinbaren und eine verbesserte Kommunikation mit der Begleitperson.
- Die Patient\*innen formulierten ihre Intention zur Verhaltensänderung überwiegend als gemeinsame Handlungsplanung, deren Umsetzung durch die ganze Familie für sie von Bedeutung war.

### 3.3 Nebenfragestellung 2

In der Nebenfragestellung 2 wurde die Veränderung der Motivationsstadien im Coachingverlauf betrachtet. Dafür wurden die Coachingprotokolle, die Stundenevaluationen und die Beurteilungsbogen Coach ausgewertet.

#### 3.3.1 Entwicklung von Ambivalenz-Faktoren im Coachingverlauf

Die Auswertungsfrage 2.1, welche Ambivalenz-Faktoren während des Familien-Coachings vorherrschend waren, wurde anhand einer theoriegeleiteten, deduktiven Kategorienanwendung nach Mayring (2015) ausgewertet.

*Tabelle 39: Auswertungsfrage 2.1 zur Nebenfragestellung2 bezüglich vorherrschender Amivalenz-Faktoren.*

<b>Nebenfragestellung 2:</b>	Welche Veränderung des Motivationsstadiums zeigte sich bei Begleitpersonen und Patient*innen im Coachingverlauf?
<b>Auswertungsfrage 2.1</b>	Welche Ambivalenz-Faktoren waren in den Familien-Coachings, bei Begleitpersonen und Patient*innen, jeweils vorherrschend?

Die Begriffe der Ambivalenz nach Miller und Rollnick (2015) wurden dabei zugrunde gelegt. Ambivalenz ist demnach das Abwägen durch Äußerungen für oder gegen eine Verhaltensänderung. Hierfür wurden die Beobachtungen in den Coachingprotokollen zusammengefasst und die überwiegend auftretenden Kategorien einer Person selektiert. Jede Person wurde somit je Coachingeinheit durch Selektion einer Kategorie zugeordnet.

Vorbereitender Change Talk und Sustain Talk standen dabei in direktem Gegensatz zueinander und zeigten Ambivalenz auf, das Abwägen einer möglichen Veränderung. Mobilisierender Change Talk signalisierte die Entscheidung für eine Verhaltensänderung, es wurden bereits erste Maßnahmen ergriffen und Handlungen geplant. Dissonanz bezog sich in dieser Konstellation nicht auf den Discord Talk gegenüber des Coach, sondern Hinweise auf Disharmonien oder Konflikte zwischen Begleitperson und Patient\*in, die eine gemeinsame Zielformulierung verhinderten oder erschwerten.

## Ergebnisse

Tabelle 40: Kodierleitfaden zur Auswertung der Nebenfragestellung 2, für eine deduktive Kategorienanwendung (Mayring, 2015).

<b>Nebenfragestellung 2: Welche Veränderung des Motivationsstadiums zeigte sich bei Begleitpersonen und Patient*innen im Coachingverlauf?</b>		
<b>Auswertungsfrage 2.1: Welche Ambivalenz-Faktoren waren in den Familien-Coachings, bei Begleitpersonen und Patient*innen, jeweils vorherrschend?</b>		
<b>Kategorie</b>	<b>Kategoriendefinition</b>	<b>Ankerbeispiele</b>
<b>Change Talk (Hauptkategorie)</b>	Überwiegend „vom Klienten selbst kommende Äußerungen, die ein Argument für Veränderung sind.“ (Miller & Rollnick 2015, S.189)	
<b>Vorbereitender Change Talk</b>	Unter diesem Begriff werden vier Unterformen zusammengefasst: <b>Wunsch:</b> Wörter, die signalisieren, dass jemand etwas will. <b>Fähigkeit:</b> signalisieren, dass man eine Veränderung für denkbar hält und in der Lage dazu ist. <b>Grund:</b> Argument für die positive Entwicklung durch Veränderung. <b>Notwendigkeit:</b> imperativische Formulierung, die Wichtigkeit einer Veränderung betont. (Miller & Rollnick 2015, S.190-191)	Möchte öfter auf den Spielplatz gelassen werden, Papa soll unterstützen, indem er nicht so viele Süßigkeiten mitbringt/ einkauft (2106-1: 5) Pat. Ist am Nachmittag allein zuhause und muss sehr selbständig handeln. Das bekommt sie auch insgesamt gut hin, Mutter hätte aber gern mehr Einfluss und mehr Zeit für sie. (2112-1: 10)
<b>Mobilisierender Change Talk</b>	Signalisiert eine Bewegung, die zur Auflösung der Ambivalenz zugunsten der Veränderung führen kann und äußert: Selbstverpflichtung = Versprechen geben, handeln zu wollen Aktivierungssprache = Handlungstendenz unternommene Schritte = konkrete, bereits ergriffene Maßnahmen. (Miller & Rollnick 2015, S.192-193)	Schrittzähler als Uhr wurde bestellt. (2127-2: 3)  plant zuhause Veränderungen, Mann ist bereit mitzumachen. Mehr Gemüse essen tut ihr selbst auch gut, bessere Verdauung (2108-2: 4)
<b>Widerstand (Hauptkategorie)</b>	Überwiegend „Äußerungen zugunsten der Beibehaltung des Status Quo und Signale zu Disharmonie.“ (Miller & Rollnick 2015, S. 195, 240)	
<b>Sustain Talk</b>	Sustain Talk steht im Gegensatz zu Change Talk und signalisiert eine Beibehaltung des Status Quo. (Miller & Rollnick 2015, S. 195-196)	Pat. widerspricht jedem Change Talk der BP (2121-2: 7) Kocht oft Fast Food, weil die Kinder Hunger haben und drängeln. (2105-1: 8)
<b>Dissonanz</b>	Signale, die auf eine Disharmonie in der Beziehung hindeuten. Darunter werden Anzeichen wie Verteidigungsmanöver, Offensivmanöver (Oppositionshaltung), Unterbrechung oder Distanzierung im Hinblick auf eine Verteidigungshaltung und Uneinigkeit verstanden. (Miller & Rollnick 2015, S.240-243)	„Ich esse gar nicht so viel Süßes wie meine Geschwister, aber die dürfen ohnehin viel mehr als ich.“ (2111-1: 7)  „Ein Kind muss tun, was die Eltern von ihm verlangen.“ (2106-1: 8)

## Ergebnisse

Die Beobachtung der Begleitpersonen im Verlauf der drei Coachings zeigte einen kontinuierlichen Anstieg von mobilisierendem Change Talk und gleichzeitig ein reduziertes Auftreten von vorbereitendem Change Talk, Sustain Talk und Dissonanzen mit dem Kind. Zu Beginn beschäftigten die Begleitpersonen sich mehr mit Dissonanzen, als ihre Kinder.

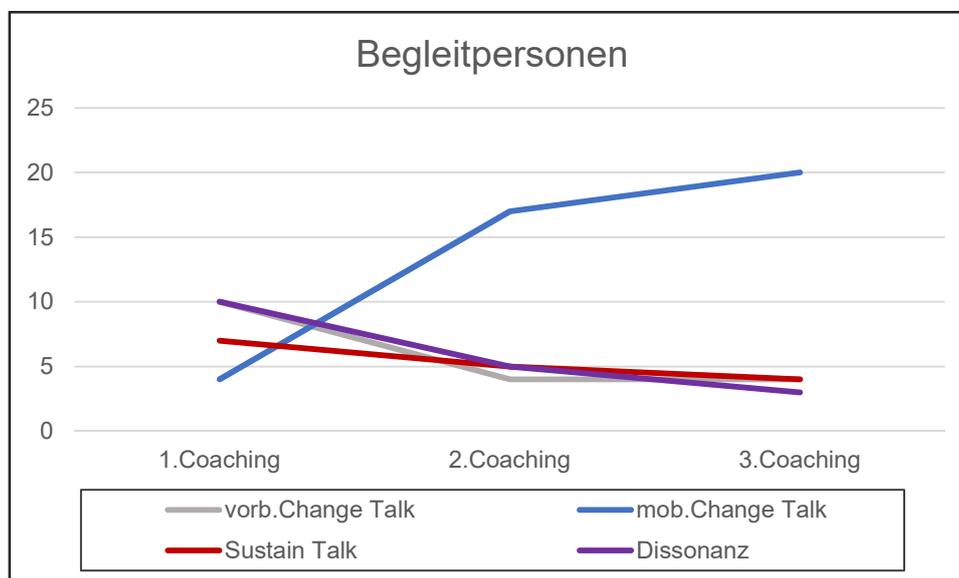


Abbildung 33: Entwicklung des Motivationsstadiums der Begleitpersonen anhand von relativen Häufigkeiten der selektierten Ambivalenz-Faktoren.

Die Patient\*innen sprachen zu Beginn weniger häufig über Dissonanzen und Sustain Talk, sondern äußerten häufig Veränderungswünsche im Sinne vorbereitenden Change Talks. Im 2.Coaching sank das Auftreten von vorbereitendem zugunsten von mobilisierendem Change Talk. Patient\*innen mit überwiegend Sustain Talk, als Zeichen von Ambivalenzentwicklung, nahmen leicht zu und fiel zum 3.Coaching nicht so weit ab, wie bei den Begleitpersonen.

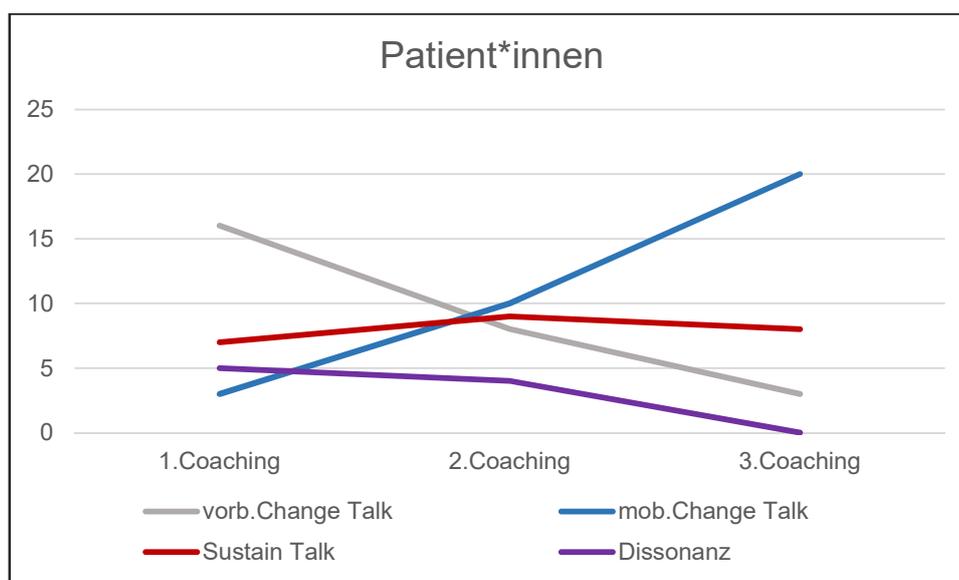


Abbildung 34: Entwicklung des Motivationsstadiums der Patient\*innen anhand von relativen Häufigkeiten der selektierten Ambivalenz-Faktoren.

## Ergebnisse

## 3.3.2 Auswertung der Beurteilung Coach im Coachingverlauf

Unmittelbar nach jedem Coaching wurden Begleitperson und Patient\*in durch den Coach nach drei Kriterien bewertet und anschließend einem Motivationsstadium zugeordnet. Es wurde beurteilt, inwieweit die Personen Ziele für sich benennen und konkretisieren konnten, wie hoch die Bereitschaft zu aktiver Beteiligung war um lösungsorientiert und kompromissbereit Vereinbarungen treffen zu können und ob eine Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme erkennbar war.

Tabelle 41: Auswertungsfrage 2.2 der Nebenfragestellung 2 zur Beurteilung durch den Coach.

<b>Nebenfragestellung 2:</b>	Welche Veränderung des Motivationsstadiums zeigte sich im Coachingverlauf?
<b>Auswertungsfrage 2.2</b>	Wie verhielten sich die Begleitpersonen und Patient*innen im Coachingverlauf aus Sicht des Coach?

Die Begleitpersonen konnten ihre Ziele bereits im 1.Coaching ausgeprägter konkretisieren und wurden bezüglich dieses Kriteriums überwiegend als mittel bis eher hoch eingestuft. Die aktive Beteiligung war bei allen mindestens eher gering, bei zwei Drittel eher hoch bis hoch. Die Hälfte der Begleitpersonen zeigte eine mittlere Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme.

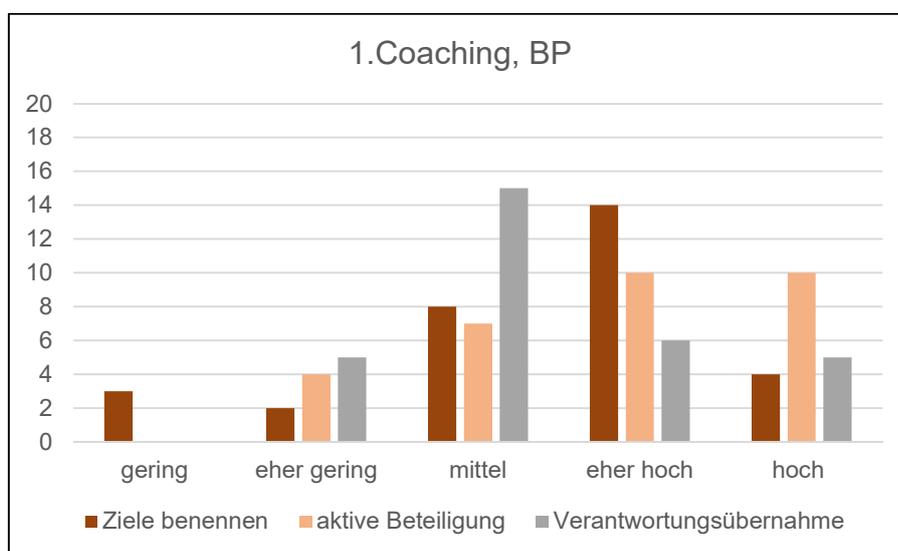


Abbildung 35: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 1.Coachingeinheit.

Die Einschätzung der Mitarbeit der Begleitpersonen als gering oder eher gering war in der 2.Coachingeinheit nur noch vereinzelt zu beobachten, die Hälfte der Begleitpersonen zeigte eine hohe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme und beteiligte sich aktiv an der Ausarbeitung von Vereinbarungen. Die Zielkonkretisierung war ausgeglichen mittel bis hoch.

## Ergebnisse

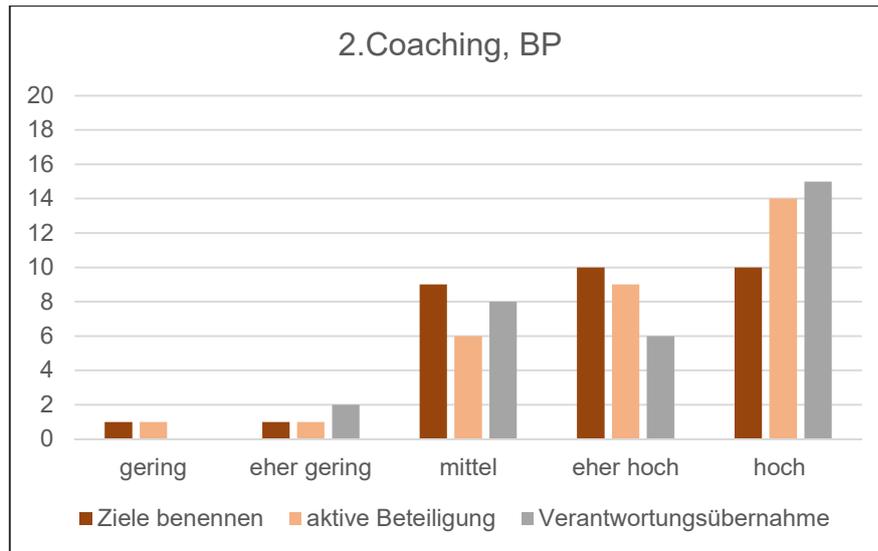


Abbildung 36: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 2.Coachingeinheit.

Im 3.Coaching wurden alle Kriterien bei über Dreiviertel der Begleitpersonen als eher hoch bis hoch beurteilt. Die Kategorien gering und eher gering wurden zu dem Zeitpunkt nicht mehr beobachtet.

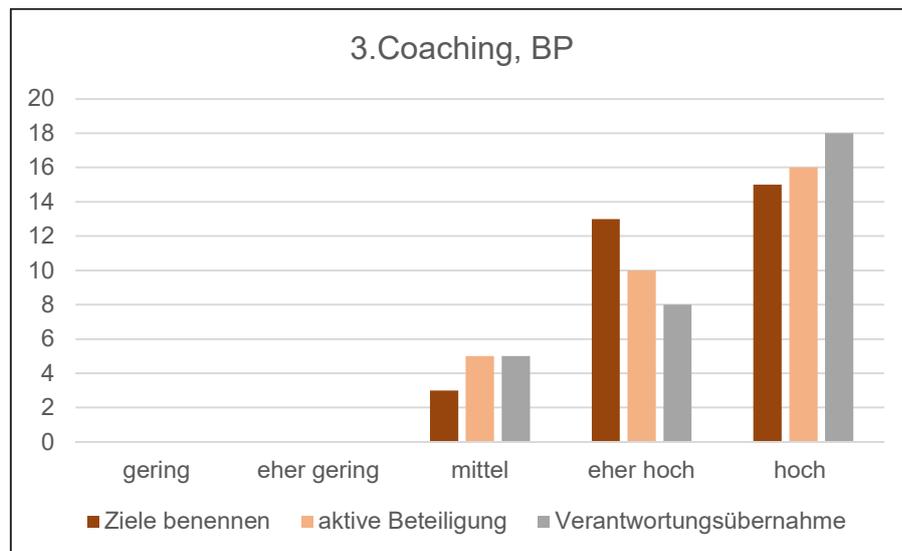


Abbildung 37: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 3.Coachingeinheit.

Im 1. Coaching wurden Ziele benannt, genauer beleuchtet, wenn nötig noch konkretisiert und eine Zielhierarchie gebildet. Bei den Patient\*innen wurde im 1. Coaching die Zielnennung und Konkretisierung vor allem als gering und mittel beurteilt. Es dominierten Ziele wie `gesünder ernähren` und `mehr Sport`, ohne dies konkretisieren zu können, wie zum Beispiel `weniger Süßigkeiten essen` oder `öfter mit dem Fahrrad zur Schule fahren`. Die aktive Beteiligung lag überwiegend bei eher gering bis mittel, war also eher zurückhaltend. Bezüglich der Verantwortungsübernahme wurden die Patient\*innen mehrheitlich mit eher gering bis mittel bewertet, die Patient\*innen gaben sich grundsätzlich bereiter, Verantwortung zu übernehmen.

## Ergebnisse

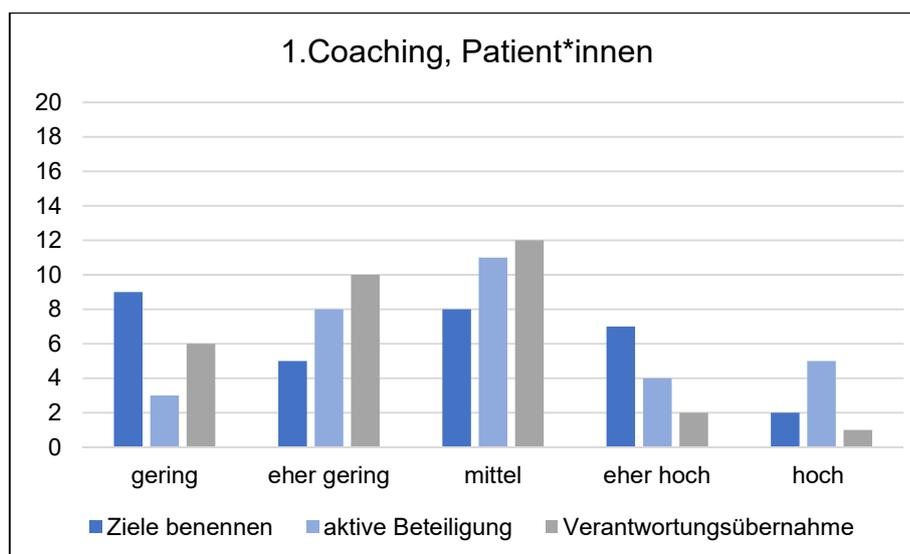


Abbildung 38: Beurteilung der Patient\*innen durch den Coach nach der 1.Coachingeinheit.

Im 2.Coaching stand das Thema Verantwortung im Fokus sowie die Formulierung von gemeinsamen Zielsetzungen mit SMART (Drucker, 1977). Die Zielnennung durch die Patient\*innen war weniger gering, dafür häufiger eher hoch bis hoch. Die aktive Beteiligung und die Verantwortungsübernahme verlagerten sich vermehrt zu den Ausprägungen gering oder eher hoch. Die Patient\*innen zeigten also vermehrt entweder eine geringe Ausprägung zu Mitarbeit oder eine eher hohe.

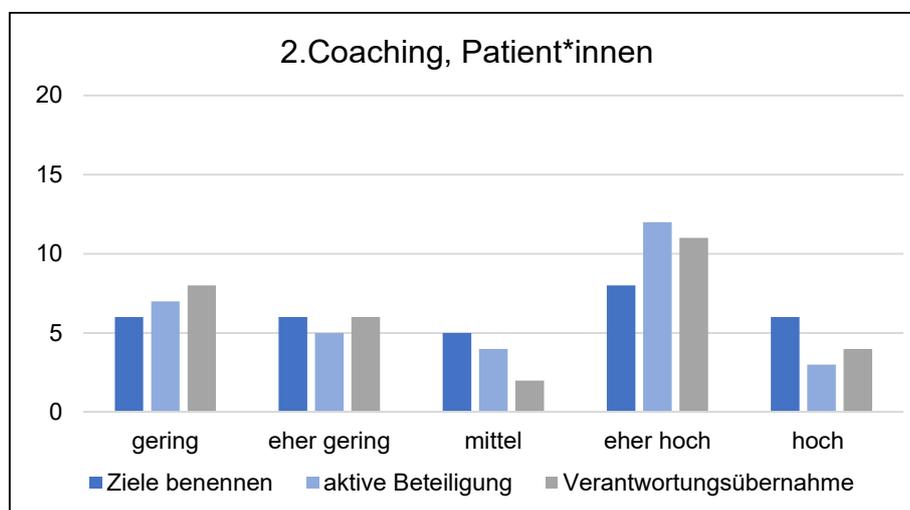


Abbildung 39: Beurteilung der Patient\*innen durch den Coach nach der 2.Coachingeinheit.

Im 3. Coaching wurden die Ergebnisse und bereits Erreichtes zusammengefasst dargestellt. Im Hinblick auf die Zielvereinbarungen für zuhause wurde die konkrete Handlungsplanung, Unterstützungsressourcen und die Situation eines Rückfalls beleuchtet. Im 3. Coaching konnten zwei Drittel der Patient\*innen ihre Ziele konkret benennen, nur ein Kind zeigte eine geringe aktive Beteiligung, ansonsten waren alle Ausprägungen mindestens eher gering. Die aktive Beteiligung und die Verantwortungsübernahme wurde im Vergleich der

Ergebnisse

Coachingeinheiten im 3.Coaching häufiger als hoch bewertet, es ist also eine moderate Entwicklung von der Beurteilung gering zu hoch erkennbar.

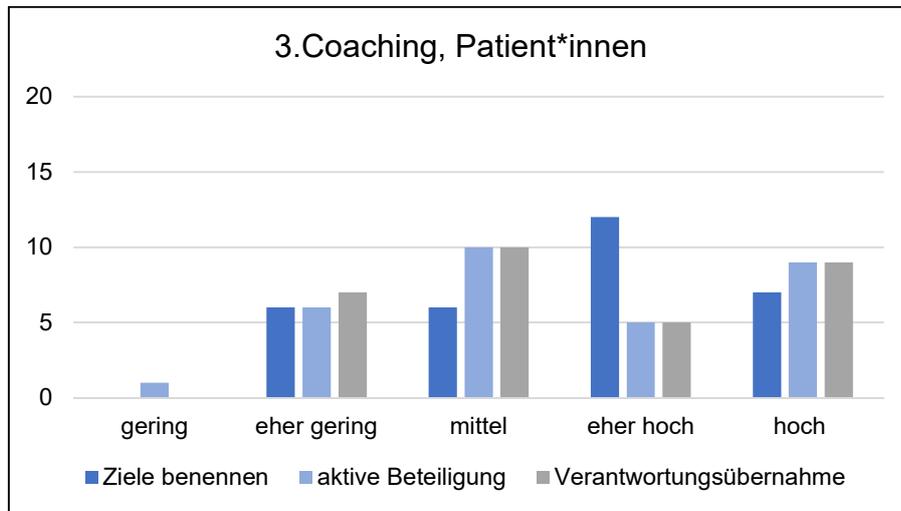


Abbildung 40: Beurteilung der Patient\*innen durch den Coach nach der 3.Coachingeinheit.

3.3.3 Veränderung des Motivationsstadiums im Coachingverlauf

Um die Entwicklung der Patient\*innen und Begleitpersonen noch differenzierter darstellen zu können, wurde die Bewegung in ein anderes Feld im Merkmalsraum dargestellt. Es ergaben sich 16 Möglichkeiten durch die Ausprägung:

Entwicklung zu mehr Motivation (von – zu +), rückläufige Entwicklung (von + zu -) oder gleichbleibende Position im Typenfeld (von – zu -) (von + zu +).

Tabelle 42: Entwicklung der Patient\*innen und Begleitpersonen im Merkmalsraum Motivation von t0 zu t1.

Mot.	Patientenentwicklung			
	Pat. a von – zu -	Pat. b von – zu +	Pat. c von + zu -	Pat. d von + zu +
BP A von – zu -	0	0	0	0
BP B von – zu +	2018	2004, 2008, 2012, 2020, 2022, 2025, 2026, 2029 (t0: Pat.-/BP-)	2027	2005, 2006, 2015, 2019, 2031 (t0: Pat./BP-)
BP C von + zu -	0	0	0	0
BP D von + zu +	2014, 2023, 2024	2002, 2007, 2009, 2016, 2017, 2021 (t0: Pat./BP+)	0	2001, 2003, 2010, 2011, 2013, 2028, 2030 (t0: Pat./BP+)

## Ergebnisse

Alle Begleitpersonen veränderten sich positiv bezüglich ihres Motivationsstadiums, so dass sich in den Merkmalsräumen der Zeile aA bis dA sowie von aC bis dC keine Familien befanden. In Spalte c befanden sich, bis auf das Feld cB ebenfalls keine Familien zum Zeitpunkt t1. Die Felder bB (t0: **Pat.-/BP-**), dB (t0: **Pat.+ /BP-**), bD (t0: **Pat.-/BP+**) und dD (t0: **Pat.+ /BP+**) sind in der Farbe gekennzeichnet, in der sich die Familien zu Zeitpunkt t0 befanden und aus dem sie sich in den grünfarbigen Bereich **Pat.+ /BP+** entwickelt haben.

Nachfolgend wurde die Auswertungsfrage 2.3 der Nebenfragestellung 2 bearbeitet. In Kapitel 3.3.3.1 wird jeweils ein Familientyp aus den Kategorien des vier-Felder-Schemas zum Zeitpunkt t0 dargestellt.

Bei den vier Familien **2018**, **2014**, **2023** und **2024** ist das Kind in der motivationalen Phase geblieben und die Familien befanden sich somit in Spalte a, Familie **2027** befand sich in Feld cB. Die Familien 2014, 2023, 2018, 2024 und 2027 wurden im Rahmen von Einzelfallanalysen in Kapitel 3.3.3.2 individuell betrachtet.

Tabelle 43: Auswertungsfrage 2.3 der Nebenfragestellung 2 zu individuellen Entwicklungsfaktoren von t0 zu t1.

<b>Nebenfragestellung 2:</b>	Welche Veränderung des Motivationsstadiums zeigte sich im Coachingverlauf?
<b>Auswertungsfrage 2.3</b>	Welche individuellen Faktoren in der Familien-Interaktion führten zu einer Förderung oder Hemmung der Entwicklung der Motivationslage von t0 zu t1?

### 3.3.3.1 Darstellung von Einzelfällen mit günstiger Entwicklung

Stellvertretend für die jeweilige Entwicklung innerhalb des vier-Felder-Schemas wird in diesem Kapitel je eine Familie im Rehabilitations- und Coaching-Verlauf beschrieben. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Vollständigkeit der Daten und der gleichverteilten Darstellung von je zwei 10-jährigen Mädchen und zwei 12-jährigen Jungen mit jeweils einer Mutter als Begleitperson und ohne weitere Anwesenheit von Begleitkindern während der Rehabilitation.

#### **2022: von **Pat.-/BP-** zu **Pat.+ /BP+****

Der 12-jährige Junge 2122 war mit seiner 41-jährigen, verheirateten Mutter und ohne Vater und Bruder angereist. Er besuchte die fünfte Klasse eines Gymnasiums. Sie beschrieb ihn als wenig motiviert, teilzunehmen:

*„Bei uns ist es ähnlich wie bei dir, er sagt auch: eigentlich will ich gar nicht hier sein.“*

Code: • 2222 t0\_2219-2226, Pos. 17

Er fühle sich in seinem Körper wohl und ihm fehle die Einsicht, dass das langfristige Konsequenzen mit sich bringen könne.

## Ergebnisse

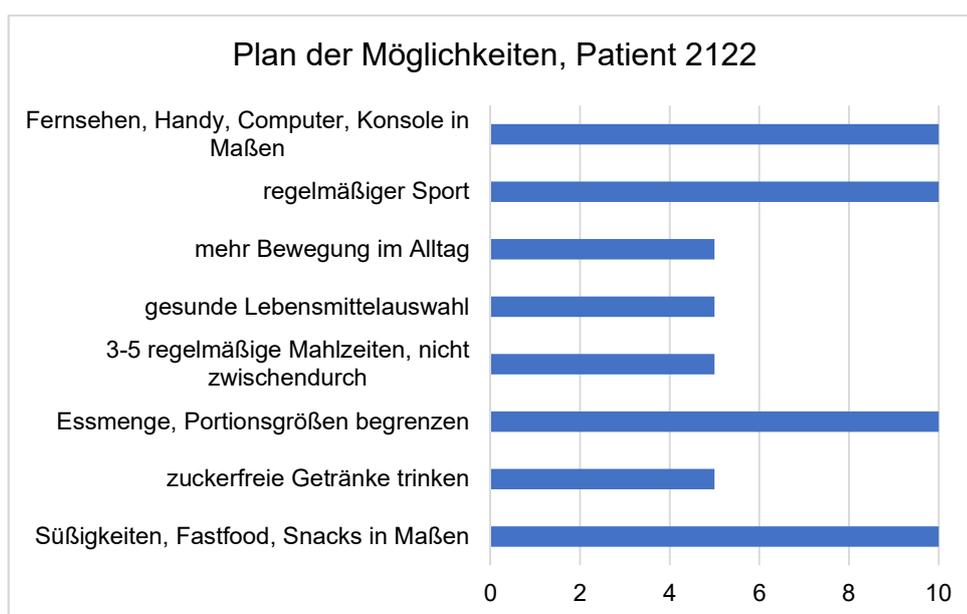
Der Mutter schien die Situation bewusst, aber sie handelte nicht zielgerichtet und eigenverantwortlich:

2222: (9:55) „Bei uns ist es auch mehr das Verständnis, dass er merkt, ja ich fühle mich so wohl wie ich bin, aber wenn ich so weiter mache, ist es irgendwann nicht mehr gut. Dass er einschätzen kann, was kann ich essen, was kann ich manchmal essen und die Bewegung, das machen wir zwar schon, aber dass das regelmäßig kommt. Zweimal die Woche reicht halt nicht, also dass er auch einen Antrieb hat, selbst rauszugehen.“

Code: • 2022, t0\_2219-2226, Pos. 36

2122 gab von sich aus an, nicht eigeninitiativ die Idee zur Rehabilitation eingebracht zu haben, aber er sei schon einverstanden damit. Auf einer Skala von 0-10 gab er eine Acht an. Mit 10 bewertete er, wie sehr ihn sein Übergewicht störte, denn er wollte sportlicher sein, ausdauernder und damit etwas für seine Gesundheit tun. Eine Umstellung im Sport- und Essverhalten schätzte er eher schwierig ein, indem er mit fünf auf der Skala bewertete. Die Bereitschaft zur Ernährungsumstellung war höher (sieben) als die zu mehr Bewegung (vier).

Vier Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation (s. Abb. 44) bewertete er mit 10, wobei sie extrinsisch motiviert waren: Die Eltern hatten ihn unfreiwillig im Schwimmverein angemeldet und fuhren ihn dort hin, damit er sich mehr bewegte, außerdem war die Medienzeit begrenzt und die Mutter achtete auf die Portionsgröße. Die Familie wohnte in mehreren Generationen mit im Haus und im Dorf, so dass die Kontrolle über das Essen für die Mutter nur begrenzt möglich war. Es wurde mehrmals in der Woche bei den Großeltern gegessen.



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen,  
8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 41: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2122 zum Zeitpunkt t0.

## Ergebnisse

Im 1. Coaching zeigte sich, dass 2122 nur der Mutter zuliebe am Therapie- und Coachingprogramm teilnahm, gleichzeitig war sein Ziel, insgesamt 20kg zu verlieren. Dies wollte er durch kleinere Portionen und weniger Süßigkeiten erreichen. 2122 schlug vor, er könne öfter seinem Opa auf dem Hof helfen, mit den Hunden spazieren gehen und mit dem Fahrrad zur Schule fahren. Die Verteilung der Verantwortlichkeiten wurde herausgearbeitet. Dass sein Bruder oft mehr naschen durfte, fand 2122 unfair sowie das Argument, der kleine Bruder sei ja (noch) nicht übergewichtig.

Bereits im zweiten Gespräch meldete die Mutter zurück, dass 2122 von sich aus bereits kleinere Portionen esse. Sie hatte viele Ideen für Zielformulierungen, ihr Sohn brachte sich hingegen von selbst nicht ein und verhandelte mit dem Ziel, sich möglichst wenig für zuhause vorzunehmen. 2122 zeigte wenig Eigeninitiative und das Verständnis für die Eigenverantwortung schien zu fehlen.

Zum Zeitpunkt des 3.Coachings hatten bereits Gespräche zwischen 2122 und seinem Vater stattgefunden. Der Vater sollte nur noch einmal im Monat nach dem schwimmen Fast Food mit den Kindern kaufen, um die Energiezufuhr zu verringern. Auch auf das Essverhalten des kleinen Bruders sollte geachtet werden. Die Mutter hatte Bedenken, dass sich alle Familienmitglieder an die Vereinbarungen halten und das Vorhaben unterstützen würden. Es wurden Sätze formuliert, mit denen den Großeltern die Situation sachlich erläutert werden konnte.

Die Mitarbeit von 2122 nahm mit jedem Coaching zu und er zeigte zum Ende mehr Eigenverantwortung.

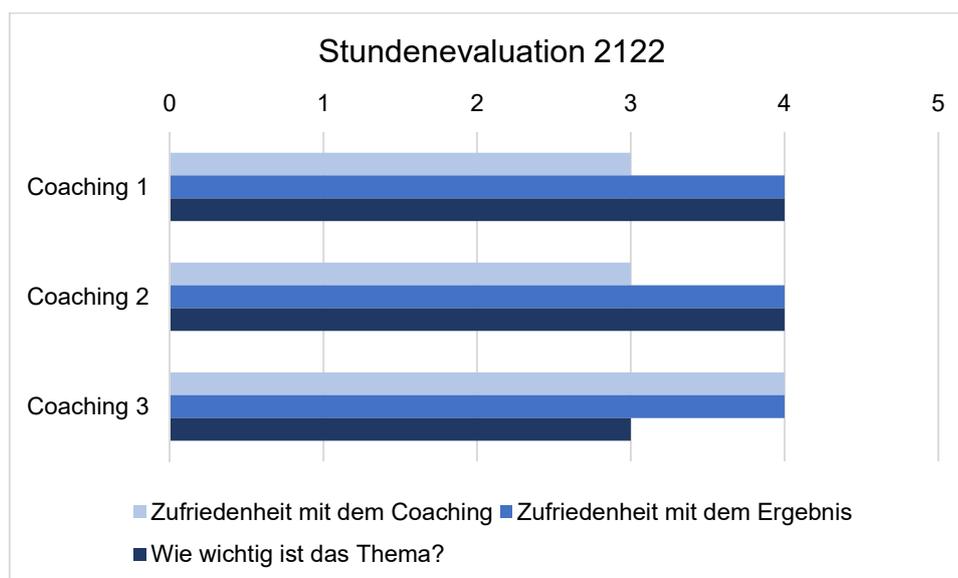


Abbildung 42: Stundenevaluation des Patienten 2122, nach dem 1.-3. Coaching.

## Ergebnisse

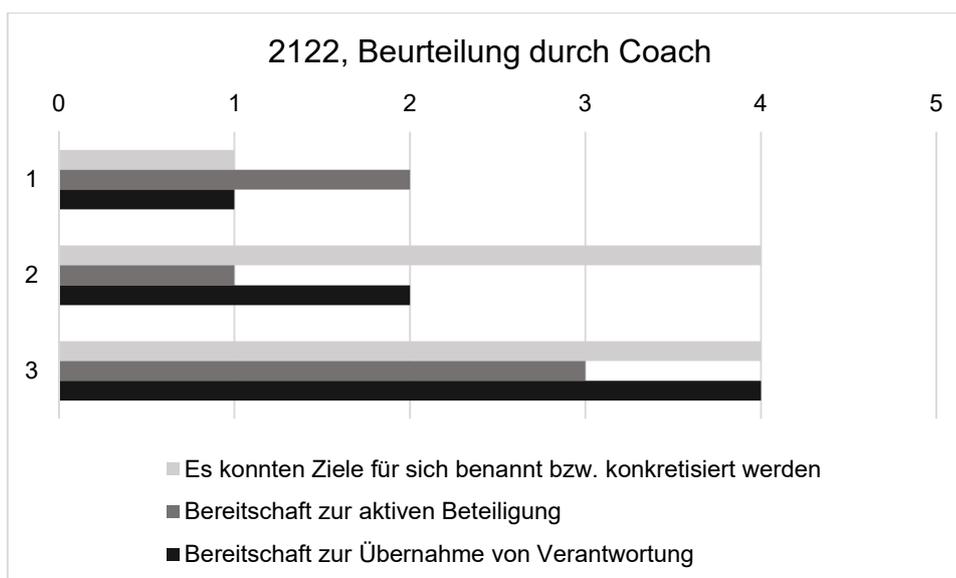


Abbildung 43: Beurteilung der Mitarbeit von 2122 durch den Coach.

Zum Zeitpunkt t1 war die Mutter bezüglich der familiären Unterstützung zuversichtlicher, stellte dafür das Durchhaltevermögen ihres Sohnes mehr infrage. Sie sah sich weiterhin in der Verantwortung, die Verhaltensänderungen einzufordern und nicht auf die Einsicht ihres Sohnes zu warten:

2222: (33:22) *„Ich kann nicht sagen, dass sich irgendwas verändert hätte, ich kämpfe zuhause genauso wie hier und werde auch weiterhin kämpfen, es ist halt dieser Typ Kind. Sachen die er nicht hören will, die hört er nicht und Sachen die er hören will, da geht er auf.“*

Code: • 2022, t1\_2219-2226, Pos. 129-131

2222: (37:48) *„Also ich glaube, wir haben ganz gute Familienbande, dass da der Rückhalt da ist, wenn wir erklären was wir wollen, wie die Ziele sind, dass da auch mitgearbeitet wird, dass es da hoffentlich weitergeht. (...) die wissen ja alle dass wir hier sind und warum wir hier sind und das wir die Hilfe brauchen, deswegen bin ich eigentlich frohen Mutes, dass es gelingt.“*

Code: • 2022, t1\_2219-2226, Pos. 143-145

2122 räumte ein, nur seiner Mutter zuliebe mitgemacht zu haben, trotzdem fand er die Methode SMART hilfreich und hatte erfolgreich seine Handlungsideen mit seinem Vater besprochen:

2122: (6:48) *„Ja, zum Beispiel das mit der Smart-Methode, aber auch, statt ein großes Ziel zu setzen, sich kleine Ziele zu setzen, die dann auch erreichbar sind.“*

Code: • 2122\_t1\_2122-2126, Pos. 56

I: *„Hat sich durch das Coaching und eure Gespräche mit Mama bei mir, etwas verändert in eurer Familie? Verhalten sich Mama oder Papa jetzt anders?“*

2122: (13:04) *„Ja, auf alle Fälle Papa, wir haben direkt schon ein Foto von der Tafel mit unseren Zielen geschickt und eine Sekunde danach direkt: können wir umsetzen!“*

Code: • 2122\_t1\_2122-2126, Pos. 102-103

## Ergebnisse

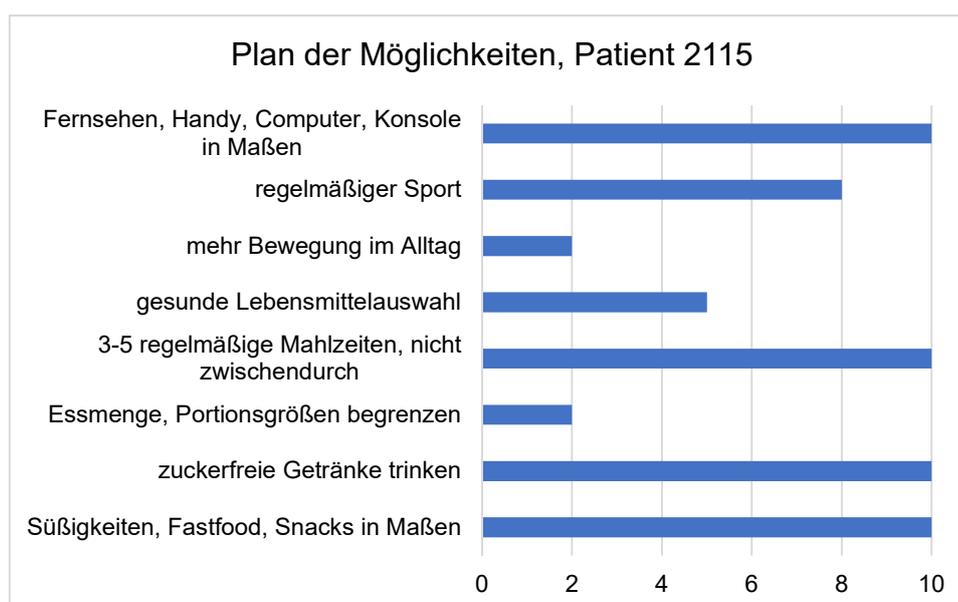


Abbildung 44: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2022 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Im Telefonat nach sechs Wochen berichtete 2222, es laufe erstaunlich gut, das Gewicht gehe stetig bergab und die Ärztin sei mit der Entwicklung sehr zufrieden. Sechs Wochen nach der Rehabilitation fuhr er noch zwei bis drei Mal pro Woche mit dem Fahrrad zur Schule, es wurde ein Trampolin gekauft und sportliche Anreize geschaffen, Essen wurde weniger süß gestaltet, es gab weniger Fleisch und die Familie machte mit. Täglich naschen musste weiterhin sein. Die Ziele wurden bereits über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus weiterverfolgt. In der nachträglichen Reflexion glaubt sie, mit ihm zusammen und für ihn verständlich zu erarbeiten, was schaffbare Ziele sind, hat dieser Familie am besten geholfen.

### 2015: Von Pat.+ /BP- zu Pat.+ /BP+

Dieser 12-jähriger Junge war mit seiner 44-jährigen, verheirateten Mutter und ohne Vater und Bruder angereist. Er besuchte die sechste Klasse einer Gesamtschule. 2115 äußerte selbst den Wunsch, bezüglich seiner Adipositas tätig zu werden. Mit ambulanter Ernährungsberatung hatte er bislang keinen Erfolg. Dementsprechend einverstanden war er mit seinem Aufenthalt. Mit fünf bewertete er auf der Skala, wie sehr ihn sein Gewicht stört, die Gründe bezogen sich alle auf die mit dem Gewicht einhergehende Unsportlichkeit. Er spielte Handball in einem Verein. Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung schätzte er hoch ein (zehn/ acht). Gleichzeitig gab er an, das Essverhalten schon seit geraumer Zeit verändert zu haben (s. Abb. 45).



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 45: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2115 zum Zeitpunkt t0.

## Ergebnisse

2215 schätzte ihren Sohn als motiviert ein, aber sein Ernährungsverhalten führte zu häufigen Diskussionen und Konflikten zwischen Mutter und Sohn, die sie zukünftig vermeiden wollte:

*2215: (15:12) „Also ich müsste es aufteilen in Ernährung und Bewegung. Bewegung fällt ihm nicht schwer, weil das macht er schon, aber die Ernährung, das wird daheim schon eine Herausforderung. (...) Da kommt ja dann auch immer: ich habe mich doch bewegt!“*

Code: • 2215, t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217, Pos. 37

Daher erhoffte sie sich engmaschige Begleitung durch das Coaching und mehr eigenständige Entscheidungen ihres Sohnes im Alltag:

*2215: (11:08) „Eine engere Begleitung, Ziele klar formulieren und diese dann zuhause umsetzen. Das was sie sonst angeboten kriegen ist für alle, was ja auch gut ist, aber dieses sich rauspicken ist, glaube ich, für die Kinder megaschwer und wenn da keiner ist der sagt: und was machst du zuhause jetzt damit? Und das nicht unbedingt ich sein muss, was ich sehr anstrengend finde für unsere Beziehung, finde ich es schön, dass es das Angebot gibt.“*

Code: • 2215, t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217, Pos. 22

Die Ernährung wollte 2115 durch höheren Obst- und Gemüseverzehr und weniger Zucker erreichen. Die Mutter wollte ihren Sohn unterstützen, gab als Ziele aber auch eigene an, wie Strandspaziergänge, Yoga und Reiten. Die Ideen des Sohnes wurden von der Mutter aufgegriffen und bereits im 1.Coaching Vereinbarungen für zuhause getroffen, wie z.B. das Mittagessen auf Teller vor zu portionieren.

Im 2.Coaching sah die Mutter bereits einen großen Unterschied in den Portionsgrößen und vor allem der Lebensmittelauswahl, sie war sehr stolz auf die Diszipliniertheit ihres Sohnes. 2115 bezeichnete seinen momentanen Zustand als „Reha-Tief“ und hätte gern besser auf seine Körpersignale beim Essen geachtet (s. Abb. 50).

Im 3.Coaching wurde beiden klar, wieviel vor der Rehabilitation zu viel gegessen wurde. Die Mutter sah alle Ziele und Aspekte erreicht. Sie hatten viel miteinander gesprochen und seitdem nicht mehr bezüglich des Essens gestritten.

Die Zufriedenheit war laut Stundenevaluation hoch bis sehr hoch, die Mitarbeit war ebenfalls hoch bis sehr hoch, bis auf das von der Mutter so bezeichnete „Reha-Tief“.

## Ergebnisse

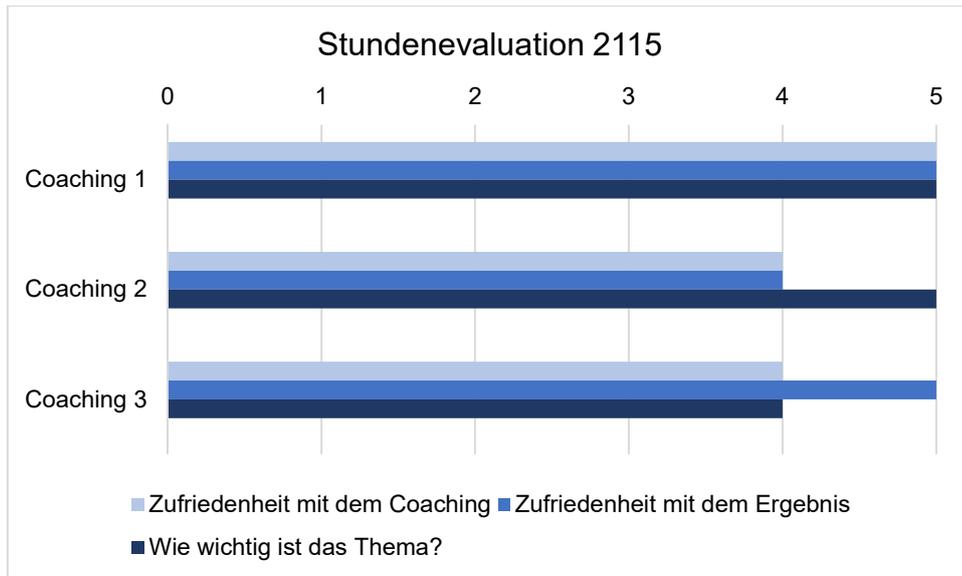


Abbildung 46: Stundenevaluation des Patienten 2115, nach dem 1.-3. Coaching.

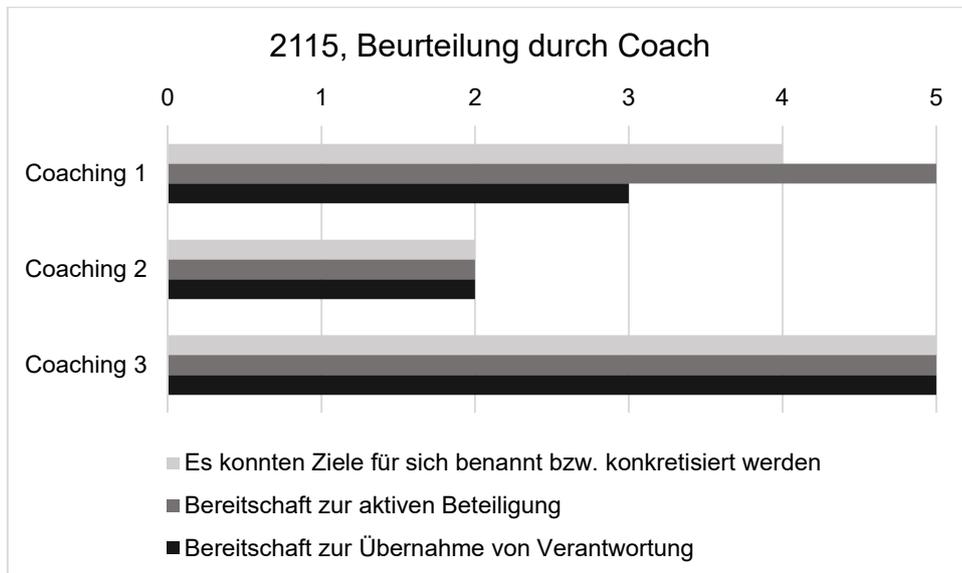


Abbildung 47: Beurteilung der Mitarbeit von 2115 durch den Coach.

Die Mutter war mit dem Coaching-Angebot sehr zufrieden und der Abstimmung mit ihrem Sohn:

2215: (9:22) „Auch mal verdeutlichen, das möchte ich gern machen, das möchtest du gern machen, das möchten wir gemeinsam machen. Ich glaube, das macht man auch nicht so oft, dass man sich damit so auseinandersetzt. Das so zu verbildlichen, das fand ich ganz schön.“

Code: ● 2215, t1\_2207-2218, Pos. 53-55

„Bei 2115 war es so, der sagte: „Mama, ich probiere jetzt den Pulli mal an, darin sah ich immer aus wie eine Presswurst, guck mal, jetzt geht´s!“

Code: ● Coaching > Selbstwirksamkeit t1\_2207-2218, Pos. 78

## Ergebnisse

2115 hatte aus seiner Sicht seine Ziele für die Rehabilitation erreicht und war zufrieden. Er war zuversichtlich weiterzumachen, denn er „will einfach weiter abnehmen“:

I: „Wie zufrieden bist du mit dir, auf einer Skala von 0-10?“

2115: „10“

Code: • 2115\_t1\_2107-2118, Pos. 71-75



Abbildung 48: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2015 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

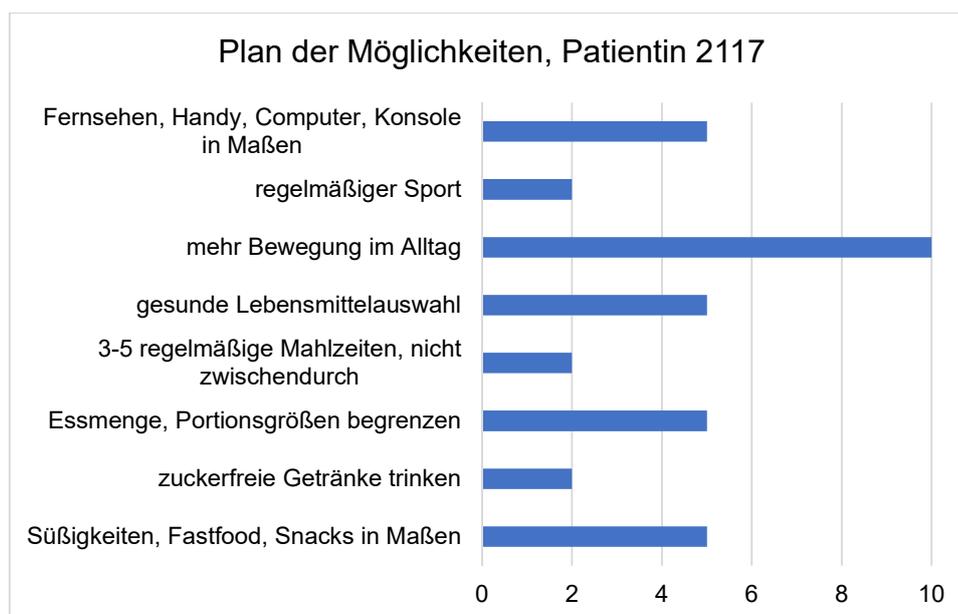
Im Telefonat gab sich die Mutter sehr positiv, es ging ihnen gut, 2115 war weiterhin motiviert, nahm kontinuierlich ab und sie dachten gern an die Zeit zurück. Das Eintragen in die Pyramide wurde von 2115 fortgeführt um den Überblick zu behalten, Obst/ Gemüse wurde jeden Tag gegessen. Insgesamt zeigte 2115 viel Selbstkontrolle. Rückblickend sah 2215 das individuell angepasste Angebot, dadurch hat ihr Sohn mehr Eigenverantwortung übernommen, Konflikte und Ermahnungen sind insgesamt weniger geworden. Das verbindliche Telefonat fand sie ebenfalls gut.

## 2017: Von Pat.-/BP+ zu Pat.+ /BP+

Das 10-jährige Mädchen ist das jüngste von vier Kindern, die Geschwister sind schon erwachsen und zwei davon bereits ausgezogen. Sie besuchte die vierte Klasse einer Grundschule und war ausschließlich mit ihrer 46-jährigen, verheirateten Mutter angereist. 2117 zeigte insgesamt Entschlossenheit zur Teilnahme, bewertete auf der Skala von 0-10 mit 10 sowie auch zur Frage, wie sehr sie ihr Gewicht störe. Als Gründe nannte sie Sportlichkeit, mehr Teilhabe (besser mithalten, optisch dazugehören) und den Wunsch, sich die gleichen Klamotten kaufen zu können, wie die Freundinnen. Sie spielte aktiv im Fußballverein, deshalb fiel es ihr nicht schwer, sich mehr zu bewegen und war auch sehr bereit dazu (jeweils 10 auf der Skala). Zur Ernährungsumstellung war sie auch bereit, schätzte das Vorhaben aber mit fünf auf der Skala als schwieriger ein.

Im Plan der Möglichkeiten war sie offen für alle Ideen, umgesetzt wurde bislang nur die Bewegung im Alltag, Ziele wurden nicht benannt.

## Ergebnisse



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 49: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2117 zum Zeitpunkt t0.

Die Mutter sprach ebenfalls über die Relevanz, das Essverhalten zu ändern. Bei 2117 ging es vor allem um die Portionsgrößen und das heimliche Essen, welches die Mutter ihrer Abwesenheit nicht kontrollieren konnte. Beide Elternteile arbeiteten im Schichtdienst:

2217: (12:10) „Also bisher ganz gut. Sie ist mit Motivation hier und macht wohl auch noch alles mit, ohne dass sie meckert. Ich sage ihr auch, dass ich eigentlich jeden Tag mit ihr spazieren gehen möchte. Da war gestern halt die Diskussion, dass sie nicht laufen möchte und dann war es am Ende doch schön. Da muss man halt schauen mit der Motivation, aber diese ganzen Angebote, das macht sie.“

Code: • 2017, t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217, Pos. 25

2217: (15:30) „Ich würde auch sagen, ich muss das trennen, denn sie spielt aktiv Fußball und bei der Ernährung ist die Frage, ob sie es wirklich mitnimmt. Dann schmeckt es zuhause doch wieder und wir fallen ins alte Muster.“

Code: • 2017, t0\_2207\_2213\_2215\_2216\_2217, Pos. 38

Im 1.Coaching blieb die Zielnennung verhalten, indem 2117 nur „mehr Sport machen“ nannte. Die Mutter brachte das Hauptthema „Essverhalten ändern“ und „Süßigkeiten reduzieren“ ein. Dafür brauche die Tochter mehr Selbstregulation und einen strukturierteren Tagesablauf. Mehr Zeit mit Mama und Papa zu verbringen war ein Wunsch, der im Gespräch herausgearbeitet wurde, außerdem nicht allein mittags zu Essen, was aus beruflichen Gründen nicht möglich war. 2117 hätte auch gern ein besseres Verhältnis zur Schwester, die

## Ergebnisse

nach der Schule ebenfalls zuhause ist, aber es gab andauernd Konflikte. Der Streit mit der großen Schwester wurde als sehr belastend umschrieben, die Konflikte waren nicht vorhersehbar, da die Schwester sehr launisch wäre. 2217 berichtete, dass es ihnen als Eltern bislang nicht gelungen war, die Kommunikation zu verbessern. Die kleine Schwester (2117) war von der Schwangerschaft an von der größeren Schwester nicht akzeptiert. Diese Belastung führte zu unkontrolliertem Essverhalten, aus Scham wurden leere Lebensmittelverpackungen dann hinter Möbeln versteckt.

Als Grund für das hochkalorische Essverhalten zeigte sich der Konflikt mit der Schwester.

Zum 2.Coachingtermin hatte 2117 mittlerweile mit der Schwester telefoniert und sich ausgesprochen. Die Mutter war darüber sehr erleichtert. Sie sah, wie gut ihre Tochter das gewünschte Essverhalten umsetzen konnte, auch wenn zu diesem Zeitpunkt die Motivation niedrig und das Heimweh von 2117 ausgeprägt waren.

Im 3.Coaching zeigte sich die Patientin glücklich über die sichtbare Gewichtsreduktion. Die Mutter nahm ihre Tochter jetzt auch als fröhlicher gestimmt war und hatte auch über ihr Verhalten in dem Konflikt reflektiert. Die Ausgrenzung der älteren Tochter bei Fehlverhalten führte nicht zu einer Kommunikation auf Augenhöhe. 2217 äußerte den Wunsch, dass ihre Tochter aktiv ansprechen sollte, wenn ein Rückfall droht und nicht mehr heimlich essen.

Die Stundenevaluation bescheinigt mit dem 1. Und 3. Coaching eine hohe Zufriedenheit, die gemäßigte Beurteilung des 2.Coachings deckt sich mit der geringen Beteiligung (Beurteilung Coach, Abb. 54). Im 2.Coaching wurde heimliches Essen der Tochter und Hilflosigkeit der Mutter thematisiert.

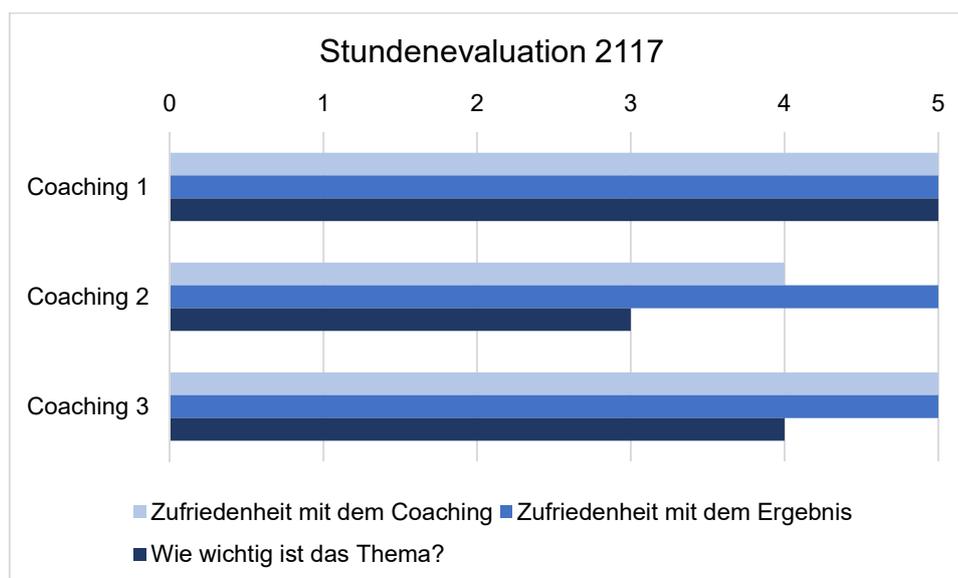


Abbildung 50: Stundenevaluation der Patientin 2117, nach dem 1.-3. Coaching.

## Ergebnisse

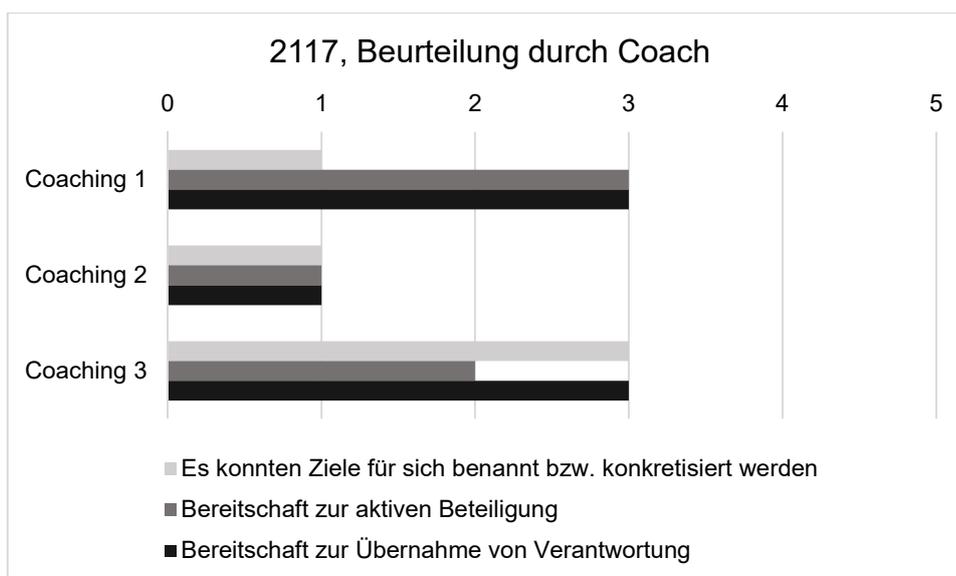


Abbildung 51: Beurteilung der Mitarbeit von 2117 durch den Coach.

Zum Zeitpunkt t1 war Familie 2017 sowohl mit dem Aufenthalt als auch mit dem Ergebnis sehr zufrieden. Die Bearbeitung ihres speziellen Anliegens sahen sie nur durch das Coaching adäquat bearbeitet:

2217: (8:45) „Ja, wir haben ja das Problem mit der Schwester gehabt und das wird jetzt auch verinnerlicht und“

I: „Das wäre ja auch kein Schulungsthema gewesen“

2217: „Ne und sie hat es ja wirklich rausgelassen, ich glaube, das hätte sie auch nicht in der Gruppe gesagt, das war schon optimal.“

Code: • 2217, t1\_2207-2218, Pos. 46-48

2217 war zuversichtlich, das Essverhalten zuhause so fortzuführen und die nötige Eigenverantwortung bei ihrer Tochter erreicht zu haben:

2217: „Ja, und ich denke auch, dass sie es schafft. Klar wird es irgendwann Probleme geben, dass sie irgendwann so einen Hänger hat, aber da muss man sie als Elternteil halt wieder motivieren, dass es halt wieder funktioniert.“

Code: • 2217, t1\_2207-2218, Pos. 73-75

Die Tochter war ebenfalls zufrieden damit, das heikle Thema mit ihrer Schwester angesprochen zu haben.

2117: „Und ich fand es super, dass wir das mit meiner Schwester, dass wir darüber reden konnten.“

Code: • 2117\_t1\_2107-2118, Pos. 28

## Ergebnisse

Die Zuversicht, langfristig Gewicht zu reduzieren, schien wiederum nicht eigenverantwortlich begründet, sondern extrinsisch motiviert gewesen zu sein:

2117: „und weil Mama nicht mehr Süßigkeiten kauft.“

Code: • 2117\_t1\_2107-2118, Pos. 115-117



Abbildung 52: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2017 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Sechs Wochen nach der Rehabilitation konstatierte die Mutter, der Alltag habe sie wieder eingeholt. Das Gewicht erhöhte sich wieder auf das Ausgangsgewicht t0. Die Beziehung zwischen den Töchtern hatte sich aber verbessert und der Süßigkeitenverzehr war insgesamt geringer. Die Mutter hatte selbst nicht alle genannten Versprechen umgesetzt und so zum Gelingen weniger beigetragen als geplant.

## 2028: Von Pat.+ /BP+ zu Pat.+ /BP+

Das 10-jährige Mädchen besuchte die vierte Klasse einer Grundschule und war mit ihrer 47-jährigen, verheirateten Mutter und ohne Vater und Schwester angereist. Die Familie 2028 hatte bereits Erfahrungen mit ambulanter Ernährungsberatung aber bislang keinen Erfolg. Die Eltern planten mit der Rehabilitation bewusst den Schritt aus dem Alltag, um sich mit der Verhaltensmodifikation auseinander zu setzen. Die Ärztin hatte, auf Grund der statistischen Rückfallquote, von einer Rehabilitation abgeraten.

Die Mutter sah ihr Kind als sehr motiviert an und es wurden von Rehabilitationsbeginn an schon viele Veränderungen vorgenommen.

2228: (8:55) „Hier ist 2128 tatsächlich total motiviert und hat wiederum Durchhänger und vermisst auch ihr zu Hause, ich aber ehrlich gesagt auch. Das Rausgehen mit den Hunden halt, aber ansonsten macht ihr das schon Spaß mit anderen Kindern vor allem.“

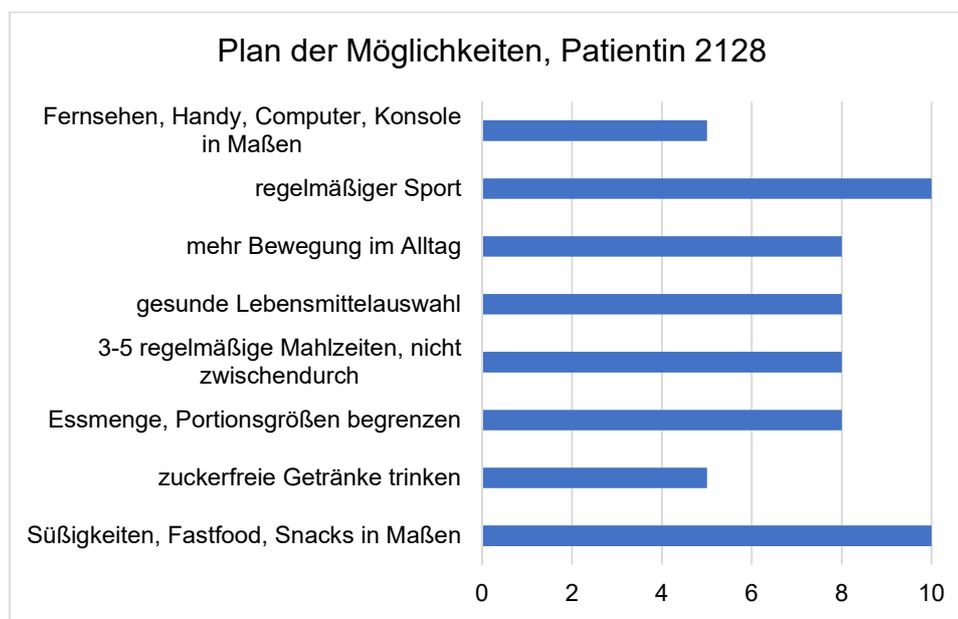
Code: • 2028, t0\_2227-2231, Pos. 41

2228: (3:20) „Zum einen, dass 2128 nicht durch uns, sondern durch fremde Personen mehr über Ernährung Bescheid weiß, sie sagte auch schon: Mama, früher habe ich dir immer nicht geglaubt, wenn du gesagt hast, lass mal das zwischendurch weg. Das macht so viel aus und jetzt merkt sie es und auch, wie einfach das ist. Allein schon dieser Effekt.“

Code: • 2228, t0\_2227-2231, Pos. 12

## Ergebnisse

2128 wollte sich wohler fühlen, beweglicher sein und etwas für seine Gesundheit tun, deshalb war sie mit der Rehabilitation und der Teilnahme am Coaching einverstanden (zehn). Ihr Gewicht störte sie nicht immer (sieben auf einer Skala von 0-10), da sie in ihrer Peergroup auch so akzeptiert wurde, wie sie war. Sie gab sich sehr motiviert und bereit, sowohl Ernährungsverhalten, als auch Bewegungsverhalten zu ändern. Mit der Umsetzung der Ideen aus dem Plan der Möglichkeiten hatte sie bereits überwiegend begonnen.



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 53: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2128 zum Zeitpunkt t0.

Die Ziele im 1.Coaching wurden von 2128 mit „in Maßen essen“ und mehr Bewegen“ schon genauer formuliert als die Ziele „Wohlbefinden beibehalten“ und „Gesundheit fördern“ der Mutter. 2128 signalisierte ihre Unterstützung, überließ die Redezeit überwiegend ihrer Tochter, die sich sehr reflektiert bei der Erarbeitung der Zielaspekte zeigte.

Im 2.Coaching resümierte 2128 bereits, dass ihre Hauptursachen der Gewichtszunahme in der Süßigkeitenmenge und den häufigen Mahlzeiten liegen. In den ersten zwei Wochen war ein Gewichtsverlust von 4,7kg zu verzeichnen. 2128 fühlte sich schon wohler. Zu Süßigkeiten hatte sie immer nach dem Essen gegriffen, merkte aber hier, dass das eigentlich nicht nötig war und glaubte auch nicht, zuhause wieder in das alte Muster zu verfallen. Die Mutter vermutete ebenfalls, dass das Essen aus Langeweile und das große Angebot zu dem erhöhten Gewicht führte und hatte deshalb schon den Süßigkeitenschrank zuhause ausräumen lassen. Die Ziele wurden kooperativ gemeinsam formuliert.

Im 3.Coaching wurde reflektiert, wie sehr sich das Verhalten gegenüber dem alltäglichen veränderte, sodass eine überdurchschnittliche Gewichtsreduktion erreicht wurde. Sie fühlten

## Ergebnisse

sich sehr gut vorbereitet und entschlossen für zuhause. 2128 hatte eine Fitnessuhr bekommen und war sehr selbstsicher in ihrer Handlung.

In den Stundenevaluationen wurde alles mit höchster Punktzahl bewertet, die Beurteilung des Coach zeigte ebenfalls ein hohes bis sich noch steigendes Maß an Mitarbeit und Verantwortungsübernahme.

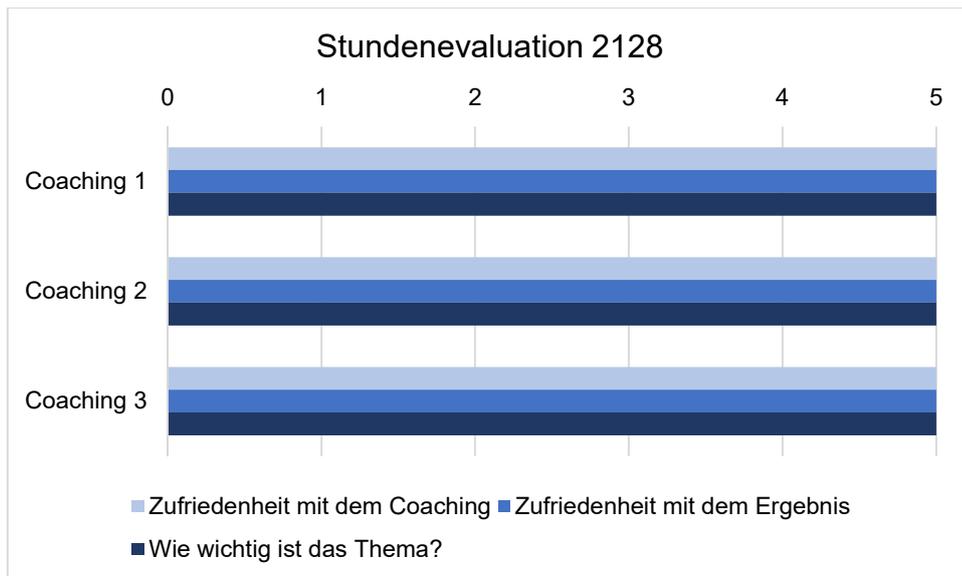


Abbildung 54: Stundenevaluation der Patientin 2128, nach dem 1.-3. Coaching.

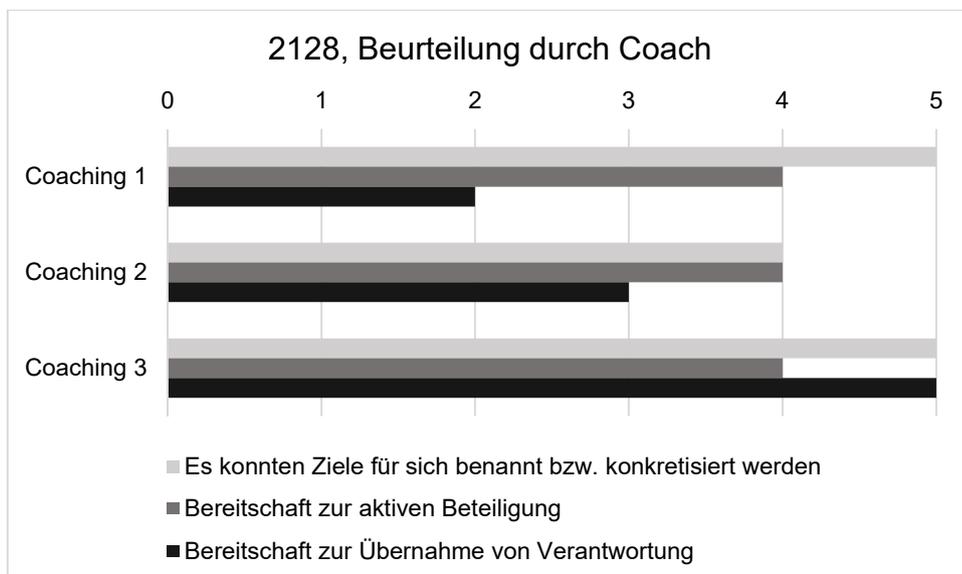


Abbildung 55: Beurteilung der Mitarbeit von 2128 durch den Coach.

Zum Zeitpunkt t1 zeigte sich die Mutter sehr zufrieden mit dem Coachingkonzept und sehr zielgerichtet in der weiteren Unterstützung ihrer Tochter.

## Ergebnisse

2228: (7:15) „Das fand ich auch gut, dass man die Ziele schriftlich fixiert hat, dass man das noch mal gesehen hat, worüber man redet.“

Code: • 2028, t1\_2227-2231, Pos. 33

2228: (7:25) „Dass wir uns das aufhängen zuhause, dass das für uns sichtbar ist, dass sie auch noch mal anrufen.“

Code: • 2028, t1\_2227-2231, Pos. 35

2228: „Das ist allein schon so eine Hauptmotivation und man will ja nicht wieder zurückfallen, wieder so viele Kilos anhäufen, wieder abnehmen, das kann ich ja dem Kind nicht antun. Also das ist so die Hauptmotivation.“

Code: • 2028, t1\_2227-2231, Pos. 72

2128 erfuhr ein sehr hohes Maß an Selbstwirksamkeit und war sehr sicher in ihrer Handlungserwartung, das so weiterzuführen.

I: „Wie zufrieden bist du mit dir selbst auf einer Skala von 0-10?“

2128: „10, weil ich vier Kilo abnehmen wollte und heute, als ich gewogen wurde, waren es sieben Kilo.“

Code: • 2128\_t1\_2127-2131, Pos. 32-33

2128: „Ja, das Coaching hat mir auch sehr viel geholfen.“

Code: • 2128\_t1\_2127-2131, Pos. 99-101



Abbildung 56: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2028 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Zuhause erfolgte tatsächlich ein weiterer Gewichtsverlust von drei Kilogramm. Regelmäßige Spaziergänge, weniger Mahlzeiten und Verringerung des Süßigkeitenkonsums wurden umgesetzt. Danach trat eine Pankreatitis auf (Sonographie während der Rehabilitation unauffällig), eine Gallenstein-Operation führte zu einem Klinikaufenthalt und die danach empfohlene fettarme Ernährung hatte eine weitere massive Reduktion des Gewichts zur Folge. Im Nachhinein empfand die Mutter den Praxisbezug des Coachings am hilfreichsten

*Kasten 10: Zusammenfassung der Einzelfälle mit günstigen Verläufen.*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein geringes Motivationsstadium der Begleitpersonen gleichzeitig von unsicherem Verhalten geprägt war. Zielorientierung und Handlungsplanung gingen mit Selbstsicherheit und Entscheidungsfreude einher. Kongruente Motivation ++ führte zu einvernehmlicherer Kommunikation als die Stadien +/- oder -/+. Die Entwicklung der Motivationsstadien verlief bei den Begleitpersonen kontinuierlich, während bei den Patient\*innen teilweise eine rückläufige Tendenz in der 2.Coachingeinheit zu erkennen war, was auf eine Überforderung mit der Zielformulierung hindeuten könnte.

Eine schlechte Bewertung in der Stundenevaluation der Patient\*innen spiegelte sich auch in der geringeren Beteiligung und fehlenden Verantwortungsübernahme wider (Beurteilung Coach).

### 3.3.3.2 Darstellung von Einzelfällen mit ungünstiger Entwicklung

Im Folgenden werden die fünf Familien dargestellt, die zum Zeitpunkt t1 dem Typ **Pat.-/BP+** angehörten, wobei eine Entwicklung der Begleitpersonen hin zu einem höheren Motivationsstadium stattfand. Es erfolgt zunächst die Darstellung der Familien **2014** und **2023**, die von t0 zu t1 im Feld **Pat.-/BP+** verblieben. Ihre Gemeinsamkeit liegt in der kontinuierlichen Absichtslosigkeit der Patient\*innen mit der daraus resultierenden, notwendigen Verantwortungsübernahme der Begleitperson.

Die Familien **2018**, die sich von **Pat.-/BP-** zu **Pat.-/BP+** entwickelte und **2024**, die im Feld **Pat.-/BP+** verblieb, ähnelten sich in dem stark ausgeprägten Widerstand der Patient\*innen, dem die Begleitpersonen einen konsequenten, autoritativen Erziehungsstil entgegensetzen mussten.

Die Familie 2027 stellt einen Sonderfall dar, da sie sich von **Pat+/BP-** zu **Pat.-/BP+** entwickelte und die Motivation des Patienten somit im Verlauf augenscheinlich abnahm. Hierbei ist von einer Fehleinschätzung des Coach auszugehen, wie schlussendlich dargestellt wird.

#### **2014: von Pat.-/BP+ zu Pat.-/BP+**

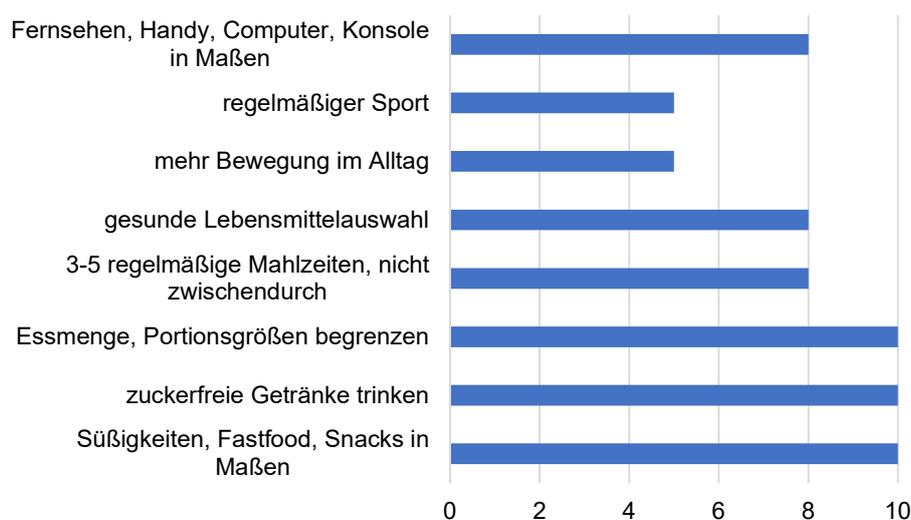
Die 12-jährige Patientin besuchte die sechste Klasse einer Gesamtschule und war mit ihrer 61-jährigen, ledigen Großmutter angereist. Eine Rehabilitation ohne Begleitperson wurde bereits abgebrochen. 2114 gab im Einzelinterview als Gründe für eine Gewichtsreduktion an, dann sportlicher zu sein und andere Kleidung tragen zu können. Mobbing Erfahrung habe sie nicht, alle akzeptierten sie so wie sie ist. Dementsprechend schätzte sie sich auf einer Skala von 0-10, bei der Frage, wie sehr sie ihr Übergewicht störe, mit einer sechs ein. Der

## Ergebnisse

Abnehmwunsch gehe ausschließlich von der Familie aus, sie selbst sähe keine Notwendigkeit in der Gewichtsreduktion. Die Skalierungsfragen zur Zuversicht, also wie leicht ihr eine Umstellung des Ess- und Bewegungsverhaltens fallen würde, schätzte sie jeweils mit einer 10 ein. Es fiel ihr leicht, ihr Verhalten zu ändern, aber bisher wollte sie das gar nicht.

Im Plan der Möglichkeiten erreichte sie eine hohe Punktzahl, da sie angab, fast alle Möglichkeiten bereits umzusetzen, was weniger auf intrinsische Motivation, als auf ihr Folgsamkeit zurückzuführen war.

### Plan der Möglichkeiten, Patientin 2114



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 57: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2114 zum Zeitpunkt t0.

2114 zeigte eine hohe Bereitschaft, ihre Enkelin zu unterstützen und machte sich Sorgen um deren Gesundheitszustand.

Im 1.Coaching wurden die Ziele Abnehmen, mehr Sport, Ernährung verändern und Zeit miteinander verbringen formuliert. Die Patientin wirkte sehr freundlich und ist kooperativ, möchte aber nur der Familie zuliebe abnehmen. Die Mutter kochte häufig die Lieblingsessen der Patientin und damit nur selten Gemüse.

Als zu verfolgendes Ziel wurde von 2114 im 2.Coaching die tägliche Steigerung der Obst- und Gemüseportionen ausgewählt. 2114 gab zu bedenken, dass sie das nur sage, weil die Familie sich das wünsche. Die Ziele wurden allgemein und mit großer Zuversichtsäußerung genannt, eine verbindliche und detaillierte Formulierung nach smart fiel der Patientin hingegen schwer. Den Vorschlägen der Patientin widersprach 2214 häufig und beurteilte die Zielformulierungen als nicht realistisch.

## Ergebnisse

Auch im 3.Coaching zeigte sich 2114 ausschließlich extrinsisch motiviert, für eine Gewichtsabnahme hatte sie keine Gründe, Wünsche, Fähigkeiten oder Notwendigkeiten. Die Prognose des Coach, dass eine Verhaltensänderung ohne diese Hintergründe nicht umsetzbar sein werden, überraschte die Patientin. 2214 zeigte sich enttäuscht, dass das Kind nicht intrinsisch motivierter ist, sah aber die Notwendigkeit, das geänderte Verhalten mehr zu kontrollieren und einzufordern.

2114 bewertete das jeweilige Thema der Coachingeinheiten als wichtig und war jedes Mal zufrieden. Mit dem Ergebnis war sie nach dem 1. Und 2. Coaching sehr zufrieden, nach dem letzten Coaching zufrieden.

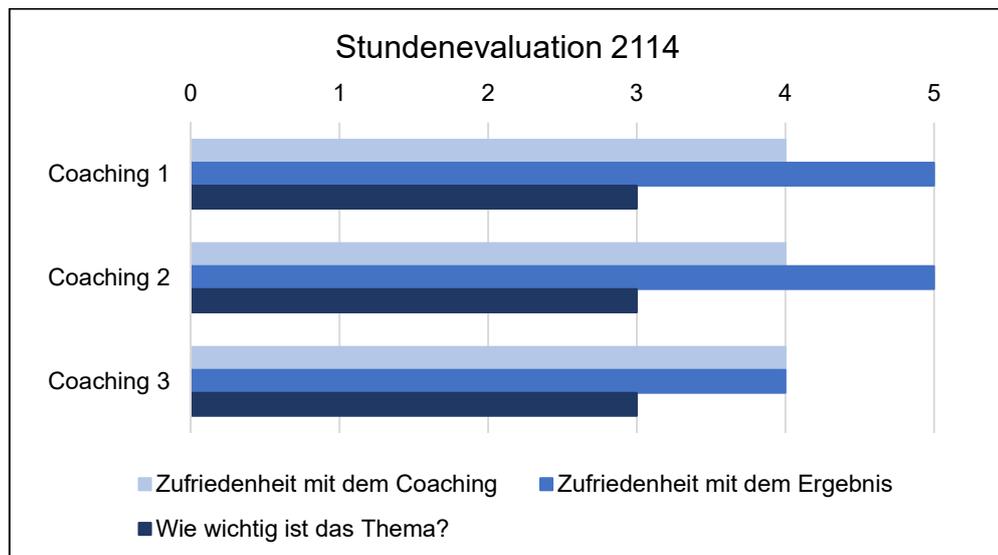


Abbildung 58: Stundenevaluation der Patientin 2114, nach dem 1.-3. Coaching.

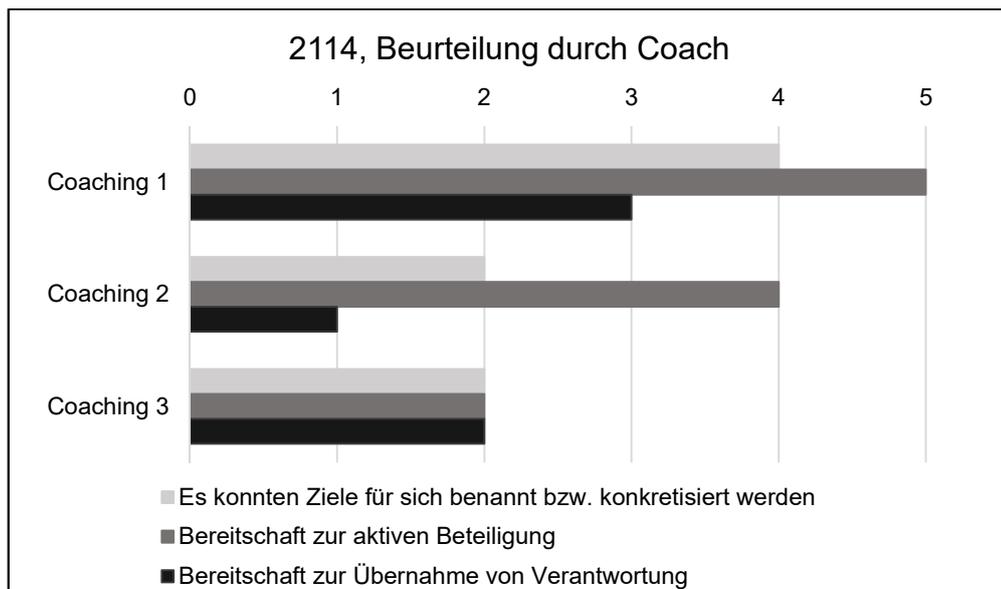


Abbildung 59: Beurteilung der Mitarbeit von 2114 durch den Coach.

Die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung bewertete der Coach zunächst als hoch, dann als eher hoch; im 3.Coaching war sie eher gering. Die Zielsetzung war im 1.Coaching eher hoch,

## Ergebnisse

danach eher gering. Die Verantwortungsübernahme fiel von mittel auf gering ab. Im 3.Coaching war sie eher gering. Die Mitarbeit bei der konkreten Zielformulierung im 2.Coaching war also deutlich geringer. Im Verlauf ist eine leichte Steigerung des Motivationsstadiums bei der Mutter zu erkennen, 2114 verbleibt von t0 zu t1 in ihrem Mot.III.

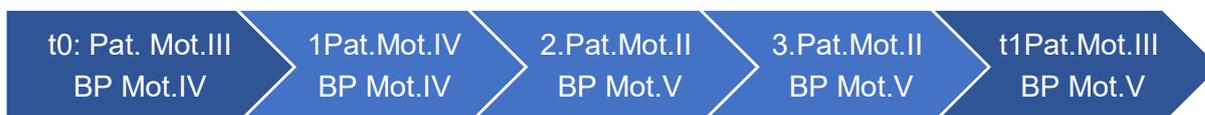


Abbildung 60: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2014 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Die Fremdeinschätzung (SDQ) bezüglich psychischer Auffälligkeiten durch die Großmutter ergab prä (t0) einen auffälligen Gesamtproblemwert. Verhaltensprobleme wurden als auffällig, emotionale Probleme als grenzwertig eingestuft. Der SDQ post (t1) war hingegen grenzwertig in Bezug auf den Gesamtproblemwert, Peers und prosoziales Verhalten und auffällig in Bezug auf emotionale Probleme.

Das Telefonat nach sechs Wochen zeigte, dass bis einige Wochen nach der Rehabilitation das reduzierte Gewicht gehalten werden konnte. Es wurde weiterhin auf die Einhaltung der Portionsgröße geachtet und 2114 fuhr seitdem mit dem Fahrrad zur Schule. Durch das Coaching konnte die Familie fortan vertraulicher über Dinge sprechen und sich Ziele setzen.

## 2023: von Pat.-/BP+ zu Pat.-/BP+

Das 11-jährige Mädchen besuchte die fünfte Klasse einer Realschule und war mit ihrer geschiedenen Mutter angereist. Der ältere Bruder lebte bei seinem Vater in Neuseeland. Die Begleitperson 2223 war selbst adipös und hatte nach einer Magen-Bypass-OP 45kg abgenommen. Sie sagte zur Skalierungsfrage, wie motiviert Mutter und Tochter seien:

*„Also bei meiner (Tochter) ist es so, wenn sie allein auf sich gestellt wäre, wäre es drei, aber ich bin ja auch so die treibende Kraft, also ich muss ja auch was verändern und wenn wir da beide mitziehen, dann sind wir so bei 7-8.“*

Code: • 2223 t0\_2219-2226, Pos. 89

Die Mutter sah teilweise ihre Verantwortung, ihren Äußerungen zufolge stand der Spaß bei 2123 noch im Vordergrund.

*„Ja, meine Tochter ist auch motiviert, zumindest sagt sie es mir und wir haben auch drüber gesprochen, dass wir das ernst nehmen wollen, dass wir das als Chance sehen und dass das Spaß machen soll. Sie mag unheimlich gerne alle Sportarten, sie mag klettern und schwimmen und dass ich mir nach Hause nehme, dass ich das auch mit ihr mache. Trotz dass man 1000 andere Sachen hat, dass wir uns die Zeit nehmen.“*

Code: • 2223 t0\_2219-2226, Pos. 65

## Ergebnisse

Die Mutter wollte Regeln aufstellen, aber sie erwartete die gemeinsame Einhaltung. Es klang nicht nach einem kontinuierlichen Regelwerk, welches die Erziehungsberechtigte festgelegt hatte, sondern nach freundschaftlichem Kompromiss:

*„Ich denke auch, dass wir uns Regeln dazu aufstellen werden. Wenn wir nicht die gleichen Zeiten haben, dass wir sagen, Mensch ich warte noch oder ich bin ein bisschen früher da, damit wir uns zusammen an den Tisch setzen und nicht einzeln.“*

Code: • 2223 t0\_2219-2226, Pos. 105

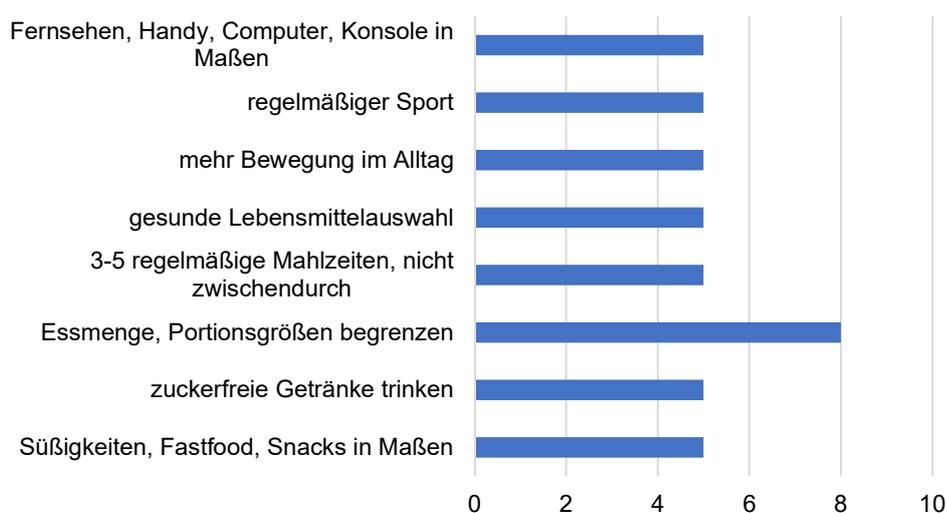
Für das fehlende Sättigungsgefühl hatte die Mutter noch keine Lösungsidee und wartete auf das bereits beschriebene „klick“, welches zu intrinsischer Motivation führen sollte.

*„Ich bin motiviert und mein Kind ist auch motiviert, aber dieses nicht satt werden, diese Portionsgrößen, sie hat halt immer das Gefühl, dass sie sich vollstopfen muss um satt zu sein. Das muss bei uns klick machen, dass das nicht sein muss.“*

Code: • 2223 t0\_2219-2226 > 2223, Pos. 42

Weitere Äußerungen ließen den Schluss zu, dass Essen als Belohnung in der Familie verankert war. Insgesamt plante die Mutter ihre Handlung und wollte mit ihrem Kind an der Gewichtsreduktion arbeiten. 2123 gab in ihrem Einzelinterview als Gründe für das Abnehmen Mobbing Erfahrungen an, zu einer Ernährungsumstellung war sie sehr bereit und auch sehr zuversichtlich, dass Vorhaben umsetzen zu können. Mehr Bewegung hielt sie für weniger einfach umsetzbar, weil sie sich jetzt schon so viel bewegte. Im Plan der Möglichkeiten gab sie an, alle Änderungsideen ausprobieren zu wollen, hatte aber, bis auf eine Begrenzung der Portionsgröße, noch keine dieser Möglichkeiten umgesetzt.

Plan der Möglichkeiten, Patientin 2123



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 61: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2123 zum Zeitpunkt t0.

## Ergebnisse

Im 1.Coaching formulierte 2123 die Ziele: Mindestens 6-10kg abnehmen, mehr Sport machen, Freunde finden, weniger Essen, Mama mehr im Haushalt helfen, mehr was mit meiner Mutter machen, mich besser mit Mama verstehen und 2223: Mehr Struktur, Belohnung ohne Lebensmittel, drei Mahlzeiten am Tag, am Tisch sitzen und Essen ohne Medien, Essensplan zusammen erstellen, Bewegung, zusammen Bewegungsplan erstellen. Die Mutter wollte den Alltag besser strukturieren und hatte keine Lust, 2123 ständig hinterherzulaufen; sie wünschte sich mehr Einsicht und Freiwilligkeit. Zum Beispiel hatte die Patientin einen Schrittzähler, trug ihn aber nicht. 2123 musste von ihrer Mutter häufig ermahnt werden, sich auf das Gespräch zu konzentrieren. 2123 wirkte sehr kindlich, war schnell abgelenkt und sagte, sie wolle nichts machen, worauf sie keine Lust habe. Den von ihr beschriebenen Streit sah 2223 eher als Diskussionen, die sie häufig führten, weil sich die Mutter mehr Kooperation wünschte und Regeln nicht gern mit Autorität durchsetzen möchte.

In der 2.Coachingeinheit dauert die Zielformulierung lange, da 2123 häufig abgelenkt war. Einen Kompromiss auf Augenhöhe, wie die Mutter es sich wünschte, kann sie nicht umsetzen. 2223 erkannte, dass sie ihrer Tochter Regeln deutlicher ansagen muss, sie übernahm Entscheidungen und plante das weitere Vorgehen für zuhause. 2123 betonte am Ende sogar, dass sie sich zu klein für Eigenverantwortung hält und möchte diese nicht übernehmen.

Im 3.Coaching sprach die Mutter über ihre eigene Schuld an der Lage und räumte fehlendes Mengenverständnis ein. Gleichzeitig übernahm sie kontinuierlich mehr Entscheidungen und formulierte Ziele. Über die bisherige Leistung ihrer Tochter äußerte sie sich sehr positiv.

2123 blieb bei ihrer Entscheidung, für Verhaltensänderungen nicht verantwortlich zu sein und erwartete Belohnungen für ihre Leistungen. Mit dem Coaching war 2123 laut der Stundenevaluation sehr zufrieden bis zufrieden. Nach jedem Coaching gab sie an, mit dem Ergebnis zufrieden zu sein und das Thema sei wichtig gewesen.

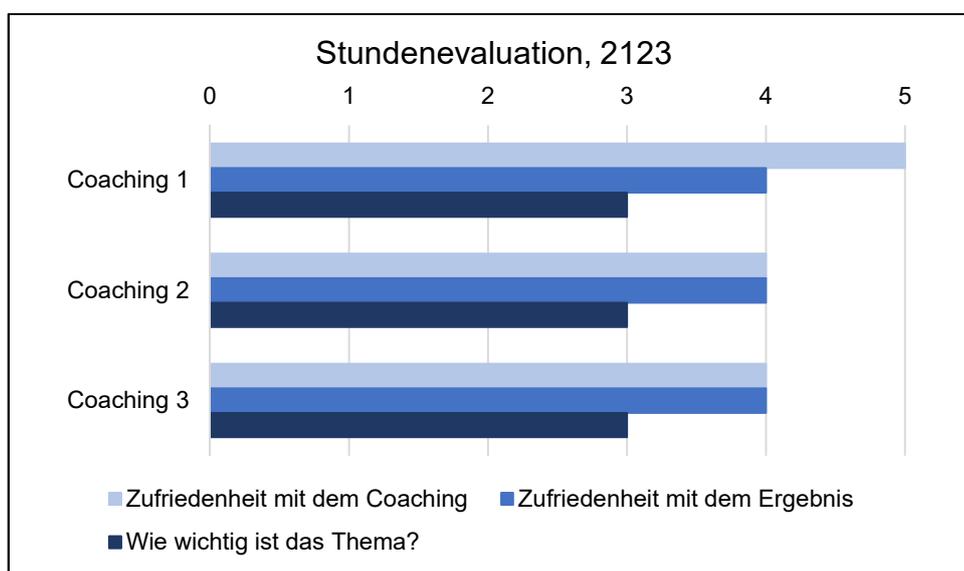


Abbildung 62: Stundenevaluation der Patientin 2123, nach dem 1.-3. Coaching.

## Ergebnisse

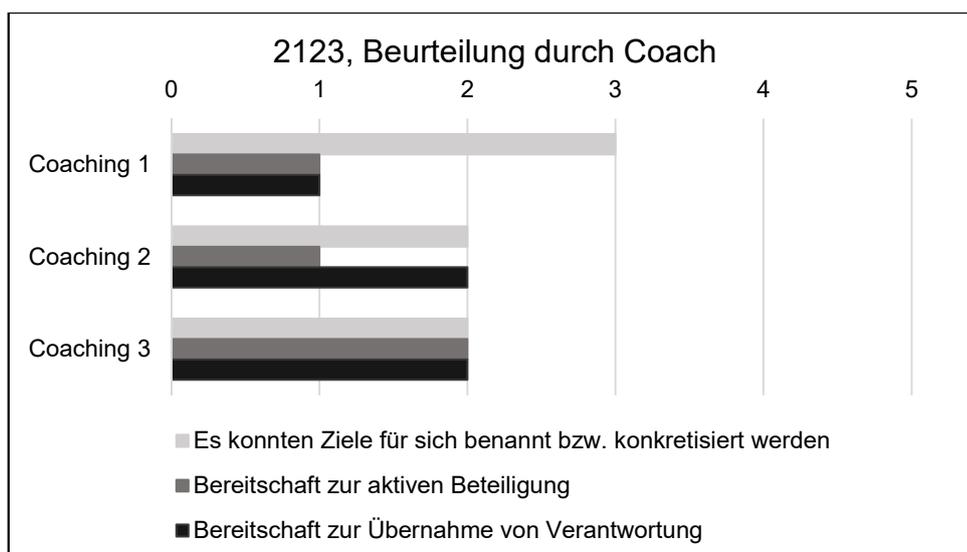


Abbildung 63: Beurteilung der Mitarbeit von 2123 durch den Coach.

Während ihre Fähigkeit, Ziele für sich zu benennen und zu konkretisieren, in der 1.Coachingeinheit noch mittelmäßig ausgeprägt war, blieb sie danach eher gering. Auch die Bereitschaft zur aktiven Beteiligung und Verantwortungsübernahme stieg von gering im Verlauf nur auf eher gering.

Im Fokusgruppeninterview (t1) räumte 2123 auch selbst ein, sich schnell ablenken zu lassen: *„Also das Gespräch mit dir war eigentlich ganz gut, nur in dem Raum gab es so viel, also hier in dem Raum kann ich mich konzentrieren. Hier gibt es nur eine Küche, da gibt es Bilder, Spielzeug, Regale, Bücher und dann lenke ich mich immer ab.“*

Code: • 2123 t1\_2122-2126, Pos. 43

Dies stellte sie zudem mehrfach unter Beweis, durch fehlende Aufmerksamkeit. Sie war schnell mit anderen Teilnehmenden im Gespräch und abgelenkt, wie an diesem Beispiel zu erkennen:

I: *„Und wie zufrieden bist du jetzt mit dir selber, auf einer Skala von 0-10?“*

2123: *„5?“*

Code: • 2123 t1\_2122-2126, Pos. 92-93

(...) I: *„Möchtest du noch sagen, warum eine 5? Warum so selbstkritisch?“*

2123: *„Ich muss noch mindestens 10 Kilo abnehmen, damit ich...“ (schon wieder abgelenkt)*

I: *„Aber das, was du bisher schon erreicht hast? Da bist du nicht so zufrieden mit, da du dir nur eine 5 gegeben hast?“*

2123: *„nein, also 5 Kilo habe ich schon abgenommen.“*

Code: • 2123 t1\_2122-2126, Pos. 98-101

Die Mutter erkannte ein Maß an Einsicht bei ihrer Tochter, trotzdem setzt sie darauf, dass ihr Kind so viel Spaß an der Bewegung erfahren hatte, dass sie sich zuhause freiwillig mehr

## Ergebnisse

bewegen würde. In Bezug auf die Ernährungsumstellung sah 2223 deutlich ihre Verantwortung, das Speisenangebot und die Menge zu kontrollieren:

*I: „Können sie explizit noch etwas nennen, was das Coaching bei ihrem Kind bewirkt hat?“*

*2223: „Ja, dass sie sich das erste Mal bewusst klar gemacht hat, was zuhause eigentlich läuft trotz Motivation, also ich frage zuhause jeden Tag mein Kind, ob wir rausgehen wollen, was sie immer verneint und auch immer bockig verneint und dass ihr das bewusst wurde, wenn ich rausgehe, habe ich doch ganz viel Spaß. Sie hat Anschluss gefunden, sie hatte tolle Möglichkeiten hier, Spielplatz und das Trampolin war ganz toll, Schwimmbad und so, also da hat sie die Motivation wiedergefunden, statt immer nur vorm Fernseher zu hocken.“*

Code: • 2223 t1\_2219-2226, Pos. 102-104

*2223: „Also wir hatten vorher schon Diskussion über die Portionsgröße und werden die auch mit nach Hause nehmen, aber da ist die Entwicklung bei mir, dass ich das auch nicht mehr in dem Umfang anbiete und das geht einfach nicht, dafür ist sie noch zu... und sie will das trotzdem haben. Das sehe ich jetzt als meine Aufgabe, die Portionsgröße zu setzen.“*

*I: „Aber dann hat sie ja auch noch mal ein kleines Zeichen gesetzt, dass sie das mit der Verantwortung nicht übernimmt...“*

*2223: „Genau, das kann sie ja auch sagen, das will sie auch nicht, sie ist erst 11 sagt sie immer, sie darf noch Kind sein und das ist meine Aufgabe und sehe ich genauso.“*

Code: • 2223 t1\_2219-2226, Pos. 124-126

Die Mutter belohnte ihr Kind für jedes abgenommene Kilo und kam so dem Wunsch ihrer Tochter nach extrinsischer Motivation nach. Während die Mutter im Rehabilitationsverlauf zielgerichteter plante und handelte, verblieb ihre Tochter zu t1 in der motivationalen Phase.

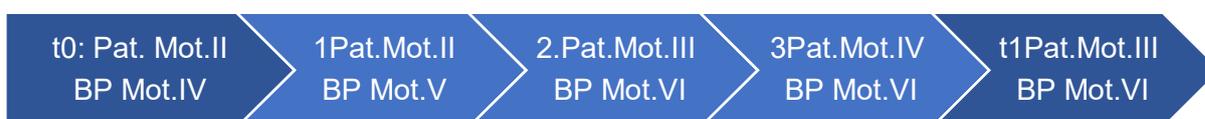


Abbildung 64: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2023 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Der SDQ ergab prä und post einen auffälligen Gesamtwert und Auffälligkeit bezüglich Hyperaktivität.

Nach sechs Wochen zeigte sich weder eine Gewichtsreduktion noch -erhöhung. Fünf Mal in der Woche konnte das Ziel mit den Portionsgrößen umgesetzt werden. Das Ziel, öfter gemeinsam spazieren zu gehen, akzeptierte 2123 nicht, dafür ging sie jeden Tag schwimmen und fuhr mit dem Fahrrad zum Freibad. Im Nachgang resümierte 2223, das Coaching habe ihr

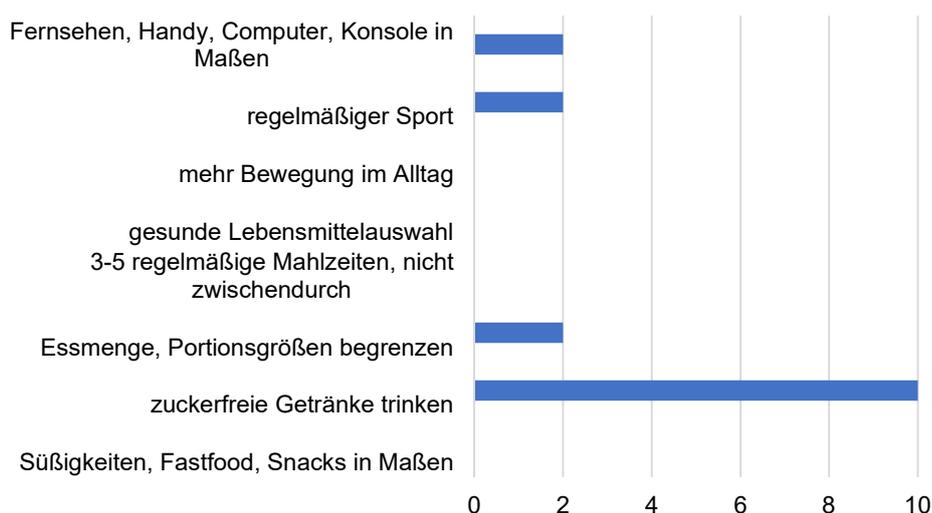
## Ergebnisse

dahingehend am besten geholfen, dass über Ziele und Probleme nun offen gesprochen werde. Sie erkannte, dass sie mehr entscheiden muss und tat das dann auch.

### 2018: von Pat.-/BP- zu Pat.-/BP+

Das 12-jährige Mädchen besuchte die fünfte Klasse einer Gesamtschule und war mit ihrer 43-jährigen, verheirateten Mutter und ohne Vater und Schwester angereist. Die Patientin 2118 zeigte zum Zeitpunkt t0 eine sehr niedrige Motivation zur Teilnahme an der Rehabilitation. Bei der Skalierungsfrage, wie einverstanden sie mit dem Aufenthalt sei, gab sie eine drei an, die Frage, wie sehr sie ihr Gewicht störe, bewertete sie mit Null auf der Skala. Dementsprechend konnte sie auch keine Gründe für eine Gewichtsreduktion nennen. Im Plan der Möglichkeiten gab sie an, bereits keine zuckerhaltigen Getränke zu trinken, bei allen anderen Ideen gab sie an, diese nicht auszuprobieren zu wollen oder es sich noch zu überlegen.

Plan der Möglichkeiten, Patientin 2118



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 65: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2118 zum Zeitpunkt t0.

Als Ziele im 1.Coaching nannte die Begleitperson 2218 eine Ernährungsumstellung, mit ihrer Tochter Spaß an Bewegung zu finden und mehr zu unternehmen; langfristig hoffte sie, ihrer Tochter mehr Verantwortung übertragen zu können. Ihr Motto lautete: „Ich möchte nicht als mein-Leben-mit-300kg-Familie enden.“ Im Alter von acht Jahren erhielt 2118 eine Hormontherapie, die Mutter befürchtete, mit dieser Entscheidung die aktuelle Situation ihres Kindes verursacht zu haben. Die Tochter formulierte keine Ziele im ersten Coaching und äußerte: „Ich wurde hierher gezwungen, ich möchte gar nicht hier sein.“ Die Patientin

## Ergebnisse

beantwortete keine Fragen, damit zwang sie ihre Mutter erfolgreich dazu, zu antworten oder Entscheidungen zu treffen.

Im 2.Coaching wurde ein Zielsatz nach smart zu gemeinsamer Bewegung formuliert. 2118 beteiligte sich selten konstruktiv, gab aber Rückmeldungen zu Ideen, die sie nicht befürwortete. Die Mutter hatte entschieden sich mehr abzugrenzen. Es war ihr nicht klar, ob die Verantwortungsübernahme für 2118 eine Überforderung darstellte oder auf Bequemlichkeit beruhte. Trotz des Widerstandes nahm die Patientin auch am 2.Coaching teil und war mit der Zielformulierung einverstanden.

Im 3. Coaching beschloss die Begleitperson, auch zuhause mehr eigenständig zu tun und ihre Ziele auch ohne Unterstützung der Familie zu verfolgen. Dazu gehörte das Einkaufen und kochen geringerer Portionsgrößen und mehr Bewegung. 2118 war hingegen wenig zuversichtlich („das klappt doch eh nicht“), beteiligte sich aber freiwillig an Aktivitäten und freute sich auf den Schwimmunterricht mit der Gruppe.

Ihre Zufriedenheit mit den Coachings war laut Stundenevaluation mittel, die Zufriedenheit mit dem Ergebnis stieg im 3.Coaching von bisher mittel auf zufrieden. Nachdem sie das Thema im 1.Coaching für gar nicht wichtig erachtete, beurteilte sie es danach als nicht so wichtig.

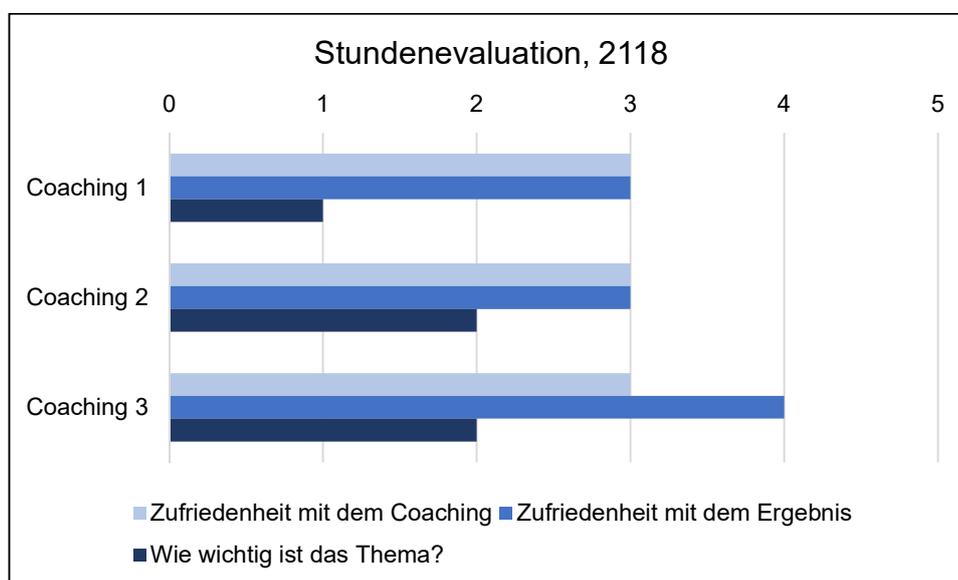


Abbildung 66: Stundenevaluation der Patientin 2118, nach dem 1.-3. Coaching.

## Ergebnisse

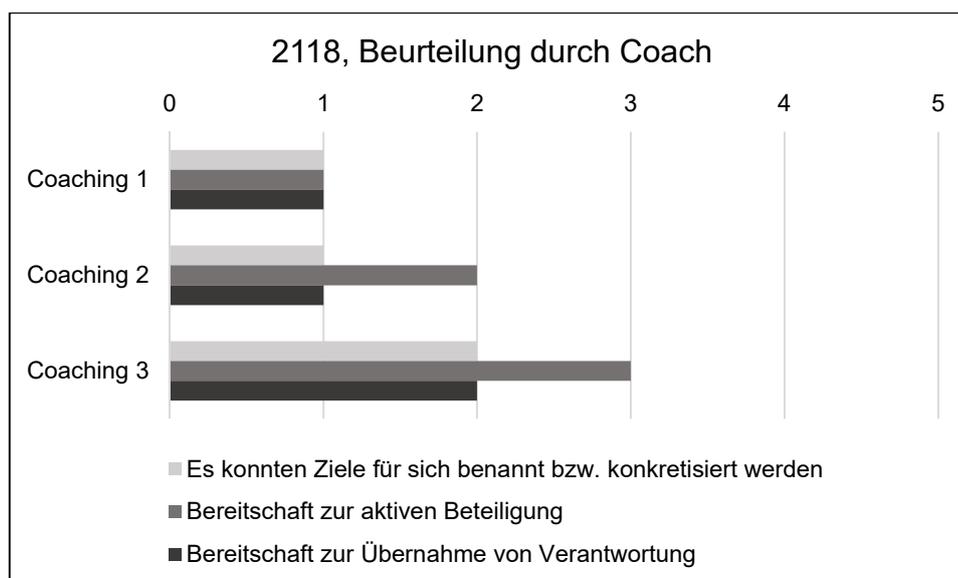


Abbildung 67: Beurteilung der Mitarbeit von 2118 durch den Coach.

Die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit und Übernahme von Verantwortung waren im 1. Und 2.Coaching gering, zuletzt eher gering. Die Formulierung von Zielen steigerte sich mit jeder Einheit von gering zu eher gering und mittel.

Insgesamt zeigte sich im Verlauf eine bessere Kommunikation und eine Stärkung der Begleitperson bezüglich ihrer Selbstwirksamkeitserwartung. Insgesamt blieb die Patientin in einem Mot. II.

I: „Gibt es noch etwas, dass sie zuversichtlich macht, dass es zu Hause klappt?“

2218: „Ich muss stark genug sein (lacht). Es liegt an mir jetzt, das durchzusetzen, durchzuboxen. Hier hat es ja funktioniert, ich hoffe, dass es zuhause auch funktioniert. Sie hat jetzt fast 5 kg runter.“

I: „Freut sie sich denn darüber auch?“

2218: „Nö, dann ist es so. Ich sag: „Guck mal, deine Hose rutscht!“ „Ja, und?““

Code: ● 2218 t1\_2207-2218, Pos. 84-91

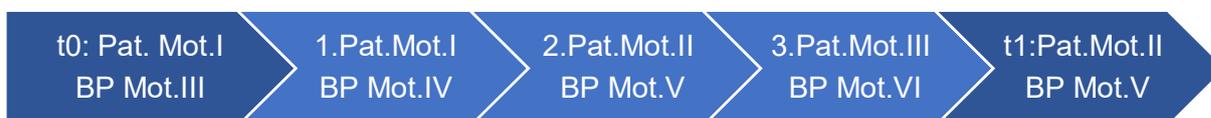


Abbildung 68: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2018 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Es ergaben sich identische Ergebnisse bei dem SDQ prä und post: auffällig emotionale Probleme und auffälliges prosoziales Verhalten sowie ein grenzwertiger Gesamtproblemwert und Grenzwertigkeit bei prosozialem Verhalten. Im Vergleich dazu war eine kurzfristige Wirksamkeit bei allen psychischen Auffälligkeiten im Fremdurteil in der Gesamtgruppe zu verzeichnen.

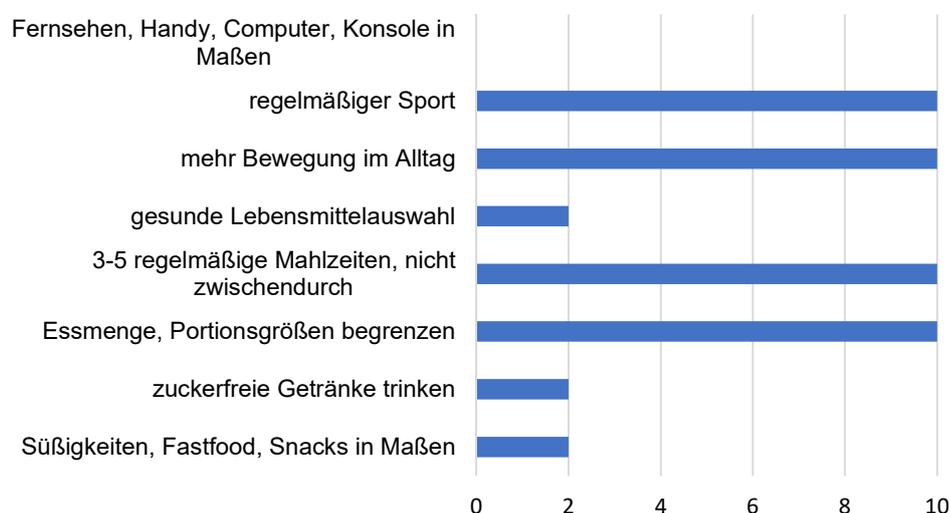
Zu dem verabredeten Telefonat t2 sowie an den folgenden Tagen war die Familie nicht erreichbar.

## Ergebnisse

**2024: von Pat.-/BP+ zu Pat.-/BP+**

Der 11-jährige Patient besuchte die vierte Klasse einer Grundschule und war mit seiner 55-jährigen, verheirateten Mutter angereist. Vater und erwachsene Stiefgeschwister nahmen nicht teil. 2124 gab sein Einverständnis zur Rehabilitation und der aktiven Teilnahme am Programm auf einer Skala von 0-10 mit 1 an. Sein Gewicht störte ihn kaum, daher bewertete er hier mit einer 5. Gründe für eine Gewichtsreduktion waren für ihn mehr Ausdauer im Sport zu erreichen und stärker zu werden. Der Plan der Möglichkeiten zeigte, dass er an seinem Medienkonsum nichts verändern wollte, Veränderungen der Ernährung wollte er sich noch überlegen, dass Essverhalten wurde bereits kontrolliert und er betrieb aus seiner Sicht auch genügend Bewegung und Sport.

## Plan der Möglichkeiten, Patient 2124



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 69: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2124 zum Zeitpunkt t0.

Die Mutter 2224 bestätigte die Aussage, dass ihr Sohn sich zu der Rehabilitation gezwungen fühlte. Sie setzte sich als Erziehungsverantwortliche darüber hinweg, da sie die Notwendigkeit sah, etwas gegen die Adipositas zu unternehmen.

*„Ja, das sagt er mir auch jeden Tag und dass er gezwungen wurde, aber das ist eben die Aufgabe der Eltern auch mal unliebsame Entscheidungen zu treffen. Und auch wenn ihm das jetzt nicht gefällt, er überlebt das.“*

Code: • 2224 t0\_2219-2226, Pos. 14

Die Höhe der Gewichtsreduktion schien für sie weniger prioritär zu sein, 2224 war auf einen Alltagstransfer des Erlernten fokussiert. Mit dem Wunsch nach Struktur widersprach sie den Angaben im Plan der Möglichkeiten ihres Sohnes.

## Ergebnisse

*„Also bei Selbstregulation bin ich auch dabei, Aufklärung und Informationen noch mal, dass sich das setzt, das Abnehmen hier vor Ort als positiven Begleiteffekt und bei uns die große Herausforderung, wie transportiere ich das in den Alltag, weil mein Mann und ich beide selbständig arbeiten, manchmal gibt's zweimal warm, manchmal gibt's gar nicht warm, dass wir da irgendwie ein Mittel finden, dass 2124 da mehr Struktur reinbekommt, in die Nahrungsaufnahme.“*

Code: • 2224 t0\_2219-2226, Pos. 34

Sportlicher zu werden, schien für ihren Sohn der wichtigste Grund für das Abnehmen zu sein, das Ess- und Ernährungsverhalten sah sie als ihre Aufgabe, ihm zu vermitteln. Gemeinsame Mahlzeiten wurden zelebriert, dass die Portionsgröße dann zu groß waren, reflektierte sie bereits.

*„Ja, dass er einfach weiß, was bei uns Sache ist, wieviel darf ich essen, dass er wie hier auch mehr drauf achtet und dass dann zuhause umzusetzen. Das hat er aber auch schon gesagt, dass will er auch und Bewegung. Abnehmen hat immer was mit Bewegung zu tun.“*

Code: • 2224 t0\_2219-2226, Pos. 41

*„Wir zelebrieren das richtig und dann wird auch mehr gegessen, als man sollte.“*

Code: • 2224 t0\_2219-2226, Pos. 112

Während des 1.Coachings signalisierte 2224 ihrem Kind, dass sie ihn dabei begleiten wolle, gemeinsam positive Veränderungen zu schaffen. Seine Ziele thematisierten vor allem den Wunsch, mehr Zeit mit seiner Mutter zu verbringen. Dieser Grund schien ihn auch an den Coachings teilnehmen zu lassen, denn er betonte gleichzeitig immer wieder, dass er dies alles nur unter Zwang tue. Der Patient verließ zwischendurch den Raum und wollte nicht mehr mitmachen, kehrte aber zurück und tröstet dann auch seine weinende Mutter, die sich hilflos fühlte bei all seiner Gegenwehr. Sie beschrieb die Passivität ihres Sohnes, er widersetzte sich allem und würde am liebsten nur in seinem Zimmer bleiben.

Auch in der 2.Coachingeinheit verließ 2124 vorzeitig den Raum um seine fehlende Bereitschaft zu signalisieren. Im Rehabilitationsverlauf empfand 2224 die Zusammenarbeit mit ihm aber als zunehmend besser. Der Wunsch, Zeit mit den Eltern zu verbringen und Angeln mit der Mutter wurden besprochen. 2224 war zwar nachmittags zuhause, aber sie unternahmen bewusst nicht so viel. Eine gemeinsame Zielformulierung nach smart konnte nicht mehr stattfinden, aber die Mutter beschloss für sich, sich mit ihrem Sohn bewusster zu gemeinsamer Zeit zu verabreden und gemeinsam verbrachte Zeit verbal positiv zu bewerten.

Im 3.Coaching äußerte sich die Mutter zufrieden damit, dass ihr Sohn die Zeit durchgehalten habe und äußerte auch immer öfter positives über ihn. 2124 nahm teilweise an der Sitzung teil. 2224 ist selbst sehr ehrgeizig, sie wollte zuhause die Essenszeit umstellen und den

## Ergebnisse

Tagesablauf neu strukturieren. Außerdem plante sie, ihrem Kind genügend Freiraum zu ermöglichen und ihn trotzdem zu fordern, um positive Erlebnisse zu erfahren. Sie beschrieb 2124 sehr willensstark und gleichzeitig verängstigt nach vielen negativen Erfahrungen mit Mobbing und unfairer Behandlung in der Schule.

Die Stundenevaluation war nicht vollständig, da 2124 nur unstedet teilnahm. Auch die Bewertung schien Ausdruck seines fehlenden Einverständnisses zu sein, trotzdem konnte die Mutter von dem Coaching profitieren und ihre Handlungsplanung konkretisieren. Während 2124 mit dem 1.Coachingergebnis unzufrieden war, es ihm gar nicht gefallen hatte und er das Thema auch als unwichtig erachtete, wurde die Zufriedenheit zum Ende als mittel bewertet und das Thema nicht so wichtig.

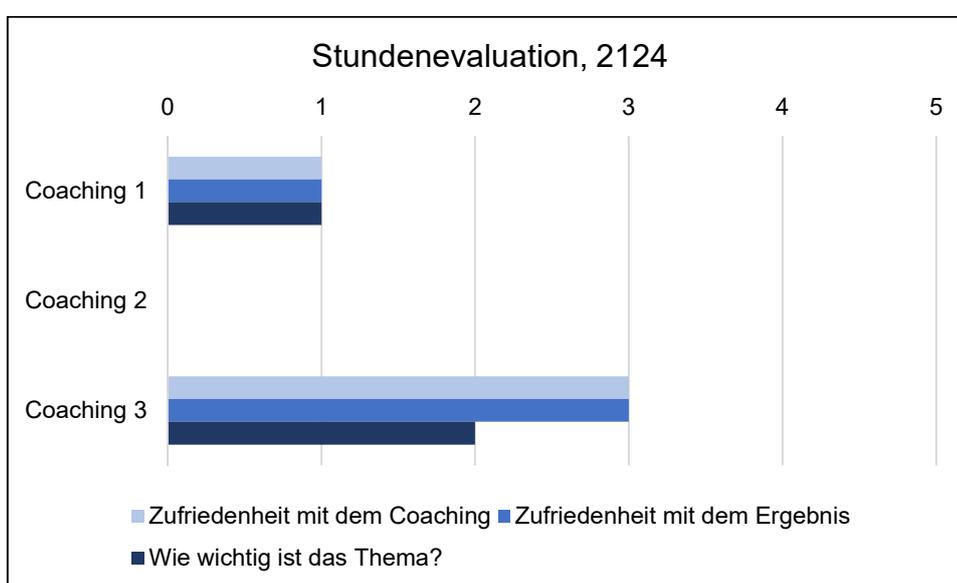


Abbildung 70: Stundenevaluation der Patientin 2124, nach dem 1.-3. Coaching.

Alle zu bewertenden Parameter wurden von dem Coach als gering und im letzten Coaching als eher gering eingeschätzt.

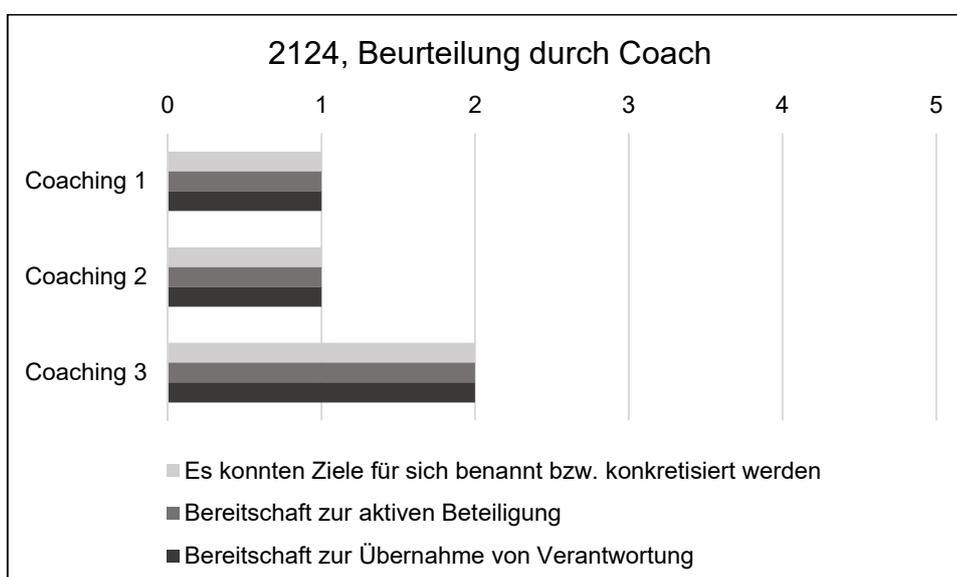


Abbildung 71: Beurteilung der Mitarbeit von 2124 durch den Coach.

## Ergebnisse

2124 blieb auch im Fokusgruppeninterview bei seiner Unzufriedenheit mit der Situation und verließ vorzeitig den Raum, hatte aber die Rehabilitation nicht abgebrochen und war zu allen Terminen zunächst erschienen:

*I: „Wie sehr hat euch der Aufenthalt, auf einer Skala von 0-10, gefallen?“*

*2124: „5“*

*I: „5? Was fandst du denn gut hier?“*

*2124: „Gar nichts?“*

*I: „Und warum sagst du dann 5?“*

*2124: „Keine Ahnung, weil ich hier bin.“*

*I: „Dass du es durchgehalten hast ist schon mal gut!“*

*2124: „Richtig“*

*I: „Und was fandst du nicht gut?“*

*2124: „Dass ich hier bin.“*

Code: • 2124\_t1\_2119-2126, Pos. 5

Es kann vermutet werden, dass seine Mutter ihm mit ihrem konsequenten Erziehungsstil zu der benötigten Verhaltensänderung verhelfen kann. Sie äußerte sich sehr zufrieden mit dem gesamten Aufenthalt (Skalierungsfrage) und hatte ihre Verantwortung für ihr Kind wahrgenommen:

*„Dann würde ich sagen 9-10. Ich bin voll begeistert, wie es hier gelaufen ist. (...), zu Schlechtwetter-Zeiten waren wir jeden Abend in der Turnhalle, also bestimmt 2 Stunden, (...) und als es gut war vom Wetter her waren wir eigentlich draußen und mein Sohn hat heute auf den Tag genau 4 Kilo abgenommen. Das ist in vier Wochen ein richtiges Bomben-Ergebnis, finde ich. Eine Anleitung für zuhause mitbekommen, Kochbuch mitbekommen, also ich bin happy.“*

Code: • 2024 t1\_2219-2226, Pos. 11

*2224: „Ich bin insofern sehr zufrieden, als dass 2124 ja eigentlich nicht hierher wollte und auch die ganze Zeit nicht hier sein wollte und selbst sehr viel Heimweh hatte.“*

*I: „Und das wissen alle hier im Haus.“*

*2224: „Ja, um den Druck noch ein bisschen zu erhöhen, ich ihn aber kenne und, naja, es müssen manchmal Entscheidungen getroffen werden, die ein Kind in dem Alter noch nicht überblicken kann und das war so eine Entscheidung. Dafür bin ich sehr zufrieden, da wir ja nach vier Wochen immer noch hier sind und er hat auch ganz viel Spaß hier gehabt. Das sage ich ihm bei Gelegenheit dann auch immer noch.“*

Code: • 2024 t1\_2219-2226, Pos. 96-98

2124 blieb während des gesamten Zeitraumes in der motivationalen Phase, seine Mutter konnte ihre Handlungsplanung noch stabilisieren.

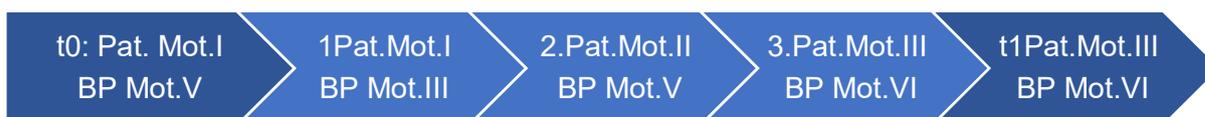


Abbildung 72: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2024 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

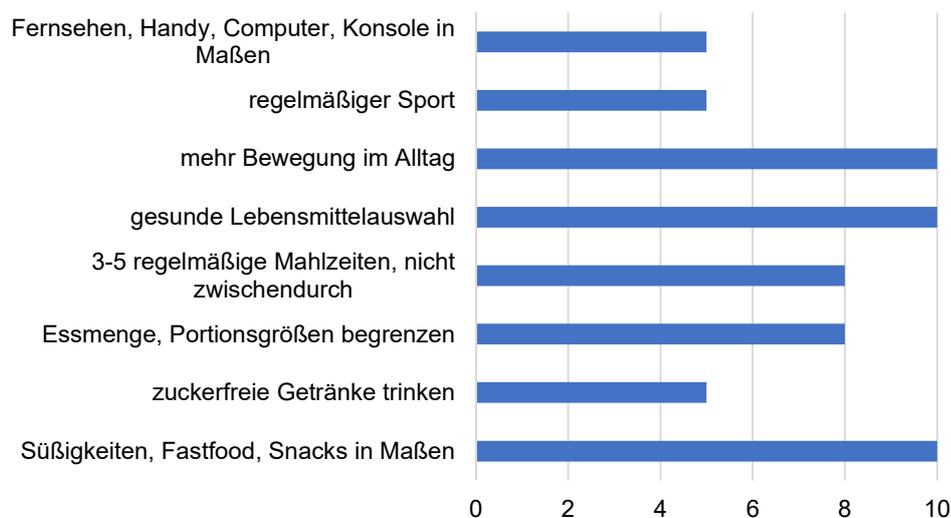
2124 verbesserte sich in der Fremdeinschätzung (SDQ) von prä mit grenzwertigem Gesamtproblemwert und Hyperaktivität zu ausschließlich auffälligen emotionalen Problemen prä und post.

Innerhalb der darauffolgenden sechs Wochen hatte 2124 ein weiteres Kilo abgenommen, auch wenn der Mutter die Umstellungen im Alltag und eine konsequente Erziehung schwerfielen. 2224 beschrieb ihren Sohn als „mental besser drauf, fröhlicher und mit mehr Energie“. Er war mittlerweile beim Trampolin-Turnen angemeldet, das Mittagessen fand regelmäßig mittags statt, vorab wurde Salat gegessen und ein Glas Wasser getrunken. Die Portionsgröße wurde kontrolliert. Trotz der ursprünglichen Gegenwehr ihres Sohnes zeigte er sich im Alltag einsichtiger und eigenverantwortlicher. Beim Recherchieren, was die Bedürfnisse ihres Sohnes sind, habe ihr das Coaching am meisten geholfen.

### 2027: von Pat.+ /BP- zu Pat.- /BP+

Der 11-jährige Patient besuchte die fünfte Klasse einer Gesamtschule und war als Einzelkind mit seinem 50-jährigen, verheirateten Vater angereist. 2127 wirkte umgänglich und gab sein Einverständnis mit der Rehabilitation mit 10 auf einer Skala von 0-10 an. Das Gewicht störe ihn (sieben auf der Skala), vor allem beim Sport bei der Feuerwehr, er leide auch unter Gelenkschmerzen. Eine Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens werde ihm, auf Grund seiner Gewohnheiten nicht leichtfallen (sechs), aber er wollte jetzt unbedingt damit anfangen. Dementsprechend bewertete er auch die Ideen im Plan der Möglichkeiten.

## Plan der Möglichkeiten, Patient 2127



0= Das möchte ich nicht machen, 2= Das überlege ich mir noch, 5= Das möchte ich gern machen, 8= Damit habe ich schon angefangen, 10= Das mache ich schon seit ein paar Wochen

Abbildung 73: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2127 zum Zeitpunkt t0.

Sein Vater zeigte sich offen für das Rehabilitationsangebot, seine Gründe und Wünsche verfasste er aber sehr allgemein und blieb vage. Er erzählte nicht von seinem Kind, Skalierungsfragen beantwortete er als einer der letzten und schloss sich der häufigsten Antwort an. So wurde er zum Zeitpunkt geringer motiviert eingeschätzt als sein Sohn.

*„Ideen mitnehmen, wie man es umsetzen kann, auch langfristig, letztendlich. Es nützt mir ja nichts, wenn ich das jetzt hier 4 Wochen mache, vielleicht noch 3 Wochen zuhause und dann wieder in den alten Trott zurückfalle. Das könnte passieren in gewissem Maße, aber Ziel sollte sein tatsächlich, dass natürlich dauerhaft dann durchzuziehen.“*

Code: • 2027 t0\_2227-2231, Pos. 25

*„Wenn man das schon mal geboten bekommt, wieso soll man das nicht nutzen? Hier habe ich jetzt die Zeit dazu, zuhause im beruflichen Leben habe ich nicht die Zeit, mich noch mal zusätzlich dazuzusetzen. So, jetzt bin ich aber raus aus meinem Dunstkreis und brauche mir über nichts anderes mehr Gedanken machen.“*

Code: • 2027 t0\_2227-2231, Pos. 29

Auch in der Nennung der persönlichen Ziele im 1.Coaching blieb 2227 vage, er schrieb auf: „Das Erlernte umsetzen“, „als Team Ziele generieren“ und „Ansätze finden für Nachhaltigkeit“. 2127 hatte die Ziele: „Abnehmen“ und „lernen, richtig zu essen“. Den Grund für das Übergewicht sah der Vater in den abendlichen Fressattacken, weil die Medikinet-Gabe tagsüber zu fehlendem Hunger und Appetit führte und sein Sohn erst abends aß. Der Vater wirkte hilfsbereit und zugleich wenig verbindlich. In der Rehabilitation war 2127 ohne Medikation. Er war zwar aufgeweckt, aber in der Lage sich 45 Minuten auf das Coaching zu

## Ergebnisse

konzentrieren. Der Patient bezeichnete sich als „gemütlichen Typ“, sagte selbst, er sei ein Genussmensch und Feuerwehr sei sein Sport. Als kleinschrittigere Ziele wurden noch herausgearbeitet: Schrittzähler verwenden, Körpersignale beachten, Tischtennis als Sport für zuhause, Handportion einhalten, regelmäßige Mahlzeiten, weniger Süßigkeiten, mit Oma sprechen.

Zum 2.Coaching waren bereits erste Vereinbarungen umgesetzt: ein Schrittzähler war bestellt und ein Probetraining im Tischtennisverein vereinbart worden. Der Sohn formulierte das smarte Ziel, zuhause sechs Handportionen Süßigkeiten in der Woche zu essen. Um die Portionsmengen abends zu kontrollieren, wurde die weitere Verwendung der Pyramide überlegt. Der Vater kochte abends warm. Ein Ziel dazu formulierte er nicht, denn es „ist ja so wie das erste“. Einen Weg, mit der Oma sachlich über Süßigkeiten-Geschenke zu sprechen, würde es aus Sicht des Vaters ebenso wenig geben, wie eine Lösung für die medikamentenbedingte Appetitlosigkeit an langen Schultagen. 2127 schätzte sich auf Verantwortungsskala bei 50% ein, der Vater wich aus. Er signalisierte seine Unterstützung, blieb aber unverbindlich.

Das 3.Coaching begann mit Äußerungen der Unzufriedenheit seitens des Vaters. Die Gewichtsreduktion sei nicht kontinuierlich verlaufen, das sah er in nicht geeichten Waagen der Klinik begründet und sei unmotivierend. Die übrigen Kritikpunkte hatte er aufgeschrieben und wollte die 1,5 Seiten bei der Klinikleitung einreichen. Zuhause werde er seinen Sohn weiter unterstützen und bot an, ein Trampolin im Garten aufzubauen, ihn zum Schwimmbad zu fahren und ihn beim Tischtennisverein anzumelden. 2127 verfiel in Sustain Talk, je mehr Unterstützungsangebote sein Vater machte:

*„Wenn Schmuddelwetter ist, gehe ich nicht raus, dann bleibt ja nur zocken. Deshalb kann ich Bewegung nur im Sommer umsetzen.“*

*„Mein bester Freund hat nie Zeit für mich.“*

*„Ich will schwimmen, aber keine Bahnen, nur ins Spaßbad!“*

*„Inliner sind doof, Fahrradfahren ist gut, aber der Sattel ist zu hart.“*

*„Feuerwehr ist doch schon Sport!“*

2227 will weiter Unterstützung anbieten und verlangt zukünftig regelmäßige sportliche Betätigung von seinem Sohn, Verbindlichkeit und eine klare Linie sind aber kaum zu erkennen.

2127 war zu jedem Zeitpunkt zufrieden mit dem Coaching und war zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Ergebnis. Die besprochenen Themen bewertete er mit ziemlich wichtig bis wichtig.

## Ergebnisse

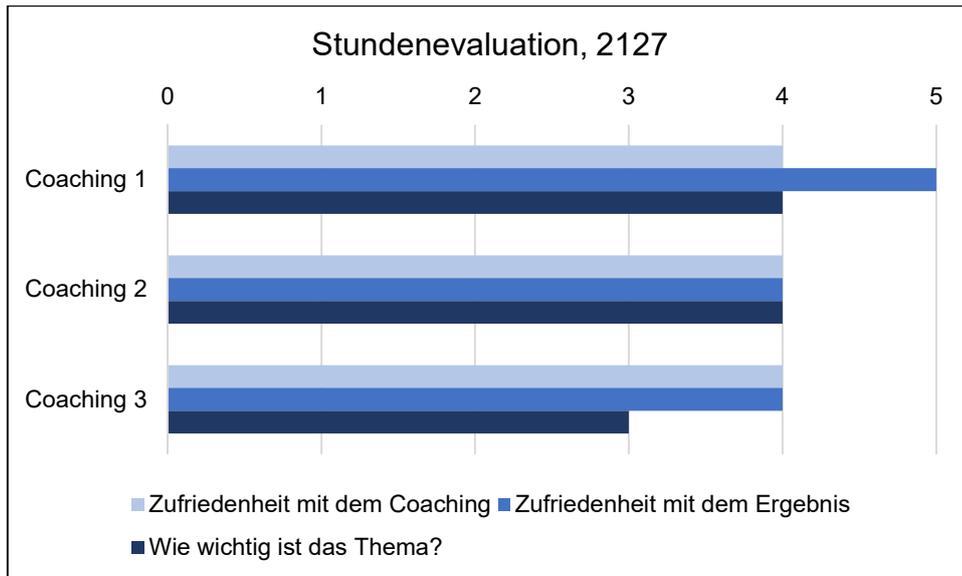


Abbildung 74: Stundenevaluation des 1.-3.Coachings von Patient 2127.

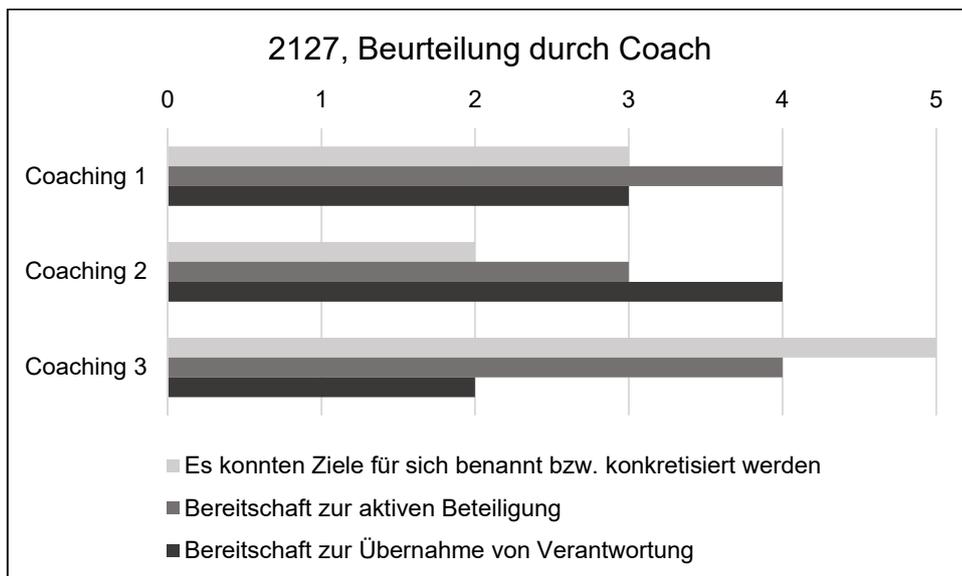


Abbildung 75: Beurteilung des Patienten 2127 durch den Coach.

Die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme wurde von dem Coach als mittel bis eher hoch bewertet, die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme stieg zunächst von mittel auf eher hoch, war aber zum Ende des Coachings eher gering. Während die Fähigkeit, über Ziele zu sprechen und diese zu benennen, im 1. Coaching mittel hoch ausfiel, war sie während der smarten Zielformulierung eher gering und am Ende hoch; die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen verlief zum Ende gegenläufig.

Die Wortmeldungen des Vaters im Fokusgruppeninterview blieben weiterhin freundlich aber unverbindlich. Allerdings wirkt er entschiedener in seinem Vorhaben, dass sein Sohn sich zuhause regelmäßiger sportlich betätigen muss.

## Ergebnisse

I: „Welche Methoden haben ihnen am besten geholfen?“

2227: „Also von jeder wahrscheinlich so ein Stückchen, wir haben da wahrscheinlich nicht die 100%-Lösung, tatsächlich, aber wenn man aus seiner Sicht das Beste für sich rauszieht, kommt man da glaube ich ziemlich weit mit.“

Code: • 2027 t1\_2227-2231, Pos. 43-44

I: „Wie zufrieden sind sie mit der Entwicklung ihres Kindes während der Reha, auf einer Skala von 0-10?“

2230: „Neun“

2227: „Gehe ich mit, ja.“

Code: • 2027 t1\_2227-2231, Pos. 50-52

I: „Was möchten Sie mir sonst noch rückmelden?“

2227: „Aktuell tatsächlich nicht. Aber Schweigen ist ja Zustimmung, von daher.“

Code: • 2027 t1\_2227-2231, Pos. 79

I: „Und sie sind auch guter Dinge?“

2227: „Ja, natürlich!“

Code: • 2027 t1\_2227-2231, Pos. 80-81

Zum Zeitpunkt t1 wurde deutlich, dass 2127 die Eigenverantwortung noch nicht bereit war zu übernehmen und er von 2227 mehr Grenzen und Vorgaben benötigte. Er gab sich selbstsicher und erfolgreich, was er kurze Zeit später selbst revidierte und was im Gesprächsverlauf des Fokusgruppen-Interviews deutlich wird:

I: „Wie zufrieden bist du mit dir selbst auf einer Skala von 0-10?“

2131: „Zehn“

2130: „Acht“

2129: „Neun“

2128: „Zehn“

**2127: „Zwanzig“**

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 21-26

Das begründete er einerseits mit:

„Ich habe 4 Kilo abgenommen, mein Wunschgewicht!“

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 40

Zu einem späteren Zeitpunkt widersprach er wiederum seiner zuvor gemachten Aussage:

„Hallo? Bei mir geht es immer rauf und runter hier!“

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 80

Eigene Ziele konnte er nicht benennen, aber er hatte sich mit seinem Vater abgesprochen:

2127: „Ich habe mit Mama und Papa vor, mehr rauszugehen.“

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 57

## Ergebnisse

In das Szenario eines Rückfalls konnte er sich nicht eindenken und reagierte kindlich auf die reflektierten Äußerungen der Patient\*in 2128.

*I: „Was stellt ihr euch vor zu tun, wenn etwas zuhause nicht so klappt, wie ihr es vorhattet?“*

*2127: „Keine Ahnung, (...) alles läuft nach Plan.“*

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 68-77

*2128: „Wieder weitermachen was man sich vorgenommen hat, also nehmen wir mal an z.B. ich gehe jetzt auf den Geburtstag von meiner Tante, fünf Tage nach meiner Abreise und wenn man dann ein Stück Kuchen gegessen hat und Gummibärchen eine Handvoll z.B.“*

**2127: „Nein, nein, nein, böse, böse.“**

*2128: „Man darf das!“*

Code: • 2127\_t1\_2127-2131, Pos. 87-91

Insgesamt scheint der Patient zu Beginn zu motiviert eingeschätzt worden zu sein. Die Familie zeigte während des Rehabilitationsverlaufs eine ausgeprägte Ambivalenz und bewegte sich auf der Grenze zwischen motivationaler und volitionaler Phase gegenläufig.

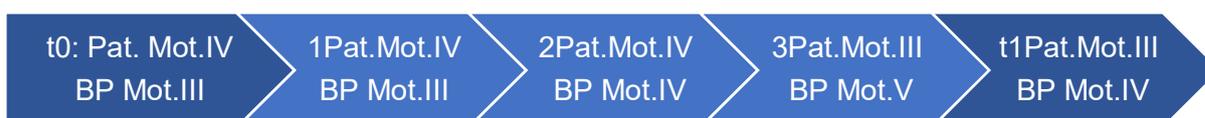


Abbildung 76: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2027 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.

Auffällig ist hier die Fremdeinschätzung (SDQ) durch den Vater mit normalen Werten in allen sechs Subtests prä und post.

Nach sechs Wochen konnte der Vater von einer weiteren, wenn auch geringen Gewichtsreduktion berichten. Auf kleinere Portionsgrößen und weniger Süßigkeiten wurde geachtet, die Bewegung konnte gesteigert werden, wenn auch nicht im gleichen Maß wie in der Rehabilitation. Die gemeinsamen Gespräche über die Verteilung der Verantwortung hatten dem Vater im Coaching am besten geholfen. Auch dieses Gespräch verlief kurzweilig und unverbindlich.

## Ergebnisse

*Kasten 11: Zusammenfassung der Einzelfälle mit ungünstigem Verlauf.*

Die Patient\*innen befanden sich zu Beginn in der motivationalen Phase und konnten ihr Motivationsstadium auch nicht steigern. Die Begleitpersonen erreichten zu t1 ein Motivationsstadium in der volitionalen Phase. Während zwei Patient\*innen bewusst keine Eigenverantwortung für eine Gewichtsreduktion übernehmen wollten und die Begleitpersonen verstärkt extrinsische Motivation einsetzen mussten, verweigerten zwei Patient\*innen die Mitarbeit grundlegend, was zu ausgeprägten Konflikten mit den Begleitpersonen führte. Trotzdem konnte eine Entwicklung aus der Absichtslosigkeit heraus erreicht werden.

Die Familie 2127 zeigte sich hingegen so ausgeprägt ambivalent, dass eine eindeutige zielgerichtete Handlungsplanung ausblieb.

### 3.3.4 Kernbotschaften aus den Ergebnissen der Nebenfragestellung 2

Die Nebenfragestellung 2 umfasste die Veränderung der Motivationsstadien und vorherrschende Ambivalenz-Faktoren im Coachingverlauf sowie die Einzelfallanalyse.

- Die Begleitpersonen wiesen einen kontinuierlichen Anstieg von mobilisierendem Change Talk bei gleichzeitiger Reduktion von vorbereitendem Change Talk, Sustain Talk und Dissonanz gegenüber dem Kind.
- Die Ambivalenz der Patient\*innen war, gemessen am Sustain Talk, auch nach dem 3. Coaching noch erhöht.
- Die Verantwortungsübernahme der Begleitpersonen war im Vergleich zum 1. Coaching nach dem 3. Coaching deutlich erhöht.
- Als **fördernde Faktoren** für die Entwicklung des Motivationsstadiums von t0 zu t1 können die gesteigerte Verantwortungsübernahme durch die Begleitperson, SMARTe und verschriftlichte Zielformulierungen, Konfliktklärung zur Verbesserung der Kommunikation, eine autoritative Erziehungspraxis und eine Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes genannt werden.
- Als **hemmende Faktoren** für die Entwicklung des Motivationsstadiums von t0 zu t1 haben sich fehlende Absichtsbildung seitens der Patient\*innen (überwiegend bei **Pat.-/BP+**) und Dissonanzen zwischen Begleitperson und Patient\*in herausgestellt.
- Bei Kindern ist von einer Handlungsstrategie auf Grund extrinsischer Motivation eher auszugehen, während die Begleitpersonen häufiger intrinsisch motiviert handelten. Dementsprechend ist der Unterstützungsbedarf der Kinder auch in höheren Motivationsstadien angezeigt.

## 4. Übergreifende Diskussion

Eltern besitzen nicht nur eine wichtige Modellfunktion für das Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder und übernehmen im Alltag die Kontrollfunktionen über deren Verhalten (Reinehr, 2022), ebenfalls die Motivation eines Kindes entwickelt sich in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen (Haase & Heckhausen, 2018). Ziel war es daher, einen Coaching-Leitfaden zu entwickeln, der die erziehungsberechtigten Begleitpersonen familienorientiert und individuell in die Therapie mit einbezieht und die Motivation zur Verhaltensmodifikation fördert. Für die Umsetzbarkeit der Intervention in Bezug auf die Entwicklung der motivationalen Lage von Patient\*innen und Begleitpersonen wurde, mithilfe des Beurteilungsbogen Coach, das Motivationsstadium eingeschätzt. Wichtig ist für eine erfolgreiche Adipositastherapie demnach nicht nur die Verhaltensprävention, das Erlernen eines gesundheitsfördernden Ess-/ Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, sondern auch die Verhältnisprävention, die Bedürfnisse des Kindes umfassend zu berücksichtigen, in einem stimmigen Verhältnis zu seinen Lebensbedingungen und den Verhaltensweisen der Eltern und des nahen Umfelds (Blesken et al., 2022). Inwieweit dies erreicht werden konnte, wird im Folgenden diskutiert.

Die Diskussion ist gegliedert in die Diskussion der Ergebnisse, unterteilt nach Haupt- und Nebenfragestellungen sowie die Methodendiskussion bezüglich der verwendeten Instrumente zur Datenerhebung und Auswertung. Abschließend werden die Limitationen der Studie erörtert und Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert.

### 4.1 Ergebnisdiskussion

Mit der Hauptfragestellung wurden Motivation und Ziele der Begleitpersonen und mit der Nebenfragestellung 1 Motivation und Ziele der Patient\*innen betrachtet, sowohl zu Beginn, als auch zum Ende der Rehabilitation. Mit der Nebenfragestellung 2 wurde die Entwicklung der motivationalen Lage der Familie im Coachingverlauf untersucht. Die Darstellung erfolgte dabei immer bezogen auf das primäre Merkmal Motivation in einem vier-Felder-Schema, aus welchem sich jeweils die Kombination unmotivierter Familie **Pat.-/BP-**, motiviertes Kind **Pat.+ /BP-**, motivierte Begleitperson **Pat.-/BP+** oder motivierte Familie **Pat.+ /BP+** ergab. Nach diesen Einteilungen erfolgt die Diskussion der Ergebnisse.

#### 4.1.1 Hauptfragestellung

Die Hauptfragestellung *Welche Motivationslage und Ziele zeigen die Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1?* hatte zum Ziel, zu den Messzeitpunkten Beginn t0 und Ende t1 der Rehabilitation das Motivationsstadium zu ermitteln sowie die Ziele, die die Motivation begründen. Dafür wurden fünf Fokusgruppeninterviews durchgeführt und mittels

induktiver Kategorienbildung nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Ziele wurden im 1.Coaching von den Eltern selbst formuliert und auf Moderationskarten festgehalten.

Die Betrachtung des Motivationsstadiums der Begleitpersonen wurde als Hauptfragestellung formuliert, da der Einfluss auf die Motivation der Patient\*innen von Bedeutung war. In einer Studie von Ice, Neal und Cottrell (2014) wurden die Auswirkungen der elterlichen Selbstwirksamkeit und der elterlichen Rollenverantwortung auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie das Gewicht des Kindes ermittelt. Die Elterliche Selbstwirksamkeit für die Unterstützung des Kindes stand in engem Zusammenhang sowohl mit dem Gewicht des Kindes, als auch der Ernährung und der körperlichen Aktivität. Somit waren die Begleitpersonen wichtige Akteure in der Förderung eines gesunden Lebensstils ihrer Kinder.

### **Motivationsstadium zum Zeitpunkt t0**

Die Begleitpersonen BP-, die sich zum Zeitpunkt t0 im Stadium Mot. I-III befanden, äußerten sich vermehrt ambivalent, es fand sich also mehr Widerstand in den Aussagen, als bei den Begleitpersonen im Mot. IV-VI. In diesem Stadium der Ambivalenz wurde weniger über die eigene Situation reflektiert, daher wurden auch weniger Aussagen zu Hemmnissen getroffen, als bei den motivierteren Begleitpersonen. Hilfebedarf wurde erkannt und benannt, aber noch keine eigenen Lösungsstrategien. Begleitpersonen der Gruppe **Pat.-/BP-** äußerten zusammenfassend vor allem Sustain Talk und Hilfebedarf, während Begleitpersonen der Gruppe **Pat+/BP-** neben Sustain Talk vor allem positive Äußerungen zur Motivation ihres Kindes tätigten. Dabei wurde nicht nur über die fehlende Unterstützung nicht reflektiert, sondern auch von Situationen berichtet, in denen das Kind in einem nicht-adipogenen Verhalten behindert wurde. Dadurch wurde auch der Eindruck erweckt, die Teilnehmenden verfolgten nicht die gleichen Ziele oder konnten nicht einvernehmlich agieren. Dieses unsichere Verhalten legt nahe, dass unmotiviertere Eltern sich noch nicht eingestanden hatten, dass sie für die Adipositas ihres Kindes mitverantwortlich waren. Dies zeigten auch Salemonsén, Holm und Øen (2022): Das Gefühl von Unsicherheit und die Schwierigkeit, die Verantwortung für verschiedene Faktoren der Adipositasentstehung als Elternteil anzunehmen, zeigte sich bei den von ihnen interviewten Vätern.

Fehlendes Einvernehmen lag ebenfalls bei der heterogenen Konstellation **Pat.-/BP+** vor. Häufig waren die Aussagen in der Kategorie selbstreflexive Veränderungsabsicht. Äußerungen der selbstreflektierenden Veränderungsabsicht und häufigere Reflexion über die eigene Situation und Hemmnisse stellten eine höhere Motivation zu Verhaltensänderung dar. Bei der Gruppe **Pat.-/BP+** wurden Aussagen zur Hauptkategorie Hemmnisse am häufigsten gemacht. Bei den Gruppen **Pat+/BP-** und **Pat+/BP+** mit Patient\*innen hoher Motivationsstadien Mot. IV-VI, wurden von den Begleitpersonen nur wenige Aussagen zum Thema Hemmnisse getroffen.

Widerstand wurde bei **Pat.-/BP+** weniger in Form von Sustain Talk geäußert, als in der Erwartung, der Erfolg der Gewichtsreduktion stelle sich ein, wenn es bei dem Kind „Klick“ mache, womit vermutlich der Schritt von der motivationalen in die volitionale Phase gemeint war. Der Wunsch nach intrinsischer Motivation wurde als noch fehlende Verantwortungsübernahme der Begleitpersonen gedeutet, bei gleichzeitig fehlender Motivation ihrer Kinder. In dieser Gruppe wurde die Lust der Kinder, an Interventionen teilzunehmen, als Motivation bezeichnet, was zeigt, dass innerhalb der Familien vermutlich unterschiedliche Beweggründe vorherrschten und noch nicht an einem gemeinsamen Ziel gearbeitet wurde. Die Aussage: *„Sie hat auch die Motivation dazu, sagt sie mir zumindest, dass sie es ganz toll findet.“* deutet nicht auf intrinsische Motivation der Patientin hin, als welche die Begleitperson sie wahrnahm. Somit verdeutlichte diese unterschiedliche Definition des Motivationsbegriffs, warum die motivierten Begleitpersonen sich hilflos zeigten und nicht gemeinsam mit ihren Kindern an einer Verhaltensänderung arbeiten konnten.

In der Gruppe **Pat.+ /BP+**, mit Patient\*innen und Begleitpersonen im Mot. IV-VI, war die Verantwortungsübernahme am ausgeprägtesten, es fand also bereits zu t0 mobilisierender Change Talk statt und es zeigte sich bei diesen Begleitpersonen am wenigsten Ambivalenz. Sustain Talk kam in der Gruppe **Pat.+ /BP+** demnach am seltensten vor, im Vergleich zu den Gruppen mit Begleitpersonen im niedrigeren Motivationsstadium Mot. I-III, **Pat.-/BP-** und **Pat+ /BP-**. Über den Leidensdruck der Kinder wurde berichtet und damit eine höhere Motivation zur Verhaltensänderung assoziiert. Ob der Leidensdruck der Kinder dieser Gruppe tatsächlich am höchsten war, lässt sich nicht beurteilen, es legt jedoch die Vermutung nahe, dass diese Einschätzung ihrer Kinder aufgrund eines hohen Maßes an Empathie erfolgte. Mit Aussagen wie: *„Das kostet uns die Arbeit, nicht die Kinder!“* wurde das hohe Maß an Selbstreflexion und Handlungsbereitschaft in dieser Gruppe deutlich.

### Ziele

Die Ziele der Begleitpersonen der Gruppe **Pat.-/BP-** galten vornehmlich der Verhaltensprävention: Der Änderung des Ess- und Ernährungsverhaltens, auch des Bewegungsverhaltens allgemein. Dass von den Begleitpersonen der Gruppe **Pat+ /BP-** wenig Ziele im Vergleich zu den Motivierteren formuliert wurden, zeigt die geringe Auseinandersetzung mit ihrer Verantwortung und die Passivität bei der Behandlung der Adipositas ihres Kindes. Die Begleitpersonen aus dem Feld **Pat.-/BP+** formulierten ihre Ziele meistens indirekt, wie z. B. *dass mein Kind sich wieder wohler fühlt* oder *dass mein Kind wieder Freude an Bewegung hat*. Ihre Ziele werden sie nur erreichen, wenn ihr Kind sie erfüllt. In den Formulierungen fehlte häufig der Begriff der Unterstützung, was damit zusammenhängen kann, dass die Kinder noch keine Intention zeigten, die die Begleitpersonen hätten unterstützen können. Anders bei den Begleitpersonen im Feld **Pat.+ /BP+**, die eine Motivation ihrer Kinder wahrnahmen und daher Unterstützung und Hilfsangebote als häufiges Ziel

nannten. Die Verhältnisprävention, der Fokus auf die Unterstützung des Kindes und der Ergründung der Bedürfnisse des Kindes waren hier am ausgeprägtesten. Alle Begleitpersonen nannten das Ziel *abnehmen* oder *Gewichtsreduktion*.

### **Motivation zum Zeitpunkt t1**

Die Hälfte der Begleitpersonen befand sich zu Beginn der Rehabilitation, nach Einschätzung der Interviewerin, in der motivationalen Phase Mot. I-III. Die Motivation zum Zeitpunkt t1 wurde bei allen Begleitpersonen als volitional eingestuft (Mot. IV-VI). Der Kategorienbaum zu t0 und t1 unterscheidet sich dementsprechend stark. Die Interviews t1 waren geprägt durch mobilisierenden Change Talk sowie Confidence Talk. Das Angebot der Rehaklinik bei Adipositas wurde als verhaltenspräventive Maßnahme als positiv bewertet. Die Äußerungen der Begleitpersonen lassen darauf schließen, dass das Familien-Coaching eine verhältnispräventive Ergänzung darstellte, indem individuell auf die Bedürfnisse der Familie und auf das Umfeld zuhause bei der Umsetzung geachtet wurde. Das Coaching als zusätzliche Intervention in der Adipositas therapie war aus Sicht der Begleitpersonen akzeptiert und machbar und entsprach ihrem Wunsch nach mehr Terminen. Die Begleitpersonen konstatierten auffallend häufig, wie gut es war, mit ihren Kinder diese intensiven Gespräche während des Coachings führen zu können, was demnach im Alltag nicht in dieser Form stattzufinden schien. In der Formulierung des weiterhin geplanten Vorgehens wurde fast ausschließlich für die ganze Familie als „wir“ gesprochen. Im Gegensatz dazu dominierte in den Interviews t0 noch das „du“ und die Forderung nach eigenständiger Verhaltensänderung des Kindes, bei eigener fehlender Verantwortungsübernahme. Gleichzeitig mit der Ausprägung der Verantwortungsübernahme mehrten sich Verhaltensweisen der Begleitpersonen im Sinne eines autoritativen Erziehungsstils. Es wurden Regeln aufgestellt und gemeinsam Veränderungen geplant, bei klarer Rollenverteilung in der Eltern-Kind-Beziehung. Die wertschätzenden Rückmeldungen gegenüber dem Kind nahmen während der Coachingeinheiten zu und die Aussagen der Kinder wurden lösungsorientiert wahrgenommen und mit ihnen besprochen. So führten die Gespräche seltener zu Konflikten und es war eine gegenseitige positive Verstärkung zu beobachten.

Mit steigendem Motivationsstadium der Begleitpersonen in der Gruppe **Pat.-/BP-** stieg auch die Intensität der Handlungsplanung und in den meisten Fällen förderte dies die Motivation des Kindes. Golan et al. (1998) weisen ebenfalls darauf hin, wie sehr die Effektivität des Adipositas-Managements von den Eltern abhängt: mit deutlich weniger Schulungsaufwand der Eltern konnten gegenüber der ausgiebigen Schulung von sechs- bis 11-jährigen Kindern bessere Ergebnisse erzielt werden.

#### 4.1.2 Nebenfragestellung 1

Im Vergleich zur Hauptfragestellung wurde in Nebenfragestellung 1 analysiert, welche Motivationslage und Ziele die Patient\*innen zum Zeitpunkt t0 und welche Motivationslage zu t1 zeigten. Für die Einschätzung der Motivationslage t0 wurde für die Patient\*innen die Methode des Einzelgesprächs gewählt und der GLF-MoS sowie unterstützend der Kurzfragebogen MoReMo angewendet. Die Erfassung der Ziele und des Motivationsstadiums t1 erfolgte wie bei den Begleitpersonen mittels Moderationskarten bzw. Fokusgruppeninterviews.

##### **Motivationsstadium t0**

Bei einigen motivierten Patient\*innen (Mot. IV-VI) zeigte sich bereits bei der Einstiegsfrage Interesse und Eigeninitiative, da sie von sich aus den Wunsch nach Adipositas- oder Rehabilitation geäußert hatten. Patient\*innen, die in Mot. I-III eingestuft wurden, hatten angegeben, auf Initiative der Eltern oder Arzt/Ärztin zur Rehabilitation gefahren zu sein. Die für sie getroffene Entscheidung hinderte sie nicht immer daran, sehr zufrieden mit dem Aufenthalt zu sein. Manche Kinder äußerten hingegen deutlich ihr fehlendes Einverständnis und nahmen auch nur auf Wunsch der Begleitperson am Familien-Coaching teil. Hier zeigten sich Handlungen aufgrund externaler Regulation, wobei die Situation als erzwungen beschrieben wurde, die Patient\*innen sich dem Therapie- und Coachingprogramm aber nicht widersetzen.

Auffallend bei der Aufzählung von Gründen für eine Gewichtsreduktion war die häufigste Nennung von „wohlfühlen“ und „glücklich sein“ durch Patient\*innen der Gruppe **Pat.+ /BP+**. In allen Gruppen wurde Unsportlichkeit und fehlende Kondition am häufigsten als Grund genannt. Es ist zu vermuten, dass die Nennung gesundheitsbezogener Gründe ausschließlich in den Gruppen wenig motivierter Patient\*innen **Pat.- /BP-** und **Pat.- /BP+**, Gründe der Erziehungsberechtigten waren, die die Patient\*innen wiedergaben, denn detailliertere Beschreibungen (Gründe, Wünsche, Notwendigkeiten) diesbezüglich waren den Kindern nicht möglich.

Die Beantwortung der vorgegebenen Skalierungsfragen führte zwar nicht direkt zur Einschätzung des Motivationsstadiums, konnte aber durch MI vertieft werden und so das Vorhandensein von Absichtslosigkeit oder Ambivalenz aufzeigen. Als absichtslos wahrgenommene Patient\*innen, die sich mit ihrem Gewicht wohlfühlten und keine Mobbing-Erfahrungen hatten, waren vornehmlich 10-11 Jahre alt und in der Gruppe **Pat.- /BP+** anzutreffen, und gaben häufig hohe Werte auf einer Skala von 0-10 zu ihrer Veränderungsbereitschaft an, konnten dies aber nicht nachvollziehbar begründen. Sie gingen davon aus, eine Verhaltensänderung sei ohne Schwierigkeiten umsetzbar, sobald sie sich dafür entschieden hätten. Hierbei waren auch häufig Antworten aufgrund sozialer

Erwünschtheit zu vermuten (S. Schneider & Adornetto, 2019, S. 139). Ältere Patient\*innen mit Erfahrungen zu Mobbing und gescheiterten Diäten hingegen schätzten sie eher niedrig auf der Skala ein und waren deutlich weniger zuversichtlich. Diese Beobachtung legt nahe, dass eine realistische Einschätzung der Selbstwirksamkeit Erfahrung voraussetzt, die zu entsprechendem Thema zunächst gemacht werden muss. Gleichsam identifizierte Bandura (2004) eigene Erfolgserfahrungen als stärksten Einflussfaktor auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeitserwartung, gefolgt vom Modelllernen. Laut S. Schneider und Adornetto (2019, S. 140) kommt es bei der Beschreibung von Verhaltensweisen und der Einschätzung problematischer Situationen, die stark von der subjektiven Bewertung abhängen, häufig zu schlechteren Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern. Dies zeigte sich teilweise auch in den Gesprächen mit den Patient\*innen, im Vergleich zu den Fokusgruppeninterviews mit den Begleitpersonen und überwiegend in den Gruppen wenig motivierter Patient\*innen **Pat.-/BP-** und **Pat.-/BP+**. Das Gespräch erscheint für das gegenseitige Kennenlernen und den Vertrauensaufbau als geeignet und eröffnet den Patient\*innen die Möglichkeit, vor dem Familien-Coaching mit der Begleitperson für sich und über sich zu sprechen. Diese Themen unterliegen entweder der Schweigepflicht oder werden als Thema für ein Gespräch mit der Begleitperson vorbereitet, bei denen der Coach vermittelnd zur Seite steht.

### **Ziele**

Die Ziele wurden überwiegend sehr übereinstimmend mit denen der Begleitpersonen formuliert, teilweise im gleichen Wortlaut. Dies lässt einerseits auf ein hohes Maß an sozialer Erwünschtheit bei den Patient\*innen schließen, was bei den Begleitpersonen auch zu positiven Reaktionen führte und als Einvernehmlichkeit wahrgenommen wurde. Andererseits stellte sich die Frage, ob die Ziele, die die Patient\*innen aufschrieben, auch ihre eigenen waren, was eine Erklärung dafür sein könnte, warum die Kinder zu t1 zumeist in geringeren Motivationsstadien zu verorten waren. Diese Vermutung verstärkte sich im Verlauf des Coachings noch.

Das Ziel „*Freunde finden*“ drückte häufig die Unsicherheit in der neuen Situation aus und wurde in kurzer Zeit von allen Patient\*innen erreicht. Ziele zu den Themen Sport und Ernährung sowie der Begriff *Abnehmen* wurden von jedem Kind genannt. Die Zielnennung „gesünder ernähren“ ohne erläutern zu können, was das Kind darunter verstand, deutete auf soziale Erwünschtheit hin. Das Ziel einer besseren Eltern-Kind-Beziehung wurde vor allem von den wenig motivierten Patient\*innen **Pat.-/BP-** und **Pat.-/BP+** genannt und lässt auf Konflikte mit den Eltern bezüglich der eigenen Adipositas schließen.

### **Motivationsstadium t1**

Von den 31 Patient\*innen befanden sich 26 zu t1 im Motivationsstadium Mot. IV-VI, die möglichen Gründe der fünf Familien für das Verbleiben im Feld **Pat.-/BP+** wird im Rahmen der Nebenfragestellung 2 diskutiert. Es wurden sechs Fokusgruppeninterviews aufgezeichnet,

eine Gruppe wurde aufgrund der Gruppengröße und ihrer Gruppendynamik vorab aufgeteilt. Die Auswertung fand ebenfalls mittels induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015) in MAXQDA statt.

Auch die Patient\*innen nannten die Möglichkeit zur Besprechung heikler Themen als positiven Aspekt des Familien-Coachings und nahmen sich als gleichwertige Gesprächsteilnehmer\*innen wahr. Das Familien-Coaching hatte zu einer besseren Kommunikation innerhalb der Familie geführt, was sich an klareren Absprachen und weniger Streit festmachen ließ. Sie waren ermutigt, mit Unterstützung des Coach, ihrer Begleitperson wichtige Themen mitzuteilen. Die schriftlichen Vereinbarungen waren innerhalb der Familie gemeinsam besprochen und erstellt und wurde in der Form als Verbindlichkeit für alle Beteiligten akzeptiert. Die Selbsteinschätzung ihrer Zielerreichung orientierte sich stark an der Höhe der erreichten Gewichtsreduktion, was durch den Stolz der Begleitperson auf diese Leistung verstärkt worden sein kann. Es könnte auch auf die fehlende Identifikation mit den Zielen hinweisen, wenn es nicht ihre eigenen waren. Für einige Patient\*innen war die durch die Eltern in Aussicht gestellte materielle Belohnung eine große Motivation, worin sich wieder die externale Regulation zeigte. Insgesamt zeigte sich vermehrt eigenes Interesse und Engagement zur Handlungsdurchführung (identifizierte und integrierte Regulation).

Als Motivation, das Familien-Coaching zu absolvieren, wurde fast ausschließlich, aber nicht in der Gruppe **Pat+/BP-**, die Mutter genannt, was die fehlende Vorstellungskraft gegenüber einer solchen Intervention verdeutlicht sowie den extrinsischen Einfluss statt intrinsischer Motivation. Obwohl fortlaufend die Freiwilligkeit der Teilnahme betont wurde, fügten sich die Patient\*innen häufig dem Wunsch der Begleitperson und waren aufgrund dessen vielleicht auch weniger motiviert in der Mitarbeit.

Die Kategorie Handlungsplanung machte deutlich, dass die Kinder sich nicht allein in der Verantwortung zur Lebensstil-Änderung sahen. Die Zielvorhaben wurden in der Wir-Form formuliert, was ein weiterer Hinweis darauf sein kann, weshalb die Zielformulierung zum Zeitpunkt t0 nicht intrinsisch motiviert war. Die Erkenntnis der Begleitpersonen, gemeinsam an den Zielen zu arbeiten, könnte auch zur Auflösung der Konflikte beigetragen haben. Dass alle Familienmitglieder Aufgaben bei der Erreichung der formulierten Ziele übernehmen, war für die Patient\*innen ein wichtiger Aspekt. Auf die gleichgestellte Behandlung der Geschwister wurde viel Wert gelegt.

In der Bewältigungseinschätzung äußerten die Patient\*innen viel Zuversicht in Bezug auf die Zielerreichung, konnten dies aber kaum begründen. Die aktuelle Gewichtsreduktion veranlasste sie zu der Annahme, dass die Verhaltensänderung so weitergehen würde, in Alltagssituationen konnten sich die Patient\*innen wenig hineinversetzen. Wilkens (2017) verdeutlichte, dass Jugendliche mit einer höheren Motivation im Vergleich das beste

Barrieremanagement aufwiesen und Wertschätzung und Reflexion erreichter Erfolge konnte die Patient\*innen in ihrem Barrieremanagement zusätzlich stärken (Hagedorn, 2019; Wilkens, 2017). Beim Thema Ressourcen- und Barrieremanagement waren die jüngeren Patient\*innen weniger reflektiert und eher auf die Unterstützung und Führung durch die Begleitperson ausgerichtet. Die langfristige Aufrechterhaltung ist bei Kindern demnach noch maßgeblich von der Handlung der Begleitpersonen abhängig.

#### 4.1.3 Nebenfragestellung 2

Mit der Bearbeitung der Nebenfragestellung 2 wurde die Motivationsentwicklung der Familien während des Familien-Coachings dargestellt und untersucht, welche Ambivalenz-Faktoren bei der Entwicklung vorherrschend waren. Das Familien-Coaching erfolgte für jede teilnehmende Familie gemäß Coaching-Leitfaden in drei Sitzungen. Die Begleitpersonen wurden während des Coachings in die Zielformulierung und -umsetzung, die Übernahme von Verantwortung und zur Unterstützung des Kindes aktiv involviert. Es wurden die Ziele von Begleitperson und Patient\*in gleichermaßen abgefragt und bearbeitet, unabhängig vom direkten Bezug zur Adipositas.

##### **Ambivalenzfaktoren**

In der Auswertung der Coachingprotokolle bezüglich vorherrschender Ambivalenz-Faktoren im Coachingverlauf zeigte sich die von S. Schneider und Adornetto (2019, S. 140) beschriebene Diskrepanz in der Wahrnehmung und Beschreibung von Problemsituationen, die hier als **Dissonanz** bezeichnet wurden und jegliche Art von Konflikten zwischen Patient\*innen und Begleitpersonen umfassten. Die Begleitpersonen beschrieben häufiger Dissonanzen zu ihren Kindern, welche aus ihrer Sicht nicht in allen Fällen bis zum 3.Coaching gelöst werden konnten, die Patient\*innen befanden sich im 3.Coaching hingegen nicht mehr in vorherrschender Dissonanz. **Der vorbereitende Change Talk** war sowohl bei den Begleitpersonen als auch bei den Patient\*innen während des 1.Coachings am häufigsten ausgeprägt und sank bis zum 3.Coaching, gegenläufig zu **mobilisierendem Change Talk**, der kontinuierlich anstieg und am Ende bei zwei Drittel der Teilnehmenden vorherrschend war.

**Sustain Talk** war bei jeweils einem Viertel der Begleitpersonen und Patient\*innen im 1.Coaching überwiegend zu beobachten. Bei den Begleitpersonen sank der Ambivalenzfaktor Sustain Talk im Laufe des Familien-Coachings, fiel aber nicht auf null. Das bedeutet, dass auch im 3.Coaching bei wenigen Begleitpersonen Äußerungen, die gegen eine Veränderung argumentieren, vorherrschend waren. Dies bezog sich vor allem auf die Verantwortungsübernahme und Gründe, weshalb die Ziele zuhause nur eingeschränkt umsetzbar sein würden. Bei den Patient\*innen befanden sich im 2.Coaching deutlich mehr Kinder im Sustain Talk, was sich damit erklären lässt, dass das 2.Coaching inhaltlich von der SMARTen Zielformulierung (Drucker, 1977) geprägt war; die Patient\*innen mussten

gemeinsam mit ihren Begleitpersonen Zielsätze formulieren. Dabei fiel diese Aufgabe vor allem den Patient\*innen schwer, die keinen Change Talk bezüglich ihrer Ziele äußerten. Hier stellt sich wieder die Frage, ob die genannten Ziele wirklich ihre eigenen Ziele waren. Außerdem kam es im 2.Coaching häufiger zu Konflikten, wenn die geäußerte Handlungsplanung von der anderen Person infrage gestellt und als unrealistisch bewertet wurde. Hierbei ging es nicht nur um das Gespräch über mögliche Ziele, sondern um die verbindliche Umsetzung im Alltag. Diese Entwicklung zu mehr Sustain Talk deckt sich auch mit der teilweise geringeren Einschätzung von Motivation durch den Coach und die zum Teil schlechtere Bewertung durch die Patient\*innen in der 2.Stundenevaluation. Im 3.Coaching befanden sich weniger Patient\*innen vorherrschend im Sustain Talk, als in der 2.Coachingeinheit, allerdings mehr als zu Beginn. Dies lässt sich damit erklären, dass eine Auseinandersetzung mit Zielen und langfristig nötiger Verhaltensänderung erst im Rehabilitationsverlauf stattfand und sich diese Kinder im 3.Coaching erst in bewusster Ambivalenz befanden.

### **Beurteilung durch den Coach**

Die Beurteilung erfolgte am Ende jeder Coachingeinheit schriftlich und mündete in der Einschätzung des aktuellen Motivationsstadiums. Vorhandensein und Ausdruck von Ambivalenz und Motivation war aus Sicht des Coach mit der wahrgenommenen aktiven Beteiligung, Verantwortungsübernahme und der Fähigkeit Ziele zu benennen, zu bewerten. Auch hier zeigen sich unter dem Aspekt **Ziele benennen** bei den Patient\*innen im 3.Coaching die höchsten Ausprägungen, wenn auch nicht so prägnant wie bei den Begleitpersonen. Die **aktive Beteiligung** war im 2.Coaching auffallend häufig entweder gering oder eher hoch und im 3.Coaching insgesamt am höchsten. Dies kann unter anderem auch damit zusammenhängen, dass die Zielumsetzung im Alltag besprochen wurde und die Kinder sich häufig schon auf die Abreise und Zuhause freuten. Bezüglich der **Verantwortungsübernahme** ist ebenfalls eine Steigerung im Coachingverlauf zu erkennen, allerdings sind die Ergebnisse nicht so eindeutig, wie bei den Begleitpersonen. Dort ist eine klare Entwicklung im Coachingverlauf zu erkennen und keine Begleitperson wurde in einer der Kategorien im 3.Coaching als gering oder eher gering bewertet. Die Mitarbeit der Begleitpersonen war insgesamt konzentrierter und zielgerichteter als die der Patient\*innen.

### **Coaching-Themen**

Das Familien-Coaching erlaubte es, individuelle Themen in geschütztem Rahmen zu bearbeiten, die im Gruppenschulungssetting und/oder ohne das andere Familienmitglied nicht bearbeitet werden konnten. Das Thema, **Stress** mit Essen zu kompensieren, trat bei einigen Patient\*innen auf, unabhängig vom anfänglichen Motivationsstadium, indem Stress das Kontrollvermögen herabsetzte und es in einer Gegenregulation zu Essanfällen kam (Ellrott, 2018, S. 90). Die Beobachtung deckte sich mit einer Untersuchung von Lindel und Laessle

(2002), die nachweisen konnten, dass übergewichtige Kinder zwischen 9-13 Jahren in Stresssituation häufiger mit vermehrtem Essen reagierten, als normalgewichtige Kinder. Ein Anti-Stress-Training während der Rehabilitation kann dahingehend die Stressbewältigungskompetenz fördern (Stauber, Petermann, Korb, Bauer & Hampel, 2004). Die im Familien-Coaching erarbeiteten Stressbewältigungsstrategien konnten im Alltag ohne elterliche Kontrolle jedoch nicht eigenständig aufrechterhalten werden, wie die Rückmeldungen zum Zeitpunkt t2 ergaben.

Des Weiteren waren fehlende **Struktur und Regeln** ein Thema in der Planung von Verhaltensänderungen sowie Überforderung mit der Eigenverantwortung. Omer, Steinmetz, Carthy und Schlippe (2013) bezeichnen die Grundvoraussetzung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung und elterlichen Sorge als Verankerungsfunktion, bestehend aus elterlicher Präsenz, Fürsorge und Selbstkontrolle, Struktur und sozialer **Unterstützung**. Mit dem Familien-Coaching wurden die Faktoren Grenzen, Strukturen und Regeln unterstützt und die Begleitpersonen somit in ihrer Verankerungsfunktion gestärkt. Die Patient\*innen wünschten sich in den Coaching-Gesprächen von den Eltern häufig mehr Grenzen und forderten beispielsweise die Süßigkeitenrationierung ein, was für ein zu großes und frei verfügbares Speisenangebot durch die Erziehungsberechtigten sprach, dabei korreliert das Essen aus Langeweile oder die Auswahl hochkalorischer Snacks mit fehlender Aufsicht durch die Erziehungspersonen (Berge, Wall, Loth & Neumark-Sztainer, 2010). Die Verantwortung der Mahlzeitengestaltung war von den Eltern teilweise an ihre Kinder abgegeben worden, dabei hängt in der Altersgruppe der 9-13-jährigen die Gewichtssteigerung mit der Energiedichte der Nahrung zusammen und Mütter werden als wichtige Vorbilder in der Vermittlung des richtigen Ernährungsverhaltens betrachtet (Emmett & Jones, 2015).

Strukturen fehlten den Patient\*innen häufig durch unbetreute Zeiten nach der Schule oder am Wochenende, wenn die Eltern ihrer Arbeit nachgingen. Die Kinder aßen aus Langeweile und konnten sich nicht selbst zu anderen Tätigkeiten motivieren. Regeln forderten die Patient\*innen ebenfalls ein, vor allem für alle Familienmitglieder geltende Regeln. Fehlende Motivation ließ sich durch gemeinsame sportliche Aktivitäten besser aufheben, als wenn die Eltern nur mündlich dazu aufforderten. Die Reglementierung der Portionsgrößen wurde von den Patient\*innen besser akzeptiert, wenn sie nicht nur für sie galten, weil die Geschwister noch nicht übergewichtig waren. Gemeinsam besprochene Vereinbarungen zu Portionsgrößen und die Begrenzung durch die Eltern wurde beispielsweise von den Kindern akzeptiert, den Begleitpersonen war diese Kontrollfunktion zunächst befremdlich.

Auch beim Medienkonsum gab es insgesamt weniger Konflikte, wenn durch die Erziehungsberechtigten feste Zeiten vorgegeben waren und die Geräte vor allem mit Zeitschaltung automatisch gesperrt wurden.

Laut Kaminski, Valle, Filene und Boyle (2008) erfüllte das Familien-Coaching die Anforderungen kognitiv-behavioralen Elterntrainings; in ihrem Review haben sich für die Wirksamkeit als relevant erwiesen:

- Förderung einer positiven Eltern-Kind-Beziehung durch vermehrte positive Interaktionen zwischen Eltern und Kind
- Förderung der emotionalen Kommunikationsfähigkeiten der Eltern
- Förderung eines konsequenten und gemeinsamen Erziehungsverhaltens der Eltern
- Praktisches Üben von Fertigkeiten im Umgang mit dem Kind während des Elterntrainings

Als wichtigste Erkenntnis der Begleitpersonen kann hier ihre eigene Verantwortung genannt werden, derer sie sich während des Coachingprozesses bewusst wurden. Rubovits und Wolynn (1999) fanden diesbezüglich heraus, dass nur die Hälfte der von ihnen untersuchten Mütter, die Fähigkeiten ihrer Kinder bezüglich des eigenen Krankheitsverständnisses und der Behandlung sowie der Umsetzung von Präventionsvorgaben richtig einschätzten. Jeweils 25% über- oder unterschätzten den Reifegrad ihrer Kinder diesbezüglich. Zum Beispiel gehen ein Viertel der Mütter somit davon aus, dass ihr 10-jähriges Kind in der Lage ist, ein vorgeschriebenes Präventionsprogramm einzuhalten. Darin könnte die fehlende Verantwortungsübernahme begründet sein. Begleitpersonen in den Motivationsstadien IV-VI übernahmen hingegen Verantwortung und forcierten die Kommunikation zur Formulierung von einvernehmlichen Zielen. Mütterliche konstruktive Kommunikation geht mit niedrigeren Ausprägungen negativen Erziehungsverhaltens einher (Scheuring & Schulz, 2023) und könnte somit einen Grund für die Entwicklung der Kinder zu höherer Kooperationsbereitschaft darstellen, die im Laufe des Coachings zu beobachten war.

### **Motivationale Entwicklung innerhalb des vier-Felder-Schemas**

Bis auf fünf Familien entwickelten sich alle hin zu dem Feld **Pat.+BP+**. Die Familien des Typs **Pat.-BP-** zeichneten sich durch große Unsicherheit und fehlendes Durchsetzungsvermögen der Begleitpersonen aus, wie in der Beschreibung des Prototyps 2022 deutlich wurde. Die Patient\*innen waren grundsätzlich bereit zu einer Verhaltensänderung, waren aber weder intrinsisch noch extrinsisch ausreichend motiviert. Durch die Klärung der Verantwortlichkeiten, hin zu mehr Verantwortungsübernahme beiderseits und einer gemeinsamen Zielformulierung konnten diese Familien sich orientieren und ausprobieren.

In den Familien des Typs **Pat+/BP-** waren die Begleitpersonen ausgeprägter in ihrem Sustain Talk, die Patient\*innen in mobilisierendem Change Talk. In dieser Gruppe kam es vor allem durch motiviertes, forderndes Verhalten der Kinder, die aber noch nicht vollkommen eigenverantwortlich handelten, zu Eltern-Kind-Konflikten. Durch die Klärung der Verantwortlichkeiten, hin zu klarer Aufteilung der Verantwortung und Aufgaben, und

verbindlichen Vereinbarungen, konnten die Familien gemeinsam und ohne Streit die Verhaltensänderung umsetzen und die Begleitpersonen die Kinder besser unterstützen.

Den Familien vom Typ **Pat.-/BP+** fehlte es eindeutig an der konsequenten Positionierung der Begleitpersonen und Wahrnehmung ihrer Verantwortung, anstatt auf besagtes Klick bei ihren Kindern zu warten. Mit flexibler Kontrolle, verbindlichen Vereinbarungen auf Initiative der Begleitperson hin und einer konsequenten Erziehungspraxis erfolgte die gewünschte Verhaltensänderung. Diese wiederum führte zu einem Erfolgserlebnis bei den Kindern und dem gewünschten Handlungserleben bei den Begleitpersonen, was ihre Einstellung gegenüber ihren Kindern verbesserte.

In der Gruppe motivierter Familien **Pat.+ /BP+** wurden vor allem mobilisierender Change Talk und Confidence Talk gefördert. Die Familien formulierten eigenständig verstärkt Zielvereinbarungen und die Handlung zwischen den Coachings erlaubte schon früh die Thematisierung von Ressourcen- und Barrieremanagement im Hinblick auf die Aufrechterhaltung.

**Typencharakterisierung und Unterstützungsbedarf für die motivationale Entwicklung**

Im Folgenden werden die Typen in ihrem vier-Felder-Schema zusammenfassend charakterisiert, basierend auf den Grundlagen von Hapa (Schwarzer, 2008) und MI (Miller & Rollnick, 2015) sowie den Beobachtungen während der Datenerhebung und -auswertung. Die Typencharakterisierung spiegelt das Verhalten und die Bedürfnisse der Familien in ihrem jeweiligen Stadium wider. Aus diesen Ergebnissen werden im Kapitel Handlungsempfehlungen entsprechende Bedarfe abgeleitet werden, die die Entwicklung in eine volitionale Phase (Mot. IV-VI) praktisch unterstützen.

*Tabelle 44: Typencharakterisierung ReCoVer.*

t0	Pat. -	Pat. +
BP -	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung sind gering oder fehlen bei allen Beteiligten.</li> <li>• Verantwortungsübernahme der BP ist gering oder fehlt</li> <li>• Unsicherheit, Sustain Talk oder Discord Talk sind bei allen Beteiligten ausgeprägt, mobilisierender Change Talk fehlt. Überwiegend Vorbereitender Change Talk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pat. befindet sich in Handlungsplanung oder Handlung, situative Ressourcen werden genutzt, Zielsetzung wird genannt sowie mobilisierender Change Talk.</li> <li>• Zielsetzung, Planung oder Handlung von BP fehlt, kein Unterstützungs handeln. Vertrauen in das Kind und/oder das Gelingen ist gering (Sustain Talk).</li> <li>• Beschreibung von Eltern-Kind-Konflikten und geringe oder fehlende Verantwortungsübernahme.</li> </ul>
BP +	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung sind gering oder fehlen bei Pat. Vorbereitender Change Talk überwiegt.</li> <li>• Pat.: Dissonanz zu BP wird ahrgenommen, mit Wunsch der Behebung verbunden</li> <li>• Ausgeprägter Wunsch der BP nach Initiative der Pat. und Beschreibung von Hilfebedarf.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Planung, konkrete Handlungen oder Beschreibung von erfolgter Beibehaltung/ Aufrechterhaltung. Einvernehmliche Zielorientierung</li> <li>• Beiderseitig mobilisierender Change Talk und wertschätzendes Feedback</li> <li>• Klare Verantwortungsübernahme der Erziehungsperson und autoritatives Handeln</li> <li>• Auseinandersetzung mit Ressource- und Barrieremanagement, ggf. Erfahrung mit und Erfolg nach Rückfällen</li> </ul>

### **Einzelfallanalyse**

Trotzdem verblieben fünf Familien in der Gruppe. Diese lassen sich nach dem Merkmal der Absichtslosigkeit einteilen.

Die Patient\*innen 2114, 2123 und 2127 waren im Gespräch freundlich und interessiert, aber hatten nicht die Absicht, ihr Gewicht zu reduzieren. 2114 nahm nur auf Wunsch der Familie an der Rehabilitation teil und wollte abnehmen, weil ihre Mutter es sich so sehr wünschte. 2123 wollte einerseits gern Gewicht verlieren, andererseits keinerlei Verantwortung tragen müssen und nichts tun, was keinen Spaß macht. 2127 wurde zum Zeitpunkt t0 in Mot. IV eingestuft, was sich auf Grund von mobilisierendem Change Talk und wenig Sustain Talk ergab, aber im Nachhinein als falsche Einschätzung herausstellte. Es gab keine intrinsische Absicht zur Verhaltensänderung. Diesen Kindern fehlten die Gründe und Notwendigkeiten zu einer Verhaltensänderung, auch wenn eventuell der Wunsch dazu vorhanden war und Fähigkeiten vorgelegen haben könnten. Die Absichtslosigkeit wurde bei 2114 offen kommuniziert, bei 2123 wurde es früh deutlich, bei 2127 kam es bei dem Coach erst nach weiteren Gesprächen zu der Erkenntnis. Es gilt zu bedenken, dass die Kinder augenscheinlich mit der Meinung der Begleitperson übereinstimmen und sozial erwünscht handeln, die Absichtslosigkeit ist nicht in jedem Fall sofort erkennbar. Bei einem Verdacht kann mit den Schlüsselfragen in Kasten 11 die Vermutung bestätigt oder verworfen werden.

Kasten 12: Schlüsselfragen zur Erforschung von Absichtslosigkeit (mod. nach Miller & Rollnick, 2015).

1. Hat das Kind von sich aus den Wunsch, etwas zu verändern?
2. Kann es den Wunsch begründen?
3. Fühlt sich das Kind unwohl und sieht eine begründete Notwendigkeit zu einer Veränderung?
4. Welche Fähigkeiten hat das Kind, die Veränderung herbeizuführen?
5. Was sind die Stärken des Kindes, was kann es eigenständig?

Die Begleitpersonen zeigten zu Beginn große Bemühungen, Verständnis bei ihren Kindern für das Vorhaben zu evozieren, denn durch ihre Aufgewecktheit wirkten die Kinder auf sie motiviert. Nachdem die Begleitpersonen realisierten, dass die Kinder amotiviert oder external reguliert, aber keineswegs intrinsisch motiviert waren, zeigten die Begleitpersonen in der Erziehungspraxis ein zielsicheres Vorgehen, gaben Regeln vor und zeigten konsequentes Erziehungsverhalten. So erlebten die Begleitpersonen für sich einen Erfolg und setzten sich mit ihrer Rolle und ihren Aufgaben als Erziehungsperson auseinander. So gelangten die Begleitpersonen 2214, 2223 und 2227 in die volitionale Phase und in die Handlungsplanung,

die Verhaltensänderung mittels Regelwerk und Kontrolle fortzuführen und die Verantwortung dafür zu tragen.

Die Patient\*innen folgten den Vorgaben der Begleitpersonen bereitwillig, wenn es ihren Bedürfnissen nach Lustbefriedigung und Belohnungen entsprach. Für diese Kinder ist eine Verhaltensprävention im Rahmen einer Adipositas-Kinderschulung vermutlich interessant, weil es Spaß macht, würde aber keine nachhaltigen Veränderungen bringen. Diese Kinder benötigen scheinbar die Begleitung souveräner Erziehungsberechtigter mit autoritativem Erziehungsstil. Zusammenfassend betrachtet handelte es sich hierbei um Kinder mit Adipositas, die noch keine Einschränkung durch ihre Erkrankung erlebt hatten, ihren Körper noch nicht selbstkritisch sahen und keine Mobbing-Erfahrungen hatten. Langfristig drohende Folgen können sie noch nicht erfassen (Ellrott, 2018, S. 84), somit ist ihre Absichtslosigkeit nachvollziehbar.

Die Kinder 2118 und 2124 waren bewusst absichtslos und äußerten neben Sustain Talk auch viel Discord Talk. Sie provozierten mit ihren Aussagen, nicht freiwillig teilzunehmen, gezwungen worden zu sein und prognostizierten, nicht mitzumachen. Diese Konfrontation führte bei den Begleitpersonen zu Schuldgefühlen und Hilflosigkeit. Äußerungen der Absichtslosigkeit mussten bei diesen Kindern nicht erfragt werden, sie war offensichtlich. Da die Kinder damit in einen offenen Konflikt gingen, trotzdem an allen Terminen, unter lautem Protest, teilnahmen, lagen unbefriedigte Bedürfnisse nahe. Die Gegenwehr wurde plakativ geäußert, trotzdem wurde die Nähe zur Begleitperson gesucht und beibehalten. 2218 und 2224 konnten ausführlich über negative Erlebnisse ihrer Kinder im Kontext Schule und soziales Umfeld berichten, was eher das Bild der Überforderung zeichnete. Mit den offenen Fragen in Kasten 12 wurde die Begleitpersonen sich über Bedürfnisse und Bedarfe ihrer Kinder bewusst und erhielten so das Selbstbewusstsein, aktiv und konsequent zu handeln. Auch diese Begleitpersonen zeigten vermehrt einen autoritativen Erziehungsstil in der Erziehungspraxis. 2224 resümierte im Telefonat: *„Die Bedürfnisse meines Kindes zu erkennen, war der Schlüssel.“* Die Überforderung und Unsicherheit der Kinder wurde durch die partnerschaftliche und konsequente Haltung der Begleitpersonen aufgefangen.

*Kasten 13: Offene Fragen zur Klärung von Bedürfnissen und Bedarfen.*

1. Durch welches Verhalten oder in welcher Lebenssituation hat das Kind zugenommen?
2. Was fehlte in der Zeit (Verlust) oder welche Erfahrungen hat das Kind gemacht?
3. Wie würden sie das Bedürfnis ihres Kindes beschreiben?
4. Welchen Bedarf hat ihr Kind – was ist ihr Auftrag?

## 4.2 Methodendiskussion

Im folgenden Abschnitt werden die verwendeten Methoden diskutiert, auch hinsichtlich der Einschränkungen der Ergebnisinterpretation. Eine kritische Reflexion der qualitativen und quantitativen Methoden erfolgt in Bezug auf das Studiendesign, die Durchführung, die Datenerhebung und die Datenauswertung. Anschließend wird die Durchführbarkeit und Anwendbarkeit der gewählten Auswertungsmethoden diskutiert.

**Das Studiendesign** konnte bezüglich der Studienpopulation nicht wie geplant durchgeführt werden. Die Auswahlpopulation umfasste einerseits mehr Kinder in der Altersstufe 10-13 Jahre, als Jugendliche. Die begleiteten Patient\*innen mit einem Alter unter 10 Jahren waren ebenso häufig vertreten, was unter anderem dazu führte, dass die geplante Gesamtfallzahl innerhalb des Erhebungszeitraumes nicht erreicht werden konnte. Andererseits wurde einer Teilnahme überwiegend auf Initiative der Begleitpersonen zugestimmt, wodurch jüngere Kinder auf ausdrücklichen Wunsch der Begleitpersonen häufiger zustimmten und die Anzahl teilnehmender Jugendlicher geringer ausfiel. Diese ließen sich von den Begleitpersonen nicht umstimmen und lehnten zusätzliche Termine ab.

Die Begleitpersonen (N=31) setzten sich zusammen aus 26 Müttern, 4 Vätern und einer Großmutter. Geschlecht und Familienstand der Begleitperson waren keine Ausschlusskriterien, weshalb auf Grund dessen niemand aus der Stichprobe entfernt wurde. Die Väter waren zu t0 gleichverteilt gering und hoch motiviert. Sie unterschieden sich zwar, gegenüber den Frauen, im Umgang mit den Kindern, für eine gesonderte Untersuchung war die Stichprobe (n=4) allerdings zu gering. Alle Begleitpersonen erreichten ein hohes Motivationsstadium und es gab keine Kriterien, die eine ausschließliche Auswertung der Mutter als Begleitperson begründet hätte.

Die Datenerhebung konnte wie geplant erfolgen, wenn auch bei einer ausschließlichen Teilnahme von Kindern in einer Altersgruppe die freien Zeitfenster für das Familien-Coaching im Therapieplan gering und zeitgleich vorlagen. Die Anwesenheit jüngerer Begleitkinder, die während des Familien-Coachings betreut werden mussten, grenzten die freien Zeitfenster zusätzlich ein. Aufgrund der Vorgaben des Datenschutzkonzeptes konnten die Patient\*innen nur in einer der zwei geplanten Rehabilitationskliniken rekrutiert werden, was die Anzahl der Teilnehmenden außerdem verringerte.

#### 4.2.1 Erhebungsmethoden

**Einzelinterview:** Die Kurzfassung des **GLF-MoS**, kombiniert mit dem **Kurzfragebogen MoReMo** wurde mit den Patient\*innen zum Zeitpunkt t0 in Einzelgesprächen durchgeführt. Anhand der Auswertungsmatrix war eine Bewertung nach Punkteskala und Einteilung in Motivationsstadien vorgesehen, ergänzt um die subjektive Einschätzung der Therapeut\*innen. Der GLF-MoS eignete sich dafür, mit den Patient\*innen in ein Gespräch zu kommen, gut. Die Kinder lernten den Coach vorab kennen und konnten heikle Familienthemen ohne die Anwesenheit von Erziehungsberechtigten ansprechen und Vertrauen zum Coach aufbauen. Das Ausfüllen des Kurzfragebogens vereinfachte als „handelnde Äußerungsmöglichkeit“ (Heinzel, 2003, S. 401) für die Kinder noch zusätzlich die Gesprächsführung.

Neben offenen Fragen des GLF-MoS wurde das Gespräch gelenkt durch Skalierungsfragen. Die Selbsteinschätzung bei den vorgegebenen Skalen deckte sich dabei nicht verlässlich mit den mündlichen Aussagen, die für die Einteilung in die Motivationsstadien beobachtet wurden. Das Motivationsstadium wäre anhand der erreichten Punkte häufig höher eingestuft worden, da die Patient\*innen sich häufig zuversichtlich gaben, vor allem in Zusammenhang mit fehlender negativer Erfahrung in Bezug auf das eigene Übergewicht. Die Gesprächsführung mit MI zeigte fehlende Hintergründe zu den getroffenen Aussagen. Die augenscheinlich hohe Motivation konnte häufig nicht begründet werden, weshalb unklar blieb, ob es sich um eigene Motivation oder Aussagen sozialer Erwünschtheit handelte. Der Plan der Möglichkeiten war ebenfalls ein gutes Instrument, um mit jüngeren Patient\*innen ein Gespräch zu führen und die vorgegebenen Ideen vereinfachten es den Patient\*innen, über ihre Gedanken zur Verhaltensänderung zu sprechen.

Die Bewertung der Aussagen nach einem Punktesystem führte aus mehreren Gründen nicht zu vergleichbaren Ergebnissen. Zum einen hatten nicht jedes Kind alle Themenfelder zu bearbeiten, da sie sich beispielsweise von sich aus nicht mit Handy, Fernsehen und Computer befassten oder dies durch die Eltern streng reglementiert war. In der Auswertungsmatrix gab es dann nur die Option „das mache ich schon seit längerem“ und wurde mit 10 Punkten honoriert, auch wenn es keiner selbstwirksamen Handlung zugrunde lag. Zum anderen implizierte das Punktesystem, dass ein Kind als motivierter beurteilt wurde, wenn es an vielen der genannten Themen auch arbeiten wollte. Im Coaching wurde wiederum propagiert, wenige klare Ziele zu setzen und in kleinen Schritten vorzugehen.

**Motivationsstadien I-VI:** Die hohe Diskrepanz zwischen Skalenbewertung und mündlicher Aussagen im Erstgespräch mit den Patient\*innen führte zur Entwicklung einer Bewertungsskala der Motivationsstadien I-VI, mit dessen Hilfe die Beurteilung der Interviewer\*innen standardisiert erfolgen konnte und die die Auswertungsmatrix ergänzt. Die im TTM beschriebene sechste Phase (Prochaska et al., 1992) war bei den Patient\*innen nicht

zu beobachten und wurde auch in dem Zeitraum von vier Wochen nicht erreicht. Dementsprechend wurde die Bewertungsskala an das Therapiestadium angepasst und enthält nicht die Phase der Stabilisierung. Aufrechterhaltung war nur in wenigen Fällen zu beobachten, zumeist befanden sich die Familien noch in einem früheren Stadium. Insgesamt wurde dieses Instrument zu fünf Messzeitpunkten verwendet, um das Motivationsstadium von Patient\*innen und Begleitpersonen zu ermitteln. Die entwickelte Skala zur Einteilung in Motivationsstadien objektiviert die Verhaltensbeobachtung und war für den Einsatz bei den Patient\*innen konzipiert, konnte letztendlich aber auch für die Begleitpersonen und zu verschiedenen Messzeitpunkten verwendet werden. Sie stellt eine einfache Methode zur Einschätzung des Motivationsstadiums dar, vorausgesetzt es liegen fundierte Kenntnisse zu MI vor.

Die Unterteilung der Bewertungsskala umfasst beschreibbare Verhaltensweisen wie „interessiert“ oder „neugierig“ und nonverbale Signale sowie Aussagen-Beispiele, die auf Motivation oder Ambivalenz/ Widerstand hinwiesen. Verantwortungsübernahme als relevanter Bestandteil eines hohen Motivationsstadiums der Begleitpersonen wurde zum Zeitpunkt der Instrumentenentwicklung noch nicht berücksichtigt, wäre aber als wichtiger Parameter zu ergänzen. Die Erkenntnis der Verantwortungsübernahme als Dreh- und Angelpunkt für den Einfluss auf die Verhaltensänderung des Kindes kann den Übergang von der motivationalen in die volitionale Phase bedeuten. Als motivierend für die Begleitperson zeigte sich die autoritative Durchsetzung von Regeln und erkennbare Gewichtsreduktion bei ihren Kindern.

Die **Fokusgruppeninterviews** wurden zu Beginn und am Ende der Rehabilitation durchgeführt. Da bei der Datenerfassung kein Sampling vorgenommen wurde, ist von einer einseitigen Präsenz bestimmter Personen in den Fokusgruppen nicht auszugehen. Die Gruppendynamik während des Rehabilitationszeitraumes führte wiederum zu teils angeglichenen Meinungen zum Zeitpunkt t1 und die Interviewsituation spiegelte die Gruppendynamik wider. Dabei half der **Interviewleitfaden**, die Gesprächsmuster in der Gruppe gegebenenfalls zu unterbrechen und den Verlauf zu strukturieren. Da die Transkription schon eine Form der Interpretation darstellt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 204) und auch bei einheitlichen Transkriptionsregeln der individuellen Auswertung unterliegt, war es von Vorteil, dass die Autorin alle Transkriptionen selbst vornahm. Dass die Interviews alle von der Person durchgeführt wurden, die auch das Coaching anbot, ist kritisch zu betrachten. Einerseits sank die Bereitschaft, im Coaching Gesagtes im Interview der gleichen Person gegenüber zu wiederholen, andererseits bleibt fraglich, ob die Beurteilung der Intervention bei einem Interview mit fremder fragender Person kritischer ausgefallen wäre. Durch das Datenschutzkonzept wurde der Austausch und die Mitarbeit anderer Klinikmitarbeitender an dem Projekt aber untersagt.

Ein **Coaching** als individuelle Unterstützung wurde bereits vielfach als Ergänzung zu einem Gruppentraining untersucht. So zeigten auch die Ergebnisse von Heimendinger et al. (2007), dass das Coaching in Verbindung mit Familienaktivitäten den Prozess der Veränderung für die Familien erleichterte und sehen die Coaching-Methodik als geeignet in der partizipativen Forschung. Zugleich ist zu bedenken, dass ein Coaching ein an sich freiwilliger, von einem Coach begleiteter Prozess ist und die Teilnahme nicht wie eine verpflichtende Schulung eingefordert werden sollte. Der Coach sollte die MI-Methode grundlegend beherrschen und Coaching-Methoden sicher anwenden können. Des Weiteren benötigt der Coach Kenntnisse aus der Adipositas therapie und den parallel angebotenen Schulungsprogrammen, um fachlich folgen und Schulungsinhalte aufgreifen zu können. Der Zugriff auf die Patient\*innenakte würde den Einstieg in die Anamnese der Familie vereinfachen und den Einstiegsprozess straffen. Der Coachingprozess innerhalb einer Familie kann nur von einer Person begleitet werden. Sollte die Begleitung auch über den Rehabilitationszeitraum hinweg angeboten werden, ist eine Zuständigkeit des Coach dafür zu empfehlen.

Der **Coaching-Leitfaden** erwies sich als gut durchführbar. Die verwendeten Methoden in der gewählten Reihenfolge entsprachen dem MI-Prozess:

- Beziehung aufbauen → GLF-MoS und Kurzfragebogen MoReMo
- Anliegen klären → Ziele und Aspekte auf Moderationskarten schreiben
- Motivation hervorlocken → SMARTes Ziel formulieren
- Veränderung planen → Unterstützerkreis, Fallen im Alltag

Ergänzend wurde zu geeignetem Zeitpunkt die Verteilung der Verantwortung mittels Skala thematisiert und somit auf die Themen bezüglich Regeln, Strukturen und Unterstützung reagiert. Für die Umsetzung der Methode SMART bewährte sich der Einsatz von visualisierendem Material, das die Abkürzung erläuterte sowie große farbige Karten, auf die die Zielsätze geschrieben werden konnten. Als wenig geeignet stellte sich in der Erprobungsphase die Methode des inneren Teams heraus, welche für Kinder dieser Altersgruppe wenig nachvollziehbar war. Für das Thema Stressbewältigung kam keine geeignete standardisierte Methode in Betracht, die in der Kürze der Zeit hätte angewendet werden können.

Das Coaching in dieser konzipierten Familienkonstellation war durchführbar. Die Kinder sind in dieser Altersstufe oder aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten nicht immer über einen Zeitraum von 60 Minuten konzentriert. Hier sollte individuell der Zeitraum auf 45 Minuten verkürzt oder Pausen eingebaut werden. In der volitionalen Phase befindliche Familien benötigen unter Umständen keine Gespräche von 60 Minuten, optional auch nur zwei Termine. Unerlässlich war die schriftliche Fixierung der Ergebnisse, wie es im Coaching-Leitfaden vorgesehen ist. Die Material- und Farbauswahl erhöhte die Akzeptanz der Patient\*innen und

das Material wurde für die Implementierung der Ergebnisse in den Alltag von den Familien mitgenommen. Es ist demnach zu empfehlen, Ergebnisse, Vereinbarungen und Zusammenfassungen in Kurzform schriftlich festzuhalten um die Nachhaltigkeit der Bearbeitung sicherzustellen.

Vereinzelte Sitzungen wurden ausschließlich als qualitätssichernde Maßnahme und zu Zwecken einer Supervision aufgezeichnet. Eine Transkription und systematische Auswertung aller Coachingeinheiten wäre vom zeitlichen Umfang her nicht umsetzbar gewesen, außerdem war die Bereitschaft zur Video- oder Audioaufnahme der Familien-Coachings seitens der Patient\*innen gering.

Die **Coachingprotokolle** unterlagen verschiedenen möglichen Fehlerquellen: Beobachtungsfehlern, wie Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Deutungsfehlern (Döring & Bortz, 2016a, S. 330). Die Dokumentation im Anschluss an die Beobachtung erhöhte die Gefahr mangelnder Erinnerung, andererseits wurden die zu erhebenden Daten zum Teil im Material schriftlich festgehalten und die Beobachtungseinheiten wie Change Talk oder Widerstand waren auch zentraler Gegenstand für die anschließende Bewertung des Motivationsstadiums. Die Entwicklung einer Vorlage des Coachingprotokolls in tabellarischer Form vereinfachte die Dokumentation im Anschluss an das Coaching.

**MI** ist geeignet für die Verbesserung des Selbstmanagements von Patient\*innen (Rau & Petermann, 2008) und war außerdem für die Unterstützung konstruktiver Kommunikation im Familien-Coaching anwendbar. Die familienorientierte Gesprächsführung trug zu einem gelungenen Beziehungsaufbau bei (Härter & Dirmaier, 2022, S. 659). In einer Studie von Soderlund, Nordqvist, Angbratt und Nilsen (2009) wurde MI in Gesprächen mit Eltern und ihren Kindern bei vorliegendem Übergewicht oder Adipositas angewendet und ebenfalls konstatiert, dass MI für diese Gespräche geeignet ist. Die Gesprächsführung war leichter, je motivierter die Eltern waren und die Diagnose ernstnahmen. Auch Stormshak, DeGarmo, Garbacz, McIntyre und Caruthers (2020) zeigten auf, dass MI die Erziehungskompetenz der Eltern fördert und sie motiviert, ihre Kinder in schwierigen Situationen, wie dem Übergang vom Kindergarten in die Schule, zu unterstützen.

Die Kernkompetenzen von MI, offene Fragen stellen, würdigen, reflektieren, zusammenfassen und Rat anbieten (Miller & Rollnick, 2015, S. 56), konnten im Familien-Coaching gut angewendet werden. Augenscheinlich führte MI bei den Kindern nicht zu dem gleichen Erfolg wie bei ihren Begleitpersonen, dies kann einerseits in Unterschieden bezüglich intellektueller Fähigkeiten, Reflexionsfähigkeit oder fehlender Erfahrung liegen. Andererseits bleibt auch hier die Frage, ob es sich um intrinsisch motivierte Ziele der Kinder handelte, die bearbeitet wurden und wie hoch der Grad von Angepasstheit und sozialer Erwünschtheit vorlag. Die Teilnehmenden hatten in jedem Coaching die Möglichkeit, ihre Zielkarten zu verändern oder

zu ergänzen, wovon aber nicht Gebrauch gemacht wurde. Ergänzungen und Ausführungen wurden in Absprache gegebenenfalls vom Coach vorgenommen. Des Weiteren bleibt fraglich, ob Kinder in dieser Entwicklungsstufe, wie Erwachsene, ihre Handlung planen können.

**Stundenevaluationen:** Die Evaluation der Coachingeinheiten war für die Patient\*innen zum Teil schwer verständlich, bei einigen zeigte sich auch hier das Maß sozialer Erwünschtheit, wenn sie von der Begleitperson Lob für eine gute Bewertung erhielten. Das Ausfüllen der Evaluation durch ihre Kinder unkommentiert zu lassen, fiel einigen Begleitpersonen schwer. Der Beurteilungsbogen Coach war neben der Bewertungsvorgabe eine gute Reflexionshilfe für das Coaching und als Teil eines Coachingprotokolls zu betrachten. Somit wäre er im Klinikalltag als Instrument zur Verlaufsdokumentation geeignet.

### **Fragebogen**

In diesem Promotionsvorhaben kam nur der SDQ-Deu im Fragebogen t0 und t1 der Begleitpersonen zur Auswertung. Der Rücklauf der Fragebogen t2 war mit 61,3% hoch im Vergleich zu vorangegangenen Projekten, aber für ein aussagekräftiges Ergebnis zu gering. Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas waren laut Ergebnissen der KIGGS-Studie in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, weitgehend unabhängig vom Sozialstatus und der Schulbildung, beeinträchtigt (Krause, Ellert, Kroll & Lampert, 2014). Daher wurden in der vorliegenden Untersuchung diese Variablen nicht näher mit einbezogen. Auf Grund geringer Zeitfenster und fehlender Unterstützung bei der Beaufsichtigung, wurden die Fragebogen zeitgleich und in einem Raum von den Patient\*innen und Begleitpersonen ausgefüllt. Dies stellte sich für die eigenständige Bearbeitung als weniger geeignet heraus, da die Begleitpersonen zu schneller Hilfestellung neigten. Eine räumliche Trennung und umfassendere Hilfestellungen bei Lese- und Rechtschreibschwäche wären von Vorteil gewesen.

### **Telefonate**

Die ursprünglich zur Erinnerung an die Rücksendung der Fragebogen t2 erlaubten Telefonate, entwickelten sich im Laufe des Forschungsvorhabens zu Nachsorgegesprächen: Die Begleitpersonen verstanden diese Option als Angebot, sich sechs Wochen nach der Rehabilitation über den weiteren Verlauf auszutauschen und zeigten hohe Motivation zur Teilnahme (N=29). Dies spricht für einen guten Beziehungsaufbau zu dem Coach während der Rehabilitation und anhaltender Motivation, Verantwortung für die nachhaltige Verhaltensmodifikation zuhause zu tragen. Ein Kontaktangebot als Leistung stationärer Rehabilitation scheint erwünscht und vorteilhaft für die Implementierung der erreichten Veränderungen in den Alltag. Durch die fehlende Konzeption der Telefonate als Instrument zu Datenerhebung lag keine schriftliche Genehmigung zur Aufnahme der Gespräche vor; die Gespräche wurden sowohl wörtlich, als auch sinngemäß mitgeschrieben.

#### 4.2.2 Auswertungsmethoden

Die Methoden der **qualitativen Inhaltsanalyse** nach Mayring (2015) waren geeignet für eine systematische Vorgehensweise, die Regelgeleitetheit gewährleistete ein strukturiertes Arbeiten am Material. Die Kategoriensysteme wurden sowohl mittels induktiver Kategorienbildung, als auch theoriebasierter, deduktiver Kategorienanwendung entwickelt. Diese Methodenauswahl erlaubte eine vielschichtige Sicht auf die Daten und den Bezug zu den Kategorien angewandter Verhaltensmodelle. Die Auswertung mit **MAXQDA 20** ermöglichte ein strukturiertes Vorgehen und eine übersichtliche Darstellung der umfassenden qualitativen Ergebnisse.

Mit der **typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse** nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022) wurde die systematische Entwicklung eines vier-Felder-Schemas erreicht sowie die Typisierung der Begleitpersonen und Patient\*innen als Familie. Diese Verallgemeinerungsstrategie zur Mustererkennung war in der Bearbeitung des Datenmaterials zielführend und eine gute Ergänzung zu den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse. Für eine praxisbezogene Herangehensweise und Ableitung von Hinweisen zur Umsetzung der Intervention in den Klinikalltag war diese Methode überaus geeignet.

Zur Erfüllung der **Qualitätskriterien** erfolgte eine ausführliche Verfahrensdokumentation. Der ausgebliebene fachliche Austausch in den Fachkliniken wurde durch Promotionskolloquien der Europa-Universität Flensburg weitgehend kompensiert. Diese gewährleisteten eine Überprüfung der Datenauswertung und Ergebnisse auf Objektivität.

Die komplementäre Auswertung qualitativ und quantitativ erhobener Daten unterstützte ebenfalls eine objektive Betrachtung der Ergebnisse und kann somit als zielführend betrachtet werden. Inwieweit sich die Aussagen der Patient\*innen an den Normen und Wertevorstellungen ihrer Begleitpersonen orientierten und ihr Verhalten das der Begleitpersonen spiegelte, bleibt ungewiss.

#### Limitationen

Das Datenschutzkonzept forderte eine Durchführung des Studienprojektes ausschließlich durch die wissenschaftliche Mitarbeiterin (Forscherin) der Europa-Universität Flensburg. Eine Mitarbeit als oder von Klinikmitarbeitenden war nicht gestattet, was zu weitreichenden Konsequenzen führte.

#### Stichprobe

Die geplante Rekrutierung in zwei Rehabilitationskliniken war nicht möglich, da die Forscherin während der Datenerhebung nicht zeitgleich als Klinikangestellte und wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig sein sollte. Somit wurden die Tätigkeiten den Kliniken zugeordnet, die Anzahl potentieller Teilnehmender halbierte sich und die Möglichkeit der Erprobung zur

Implementierung in Therapieprogrammen verschiedener Kliniken war nicht mehr gegeben. Der fehlende Einblick in die Patient\*innenakte sowie fehlender Austausch erschwerten die Entscheidung über die Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien vor Teilnahmebeginn.

### **Ablauf**

Komplexe Interventionen, die miteinander in Beziehung stehen und interagieren, sind mehr als die Summe einzelner Komponenten und können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden (Möhler, Köpke & Meyer, 2015). Die Intervention ReCoVer musste vollständig getrennt von der Rehabilitations-Intervention stattfinden. Dies hatte zur Folge, dass kein fachlicher Austausch im interdisziplinären Team stattfinden konnte, der den Familien oder Therapeut\*innen im Therapieverlauf hätte zugutekommen können. Dadurch können auch keine genaueren Aussagen zum indirekten Einfluss des Coachings auf die Adipositas-therapie getroffen werden und es gab weder fachlichen Austausch, interne Supervision oder Unterstützung für die Forscherin selbst, noch die Hospitations- oder Teilhabeoption für die Kolleg\*innen.

Die ursprünglich geplante Intervention der praktischen Begleitung, z. B. zu den Essenszeiten im Speisesaal, war aus Datenschutzgründen ebenfalls nicht möglich. Ebenso waren die Fokusgruppeninterviews der Expert\*innen nur begrenzt verwendbar, da keine Rückschlüsse des Einflusses von Familien-Coaching auf Verhaltensänderungen im Rehabilitationsverlauf gezogen werden konnten.

### **Datenerhebung und -auswertung**

Die Daten durften ausschließlich durch die Forscherin als wissenschaftliche Mitarbeiterin erhoben werden. Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews durch Kolleg\*innen waren untersagt, Rückmeldungen zur Akzeptanz und Machbarkeit des Familien-Coachings, beispielsweise in der Abschlussvisite, nicht erhebbar. Daher ist der Grad der Subjektivierung der Daten unklar.

Eine Intercoderreliabilität, also eine Durchführung von Analyseschritten durch verschiedene Personen, wie sie bei einer qualitativen Inhaltsanalyse vorgesehen ist (Mayring, 2015, S. 124), war in den Kliniken geplant, aber letztendlich nicht möglich.

### **Motivation**

Die Freiwilligkeit zur Teilnahme an dem Forschungsprojekt war durch die Unterschriften der Teilnehmenden formal gegeben, inwieweit sich die eventuell extrinsisch motivierte Teilnahme von Patient\*innen auf die Erreichung des Motivationsstadiums und sonstigen Ergebnisse auswirkte, ist nicht konkret zu erfassen.

#### 4.4 Handlungsempfehlungen

Aus den vorliegenden, diskutierten Ergebnissen werden nachfolgend Implikationen und Handlungsempfehlungen für die Implementierung des Familien-Coachings in die Adipositas-therapie stationärer Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche abgeleitet. Für die Intervention Familien-Coaching wurden ein Coaching-Leitfaden, eine Bewertungsskala zur Einschätzung des Motivationsstadiums und eine vier-Typen-Charakterisierung vorgenommen. Für die Darstellung der Entwicklung dieser Instrumente und den Verlauf des Forschungsprojektes ReCoVer werden die Schritte in den Public Health Action Cycle nach Rosenbrock (1995) eingeordnet, außerdem wird Bezug genommen zu den Qualitätsstandards DeGEval (2016), die in Tabelle 11 dargestellt wurden.

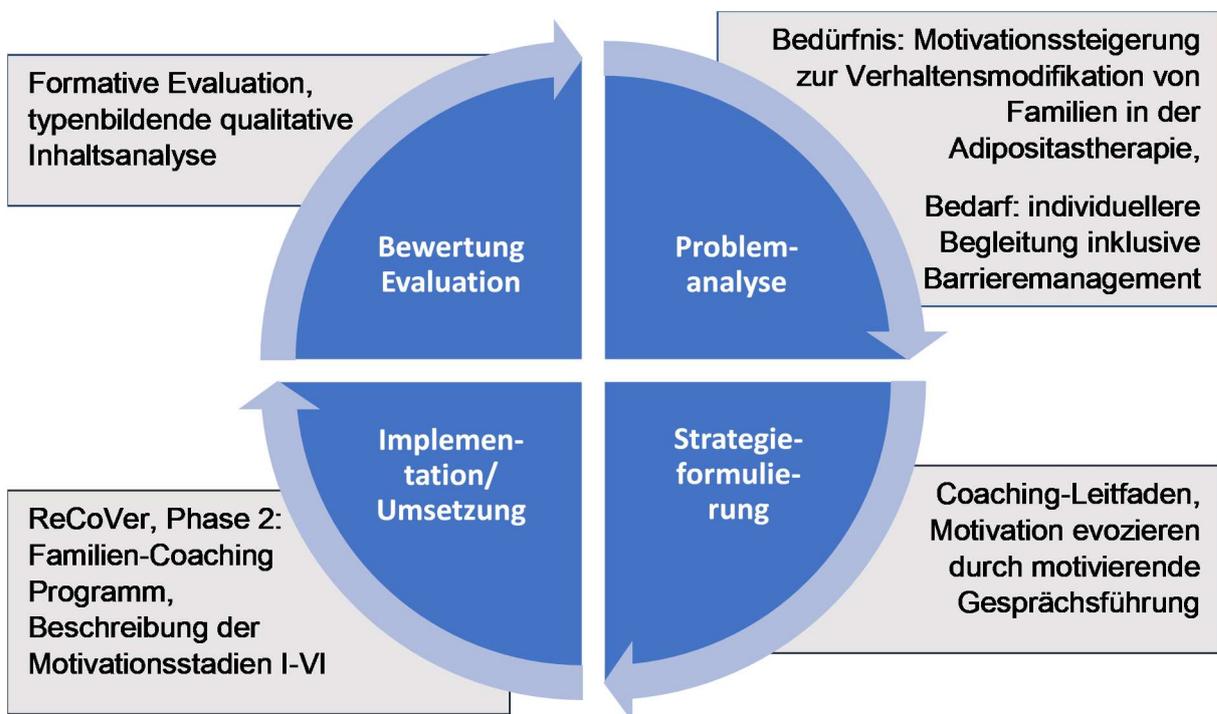


Abbildung 77: Einordnung des Projektes ReCoVer in den Public Health Action Cycle, mod. nach Kolip (2006) (Rosenbrock, 1995).

Die Problemlage ergab sich aus zunehmend jüngeren und von Erziehungsberechtigten begleiteten Patient\*innen mit Adipositas, auf deren individuellen Bedarf das Schulungskonzept nicht ausgelegt war. Die ausführliche Erläuterung wurde in Kapitel 1 dargestellt. Die **Nützlichkeit** des Forschungsvorhabens war durch die Verbesserung des Therapieangebotes für begleitete Patient\*innen gegeben.

Auf der Grundlage der Handlungsempfehlungen von MoReMo (Stachow et al., 2018), dem evidenzbasierten Verhaltensmodell HAPA (Schwarzer, 2004) und Gesprächsansatz MI (Miller & Rollnick, 2015) sowie auf Basis des KCM (Rohmer-Stänner & Hartmann, 2016), wurde die Strategie formuliert, Patient\*innen mit ihren Begleitpersonen leitfadengestützt in Familien-

Coachings zu begleiten. Mit der Festlegung angemessener Verfahren war die **Durchführbarkeit** gegeben.

Während der Umsetzungsphase wurden alle Instrumente angewendet und die Motivationsentwicklung erhoben. Es stellte sich eine hohe Akzeptanz und Machbarkeit des Familien-Coachings heraus, die Beschreibung der Motivationsstadien I-VI wurde verbessert und auch für die Begleitpersonen anwendbar. Auf die Aspekte der **Fairness** wurde während des gesamten Prozesses der Umsetzung und Datenerhebung geachtet.

Die Bewertung des Familien-Coachings erfolgte zunächst bezüglich Akzeptanz, Machbarkeit der Option der Übernahme und Nachhaltigkeit (Ausner, Gellhaus et al., 2023). In der vorliegenden Dissertationsschrift wurde die Bewertung der Motivationsstadien und die Motivationsentwicklung der Teilnehmenden und innerhalb der Familien mittels typenbildender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2022) beleuchtet.

Durch die Beschreibung des Evaluationsgegenstandes und des genauen Vorgehens, der angemessenen Analyse und umfassenden Bewertung wurde in jedem Schritt des Public Health Action Cycle (Kolip, 2006) auf die **Genauigkeit** geachtet.

#### 4.4.1 Erkenntnisse aus der Problemanalyse

#### 4.4.2 Strategieformulierung

Das Familien-Coaching hat sich als gute Ergänzung zu den bisher etablierten Interventionen herausgestellt, denn Beratungsgespräche sind auf die Informationsweitergabe fokussiert, Schulungen fördern mit Verhaltensprävention die Selbständigkeit der Teilnehmenden und den Austausch in altershomogenen Gruppen. Im Familien-Coaching werden den für die Teilnehmenden relevanten Themen Raum gegeben. Das Coaching kann als eine Art Metaebene zur Schulung betrachtet werden.

*Tabelle 45: Vergleich verschiedener Therapie-Interventionen (Müller, 1998, S.262f.; Schulte & Liska, 2021, S.91f.).*

<b>Interventionen zur Bedarfsdeckung bei Patient*innen und Begleitpersonen</b>		
<b>Adipositas-Schulung</b>	<b>Familien-Coaching</b>	<b>Beratung (z.B. Ernährung)</b>
Altershomogene Gruppen einer Diagnose	Familienmitglieder	Begleitperson mit oder ohne Patient*in
Austausch und Lernen in der Gruppe	Austausch über individuelle Themen innerhalb der Familie	Gespräch mit einer Fachkraft
Vermittlung von Fach- und handlungsrelevantem Wissen nach Manual	Lösungsorientierte Klärung eigener Themen und Aspekte	Beratung zu fachspezifischen Fragen, allgemeine Empfehlung/ Informationen
Aufzeigen und Erproben von Handlungsalternativen	Erarbeitung von Handlungsideen	Empfehlung möglicher Vorgehensweisen
Festgelegtes interdisziplinäres Programm über	Offenes Gespräch ohne feste Themen, mit	Einmaliger Termin einer Fachdisziplin mit

mehrere Wochen, Förderung der Selbständigkeit	Methodenauswahl zur Verlaufsunterstützung	festgelegten Schwerpunkten
---	---	----------------------------

Erickson et al. (2005) fordern: „Die Identifizierung des vorteilhaftesten Weges zur Einbeziehung der Eltern in Bezug auf das gesundheitsbezogene Interventionsziel, den Entwicklungsstand, die Art der Eltern-Kind-Beziehung und die Art der vorgeschlagenen Behandlung...“. Mit dem Familien-Coaching scheint eine hilfreiche Ergänzung für diesen Weg entwickelt worden zu sein. Dieses Forschungsvorhaben unterstützt außerdem die Schlussfolgerung von Goldbeck, Hölling, Schlack, West und Besier (2011), dass die stationäre familienorientierte Rehabilitationen als Erfolg versprechende Intervention für Kinder und Jugendlicher angesehen werden kann, in dem sie die psychosoziale Adaptation fördert. Eine verstärkte Familienorientierung ist aus dieser Sicht angeraten. Die Verbesserung der Kommunikation durch die individuellere Betreuung verminderte Sustain Talk und förderte die Verantwortungsübernahme. Es liegt nahe, dass dadurch auch die hohe Zufriedenheit der Begleitpersonen zu erklären ist. Instrumente zur Nachsorge waren in der Strategie nicht formuliert worden, aber mit dem Telefonat t2 indirekt durch die Begleitpersonen eingefordert. Erfolgt ein so guter Beziehungsaufbau während der Rehabilitation, sind bei einer telefonischen Nachsorge durch den Coach möglicherweise weniger Hemmnisse zu erwarten, als bei Pankatz (2016) beschrieben.

#### 4.4.3 Erkenntnisse aus der Umsetzungsphase

In der Umsetzungsphase wurden sowohl Erkenntnisse zur Anwendung der Methoden und Instrumente gewonnen, als auch zur praktischen Anwendung im Rehabilitations-Setting.

##### **Methoden und Instrumente**

MI hat sich als gutes Instrument der Gesprächsführung mit den Familien herausgestellt. Unabhängig von dem Grad der Steigerung intrinsischer Motivation, verbesserte MI, durch den Coach angewendet, die Kommunikation zwischen Begleitperson und Patient\*in, was zur Auflösung von Konflikten beitrug. Ergänzt werden sollte MI durch die schriftliche Fixierung der Coachingergebnisse, welche die Nachvollziehbarkeit für die Teilnehmenden verbessert und die Umsetzung fördert. Die bereits bei Wilkens (2017) und Hagedorn (2019) identifizierte Relevanz des Ressourcen- und Barrieremanagements als Rückfallprophylaxe zeigte sich auch im Familien-Coaching und konnte jeweils in der 3. Einheit thematisiert werden. Das Bedürfnis nach Umsetzung im häuslichen Umfeld war bei den Begleitpersonen ausgeprägter als bei den Patient\*innen. Der Coaching-Leitfaden war bei allen Familien anwendbar.

Der GLF-MoS in der gekürzten Fassung, kombiniert mit dem Kurzfragebogen MoReMo war für die Kontaktaufnahme mit den Patient\*innen geeignet und sorgte für den Aufbau eines vertrauensvollen Arbeitsverhältnisses. Unter diesem Aspekt ist die Beibehaltung von kurzen Eingangsgesprächen mit den Patient\*innen empfohlen. Für die Einschätzung des

Motivationsstadiums hat sich bei Kindern die modifizierte Bewertungsskala Mot.I-VI bewährt, die auch bei den Begleitpersonen angewendet werden konnte, das Maß an Verantwortungsübernahme könnte hier noch ergänzt werden.

### **Familien-Coaching in der stationären Rehabilitation**

Für eine geplante Implementierung eines standardisierten Familien-Coachings ist zu bedenken, dass der Coachingprozess der Freiwilligkeit, gegenseitigen Akzeptanz, funktionierendem Selbstmanagement und Veränderungsbereitschaft unterliegt (C. Rauen, 2021, S. 522). Die verpflichtende Teilnahme würde der Definition und dem Verständnis von Coaching widersprechen.

Die gesamte Datenerhebung für das Forschungsprojekt ReCoVer erhöhte die Termindichte merklich. Bei einer Implementierung des Familien-Coachings wären standardisiert zu verplanen:

- 30-minütige Einzelgespräche nach GLF-MoS mit den Patient\*innen zwischen der Anreise und der ersten Adipositaschulung
- Drei Coachingeinheiten á 60 Minuten für Begleitperson und Patient\*in

Das Motivationsstadium der Begleitpersonen zu Rehabilitationsbeginn ist zwar von großer Bedeutung, die Erfassung könnte aber mit der 1.Coachingeinheit ausreichend sein. Die Einzelgespräche mit den Patient\*innen dienen vor allem dem Beziehungsaufbau. Vorausgesetzt die Begleitung der Familien geschieht durch mehrere spezialisierte Adipositas-Therapeut\*innen, die befähigt sind, Coaching durchzuführen und MI anzuwenden und unter denen die Gruppe der Familien aufgeteilt wird, ist eine Durchführung der Einzelgespräche im vorgesehenen Zeitraum gut möglich. Die Begleitung von einem Teil der Familien als Bezugsperson, statt aller Familien, ermöglicht ebenfalls die Umsetzung des Coachings, bei einer Einheit in der jeweils zweiten, dritten und vierten Woche.

Zuvor bedarf es einer Überarbeitung des Schulungsmanuals nach Bedürfnissen der jeweiligen Altersgruppen und eine Anpassung der Verteilung von Schulungsstunden. Umso jünger die Patient\*innen sind, je mehr Schulungsbedarf liegt bei den Begleitpersonen und ausgeprägter ist der verhaltenspräventive Charakter für die Kinder. Somit erhalten die Patient\*innen ausreichend freie Zeitfenster in ihren Therapieplänen, während sich der Input für die Begleitpersonen, wie von ihnen gewünscht, erhöht. Außerdem fördert das Coaching die Auseinandersetzung mit den Themen außerhalb der Termine und innerhalb der Familie, weshalb die Bearbeitung vermehrt in der therapiefreien Zeit stattfindet. Eine Verkürzung der Schulungen für Familien, die Coaching erhalten, ist in Betracht zu ziehen.

Bei Familien, die sich zu Beginn des Familien-Coachings bereits in der volitionalen Phase befinden ist eine Reduzierung des Familien-Coachings auf zwei Coachingeinheiten denkbar.

Familien deren Kinder Konzentrationsschwierigkeiten aufweisen, können mit reduzierter Coaching-Zeit von 45 Minuten ebenfalls am Coaching teilnehmen.

Wird das Familien-Coaching im Rahmen einer stationären Rehabilitation angeboten, ist die Terminvergabe erschwert, wenn jüngere Begleitkinder mit Betreuungsbedarf oder weitere Geschwister als Patient\*innen anderer Diagnosen aufgenommen wurden. Die Aufgaben der Begleitperson sind dann sehr vielfältig und nicht mehr nur fokussiert auf die Mitwirkung in der Therapie des Kindes mit Adipositas.

Begleitete Jugendliche waren überwiegend nicht freiwillig bereit, mit der Begleitperson an einem Familien-Coaching teilzunehmen. Daher bezog sich die Auswertung und Ableitung von Empfehlungen für die Praxis auf Kinder.

### **Kommunikation von Rehabilitationszielen**

Die erreichte Gewichtsreduktion als Angabe in Kilogramm war für die Familien am Ende der Rehabilitation der messbare Wert für ihren Erfolg, dabei geht der Nutzen einer Adipositastherapie weit über eine Gewichtsreduktion hinaus. Die Wahrnehmung einer Reduktion von Krankheitsausprägungen fördert die Selbstwirksamkeitserfahrung (Stachow & Hampel, 2022, S. 771). Die Verbesserung von Komorbiditäten, der Lebensqualität sowie des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens haben zwar für einen langfristig gesunden Lebensstil eine mindestens genauso große Bedeutung (Brauchmann et al., 2018), waren aber kurzfristig nicht erkennbar. An der Gewichtsreduktion wurde seitens der Familien, bei all der Zielsetzung, letztendlich der Rehabilitationserfolg gemessen. Die Begleitpersonen waren stolz auf ihre Kinder, wenn diese das zuvor gesteckte Zielgewicht erreicht hatten und für die Patient\*innen war Abnehmen das am häufigsten genannte Ziel. Um den Fokus von der Gewichtsreduktion auf andere Rehabilitationsziele zu verschieben, ist ein Überdenken der Kommunikation mit den Familien in Einzelgesprächen und der Schulungsinhalte angebracht. In Phasen zu erwartender häufiger Rückfälle ist eine Fokussierung auf die Gewichtsreduktion weniger motivierend, als für Familien, die sich in der volitionalen Phase der Aufrechterhaltung befinden.

#### **4.4.4 Erkenntnisse aus der Bewertung und Evaluation**

Bis auf fünf Familien befanden sich alle zum Zeitpunkt t1 im Feld **Pat.+BP+**, erreichten also die volitionale Phase und somit mindestens Mot. IV. Die Steigerung der Motivation zur Verhaltensmodifikation verlief bei den Kindern weniger kontinuierlich, was auf die kognitive Entwicklung in dieser Altersgruppe zurückgeführt werden kann (siehe Kapitel 1.5.1). Sowohl die Krankheitsbedingungen, als auch lebensgeschichtliche Ereignisse und Belastungen wirken auf chronisch kranke Kinder ein (Steinhausen, 1996). Somit setzt sich laut Ohlbrecht (2022, S. 21) die chronische Erkrankung zusammen aus dem objektiven Bestandteil einer

Krankheit (Disease), dem Zustand des subjektiven Krankheitserlebens (Illness) und der sozialen Rolle der erkrankten Person (Sickness).

Dies stellt einen Erklärungsansatz dar, weshalb jüngere Patient\*innen trotz diagnostizierter Adipositas und Rückmeldungen der Familie keine Veränderungsmotivation, sondern Absichtslosigkeit auf Grund fehlenden Krankheitserlebens zeigten.



Abbildung 78: Der Krankheitsbegriff (Ohlbrecht, 2022, S. 21).

Die Theorie des geplanten Verhaltens nach Ajzen (1991) besagt ebenfalls, dass die Wahrscheinlichkeit der Verhaltensänderung mit der Änderungsabsicht wächst. Wie bei der Einzelfallanalyse beobachtet, waren manche Kinder über das Ende der Rehabilitation hinaus absichtslos. Dies bekräftigt, dass die Verhaltensänderung zumindest bis zu einem gewissen Grad nicht-motivationalen Faktoren wie der Verfügbarkeit erforderlicher Ressourcen unterliegt. Unter der primären Merkmalsausprägung Motivation wurden verschiedene **sekundäre Merkmale** identifiziert, die in Befragungen zur Motivation Anwendung finden (Deck, Erbstößer & Zollmann, 2022, S. 354) und auch im Rahmen des Familien-Coachings beobachtet wurden:

- Veränderungsabsicht
- Änderungsbereitschaft
- aktive Bewältigungsorientierung
- Verantwortung
- Selbstwirksamkeit
- Erfahrungen (hinsichtlich Zuversicht)
- Gesundheit, Krankheitsbewältigung
- Seelischer Leidensdruck wie Mobbing Erfahrungen
- Unzufriedenheit mit eigenem Körper
- körperbedingte Einschränkungen

Zusammengenommen begründen diese Faktorenbeispiele die Motivation und wirken sich auf die Kontrolle des Verhaltens aus.

Mit einer vier-Typen-Charakterisierung wurden die Familien entsprechend des primären Merkmals Motivation eingestuft. Vor allem für die praktische Anwendung von MI und dem Coachingleitfaden ist die Charakterisierung der Familien von Bedeutung, da sie den Therapeut\*innen hilft, den kurzen Zeitraum einer stationären Rehabilitation zu optimieren und motivationsstadienbezogen auf die Familien reagieren zu können. Unablässig für die erfolgreiche Implementierung dieser Intervention ist die Ausbildung der Therapeut\*innen und das Üben zu verwendender Techniken (Reinehr, 2013).

Die Charakterisierung der Motivationstypen und die Bedarfsanalyse zeigen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Teilnehmenden je Gruppe gemäß ihrer Motivationskonstellation zu t0. Ein Bedarf konnte nach der Bewertung der Ergebnisse je Gruppe individuell formuliert werden, wie in Tabelle 45 zusammengefasst dargestellt und zukünftig als Handlungsempfehlung für eine Motivationssteigerung dienen:

Tabelle 46: Charakterisierung der Motivationstypen und Bedarfe für die motivationale Entwicklung.

t0		Pat. -		Pat. +	
BP -	<b>Charakterisierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung sind gering oder fehlen bei allen Beteiligten.</li> <li>Verantwortungsübernahme der BP ist gering oder fehlt</li> <li>Unsicherheit, Sustain Talk oder Discord Talk sind bei allen Beteiligten ausgeprägt, mobilisierender Change Talk fehlt. Überwiegend Vorbereitender Change Talk</li> </ul>	<b>Bedarf für Motivationsentwicklung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verantwortungskklärung: wer trägt welchen Anteil</li> <li>Handlungsideen entwickeln und im Rahmen der Verhaltensprävention erste Veränderungen erproben und reflektieren</li> <li>Stärken analysieren und wertschätzen</li> <li>gemeinsames Ziel formulieren</li> </ul>	<b>Charakterisierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. befindet sich in Handlungsplanung oder Handlung, situative Ressourcen werden genutzt, Zielsetzung wird genannt sowie mobilisierender Change Talk.</li> <li>Zielsetzung, Planung oder Handlung von BP fehlt, kein Unterstützungshandeln. Vertrauen in das Kind und/oder das Gelingen ist gering (Sustain Talk).</li> <li>Beschreibung von Eltern-Kind-Konflikten und geringe oder fehlende Verantwortungsübernahme</li> </ul>	<b>Bedarf für Motivationsentwicklung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Unterstützungsbedarf für Pat. aufzeigen (Verantwortung der BP)</li> <li>Fokus auf Verhältnisprävention: wie muss das Umfeld beschaffen sein?</li> <li>Vereinbarungen treffen und Zuversicht stärken, gemeinsam an Zielerreichung zu arbeiten</li> <li>Stärken benennen</li> </ul>	
BP +	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstwirksamkeitserwartung, Handlungsergebniserwartung oder Risikowahrnehmung sind gering oder fehlen bei Pat. Vorbereitender Change Talk überwiegt.</li> <li>Pat.: Dissonanz zu BP wird wahrgenommen, mit Wunsch der Behebung verbunden</li> <li>Ausgeprägter Wunsch der BP nach Initiative der Pat. und Beschreibung von Hilfebedarf.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verantwortungskklärung: wo sind die Grenzen der BP, was ist Eigenverantwortung?</li> <li>Stärkung des autoritativen Erziehungsstils, klare Positionierung der BP</li> <li>Pat. wertschätzen, Stärken und Ressourcen benennen</li> <li>Vereinbarungen treffen, Wünsche berücksichtigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinsame Planung, konkrete Handlungen oder Beschreibung von erfolgter Beibehaltung/ Aufrechterhaltung. Einvernehmliche Zielorientierung</li> <li>Beiderseitig mobilisierender Change Talk und wertschätzendes Feedback</li> <li>Klare Verantwortungsübernahme der BP und autoritatives Handeln</li> <li>Auseinandersetzung mit Ressourcen- und Barrieremanagement, ggf. Erfahrung mit/ Erfolg nach Rückfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handlungen und neue Zielsetzungen begleiten</li> <li>Mobilisierenden Change Talk/ Confidence Talk fördern</li> <li>Umgang mit Rückfällen thematisieren, Barrieremanagement stärken</li> <li>Erfolge feiern, Feedback geben und bekommen</li> <li>Gewichtsreduktion als Fernziel realistisch</li> </ul>	

Mit zunehmender Höhe des Motivationsstadiums verwendeten die Begleitpersonen im Dialog mit ihren Kindern häufiger bis ausschließlich das Pronomen „wir“ und formulierten Sätze weniger mit der Zuschreibung „du“. Die Kinder sprachen bei der Handlungsplanung ausschließlich in der „wir“-Form. Dies zeigt zum einen die kognitive Entwicklung der Begleitpersonen, anhand derer sich eine Motivationssteigerung zeigt und die große Bedeutung ihrer motivationalen Entwicklung für das Kind. Andererseits spricht es für den Unterstützungsbedarf der Kinder.

Kinder wollen sich sozial integriert fühlen und haben gleichzeitig ein Wachstums- und Entwicklungsbedürfnis (Ryan & Deci, 2000b). Gubelmann (2021) begegnet diesen Anforderungen für intrinsische Motivationsentwicklung von Kindern im Leistungssport mit einem Elterncoaching und fünf Handlungsanweisungen: Eltern sollten Handlungs- und Entscheidungsspielraum ermöglichen, sie sollten Freiraum bieten und Abstand halten, gleichzeitig ihren Kindern Stärken und Ressourcen widerspiegeln. Wichtig ist außerdem eine leistungsunabhängige, bedingungslose Wertschätzung und Vertrauen auszudrücken. Das soziale Umfeld und dahingehende Beziehungen sollten gefördert werden. Mit diesen Handlungsanweisungen scheint die Triangulation der Verantwortung im Gleichgewicht und könnte auch für Kinder mit Adipositas ein guter Ansatz sein.



Abbildung 79: Triangulation des Verantwortungsbegriffs.

Wie Gubelmann (2021) es beschreibt, konnten auch die Begleitpersonen im Coachingverlauf vermehrt Stärken ihrer Kinder benennen, Handlungs- und Entscheidungsspielräume vereinbaren und lösungsorientierter kommunizieren. Das anfängliche Empfinden der Begleitpersonen, das Verhalten der Kinder reglementieren zu müssen, ohne etwas verbieten

zu wollen und die Gründe unmotivierter Begleitpersonen, warum Änderungen und Lösungen bislang unmöglich schienen, wick im Coachingverlauf kontinuierlich einer lösungsorientierten Kommunikation mit ihren Kindern und gemeinsamer, eigenverantwortlicher Handlungsplanung. Seelische oder körperliche Spannungszustände mit Essen zu neutralisieren, war ein kindliches Verhalten, welches in einigen Familien beschrieben wurde. Eine engmaschige Begleitung und flexible Kontrolle durch die Eltern war ein vielversprechender Ansatz, den Bedürfnissen der Kinder zu begegnen. Das Essverhalten wurde in diesen Fällen von den Begleitpersonen als suchartig beschrieben. Das Aufzeigen einer Alternative im autoritativen Stil und ein verständnisvoller Umgang scheinen dabei wirkungsvoller als Verbote.

Abschließend lässt sich die familienorientierte Beteiligung von Begleitpersonen als unabdingbar notwendig erachten, mit der es ihnen ermöglicht wird, ihren Anteil der eigenen Verantwortung zu identifizieren, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und den autoritativen Umgang zu erlernen.

## 5. Schlussfolgerung

Während mit MoReMo ein motivationsförderndes Rehabilitationsprogramm für Jugendliche ohne Begleitpersonen entwickelt und evaluiert wurde, wird ReCoVer mit dem Familien-Coachingkonzept einer steigenden Zahl begleiteter Patient\*innen mit Adipositas zwischen 10 und 13 Jahren gerecht. Familien-Coaching hat sich als wirksame Intervention in der Adipositastherapie begleiteter Patient\*innen gezeigt.

Reinehr und Hoffmeister et al. (2009; Reinehr, Widhalm et al.) vermuten geringe Elterneinbindung als Erklärung für unbefriedigende Langzeiterfolge in der stationären Reha und die Vorbildfunktion der Eltern und deren Verantwortungsübernahme wurden auch von Soderlund et al. (2009) als wichtige Grundvoraussetzung für die erfolgreiche Arbeit mit den Familien bei Adipositas-Diagnose festgemacht. Ziel muss es sein, die Eltern zu qualifizieren, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen, zu verstehen und konsequent zu begleiten. Mit RecoVer wurde eine Intervention entwickelt, mit der dieses Ziel erreicht werden kann. Mit dem Familien-Coaching konnte die interfamiliäre Kommunikation verbessert und Eltern-Kind-Konflikte sowie Dissonanzen aufgelöst werden. Sustain Talk als Zeichen der Ambivalenz nahm zugunsten von mobilisierendem Change Talk ab. Vorbereitender Change Talk wurde vermehrt zu mobilisierendem Change Talk vertieft.

Der Erziehungsstil spielt eine wichtige moderierende Rolle zwischen den Erziehungspraktiken bezüglich Ernährung, Bewegung und Medienkonsum und adipogenem Verhalten der Kinder (Patrick, Hennessy, McSpadden & Oh, 2013). Mit dem Familien-Coaching konnte dies bestätigt und die Begleitpersonen in einem autoritativen Erziehungsstil unterstützt werden und gewinnt an Bedeutung, wenn die Kinder in Absichtslosigkeit verharren. In dieser Situation ist ein Coaching der Begleitperson und üben einer autoritativen Erziehungspraxis wahrscheinlich ausschlaggebend für Langzeiterfolge unabhängig von der intrinsischen Motivation des Kindes.

Um zu verstehen, weshalb die Begleitung der Patient\*innen durch eine erziehungsberechtigte Person so wichtig ist, können die Patient\*innen ohne den Einfluss ihrer Begleitpersonen betrachtet werden: über die Hälfte der Patient\*innen befand sich zum Zeitpunkt t0 im Mot. I-III und es bedurfte der konsequenten Verhaltensprävention, um in die Handlung zu kommen. Während der Rehabilitation wird diese Aufgabe von den Therapeut\*innen übernommen, wenn die Patient\*innen ihre Rehabilitation allein antreten. Dies erklärt andererseits, weshalb die Erfolge nicht nachhaltig sind: die Patient\*innen benötigen eine Fortführung der Begleitung, die die Eltern zuhause nicht erlernen und üben konnten. Auch die motivierteren Patient\*innen sind auf die Unterstützung durch das Umfeld angewiesen, um eine Verhaltensänderung langfristig aufrechtzuerhalten. Neben der Verhaltensprävention für die Kinder, dem trainieren von Verhaltensalternativen und ihrer flexiblen Kontrolle, müssen die Erziehungsberechtigten sich

auch der Verhältnisprävention zuwenden, der Schaffung eines geeigneten Umfeldes und Berücksichtigung der Bedürfnisse ihres Kindes und die Etablierung einer Rückfallprophylaxe.

Diese Forschungsarbeit unterstreicht die Forderung von Kerbl (2021), vermehrt familienorientierte Rehabilitation anzubieten, wobei Familienangehörige als „Sekundärpatient\*innen“ angesehen und dadurch voll in den Rehabilitationsprozess integriert werden. Dieser ganzheitliche Rehabilitationsansatz umfasst sozialmedizinische Aspekte und das Wohlbefinden der gesamten Familie, somit könnten auch bei der Adipositas-Diagnose Begleitpersonen umfänglicher in die Therapie mit einbezogen werden.

Mit diesem Promotionsvorhaben wurde eine Möglichkeit aufgezeigt, Familien in ihrer Verhaltensänderung zu unterstützen indem sie befähigt sind, gemeinsam Ziele zu formulieren und zu erreichen. Das Motivationsstadium der Patient\*innen und Begleitpersonen sollte unbedingt berücksichtigt und eine Motivationssteigerung gefördert werden. Es steht den Therapeut\*innen für die Betreuung der Familien in der Adipositas-therapie eine Bewertungsskala für Motivationsstadien zur Verfügung, die eine Charakterisierung der Familien in die vier Typen unmotivierte Familie, motiviertes Kind, motivierte Begleitperson und motivierte Familie ermöglicht und anhand derer die Familien individuell und zielgerichtet in ihrer Motivationsentwicklung unterstützt werden können. Die Typen unterscheiden sich in ihren Ambivalenz-Faktoren und entsprechenden Aussagen und benötigen unterschiedliche Angebote um ihre Motivation zu steigern. Die Hauptfaktoren wie z. B. Verantwortungsklä rung, Vereinbarungen treffen und wertschätzender Umgang, werden in unterschiedlicher Ausprägung gefördert. Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung waren die wichtigsten Faktoren bei der Entwicklung hin zum Typ motivierte Familie **Pat.+BP**.

Seitens der Klinik ist eine inhaltliche Anpassung der Schulung an die Bedürfnisse und Bedarfe der Familien zu empfehlen um die Begleitpersonen mehr miteinzubeziehen und freie Zeitfenster für individuelle Begleitung zu generieren. Die Haltung von MI und der Fokus auf die Verbesserung der Lebensqualität als langfristiges Ziel, statt einer Gewichtsreduktion, sind wichtige Parameter, die es durch die Therapeut\*innen zu vermitteln gilt. Durch den Beziehungsaufbau zwischen Therapeut\*innen und Familien im Coachingverlauf wäre das Angebot eines Nachsorge-Instruments ohne große Vorbereitung oder Übergabe möglich und könnte die Nachhaltigkeit sichern, vorausgesetzt sie könnte als Leistung der Klinik auch nach dem Aufenthalt geltend gemacht werden.

Für eine grundlegende Implementierung der Methoden und Instrumente bedarf es einer Weiterbildung der Therapeut\*innen in MI und Coachinganwendungen. Mit dem interdisziplinären Austausch könnte die Intervention in einem größeren Rahmen auf seine Reliabilität untersucht werden.

*I: „Haben sie sonst noch irgendeine Anmerkung, Rückmeldung, irgendwas?“*

*2203: „Machen sie weiter so!“*

*I: „Dankeschön!“*

*(t1\_2201-2205, Pos. 112-114)*

## 6. Literaturverzeichnis

- Agras, W. S., Hammer, L. D., McNicholas, F. & Kraemer, H. C. (2004). Risk factors for childhood overweight: a prospective study from birth to 9.5 years. *The Journal of Pediatrics*, 145(1), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.03.023>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36). Tübingen: dgvt Verlag.
- Ausner, E., Falkenberg, C., Gellhaus, I. & Hampel, P. (2023). Individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Adipositas: Formative Evaluation. *DRV-Schriften*, 128, 246–247.
- Ausner, E., Gellhaus, I., Falkenberg, C. & Hampel, P. (2023). *ReCoVer - Stationäre Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation. Abschlussbericht.*
- Bachman, H., Coley, R. & Carrano, J. (2012). Low-income mothers' patterns of partnership instability and adolescents' socioemotional well-being. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(2), 263–273. <https://doi.org/10.1037/a0027427>
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior : the Official Publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A.-K. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen : Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Health-related quality of life and its relation to chronic diseases and mental health problems among children and adolescents : Results from KiGGS Wave 2], 62(10), 1205–1214. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03006-9>
- Becker, F. (2019). Motivation und Motive: Definitionen und Eigenschaften. In F. Becker (Hrsg.), *Mitarbeiter wirksam motivieren* (S. 19–25). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57838-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57838-4_3)
- Becker, S. & Zipfel, S. (2020). Verhaltenstherapie bei Adipositas. *CME*, 17(10), 55–61. <https://doi.org/10.1007/s11298-020-8023-8>
- Berge, J. M., Wall, M., Loth, K. & Neumark-Sztainer, D. (2010). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *The Journal of Adolescent Health* :

## Anhang

- Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 46(4), 331–338.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.004>
- Berkey, C. S., Rockett, H. R., Field, A. E., Gillman, M. W., Frazier, A. L., Camargo, C. A. et al. (2000). Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics*, 105(4), E56.  
<https://doi.org/10.1542/peds.105.4.e56>
- Berry, E. M. (2020). The Obesity Pandemic-Whose Responsibility? No Blame, No Shame, Not More of the Same. *Frontiers in Nutrition*, 7, 2. <https://doi.org/10.3389/fnut.2020.00002>
- BLE. (2019b). *Grundlagen* (Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche / Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche, Bd. 1, 3. Auflage). Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung.
- BLE. (2019a). *Ernährung* (Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche / Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche, Bd. 2, 3. Auflage). Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung.
- BLE. (2021). *Bewegung* (Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche / Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche, Bd. 3, 3. Auflage). Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung.
- BLE. (2022). *Psychosoziales* (Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche / Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche, Bd. 4, 3. Auflage). Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung.
- Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kurylowicz, L., Rohde, M. et al. (2022). *Kinderschutzleitlinie. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik*. Kurzfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069 (Kinderschutzleitlinienbüro, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>
- Boots, S. B., Tiggemann, M., Corsini, N. & Mattiske, J. (2015). Managing young children's snack food intake. The role of parenting style and feeding strategies. *Appetite*, 92, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.012>
- Braet, C. (2006). Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(1), 148–155.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2006.18>
- Brauchmann, J., Weihrauch-Blüher, S., Eehalt, S. & Wiegand, S. (2018). Aktuelle Literaturübersicht zur Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Klinische Padiatrie* [Current literature overview on the therapy of obesity in children and adolescents], 230(1), 13–23. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121989>

## Anhang

- Broccoli, S., Davoli, A. M., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., Montagna, G. et al. (2016). Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 137(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1979>
- Commer, A., Leiblein, C. & Volk, A. (2019). *Trainingsmaterialien zum zweiten Teil der Ausbildung in Motivational Interviewing - MI*, Heidelberg. Verfügbar unter: [www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de)
- Cook, W., Kenny, D. & Goldstein, M. (1991). Parental affective style risk and the family system: a social relations model analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 492–501. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.492>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth edition). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(5), 569–574. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.05.019>
- Deck, R. (2006). Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu Reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, (15(4)), 175–183.
- Deck, R., Erbstößer, S. & Zollmann, P. (2022). Personenbezogene Merkmale in der Rehabilitation. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Auflage, S. 344–355). Bern: Hogrefe.
- DeGEval. (2016). *Standards für Evaluation. Erste Revision 2016* (1. Auflage). Mainz: Gesellschaft für Evaluation e.V. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC15032785>
- Dieris, B. & Reinehr, T. (2016). Treatment programs in overweight and obese children: How to achieve lifestyle changes? *Obesity Medicine*, 3, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2016.07.001>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), Suppl:166-206.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016a). Datenerhebung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Springer-Lehrbuch, S. 321–579). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Döring, N. & Bortz, J. (Hrsg.). (2016b). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Springer-Lehrbuch). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

## Anhang

- Döring, N. & Bortz, J. (2016c). Qualitätskriterien in der empirischen Sozialforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Springer-Lehrbuch, S. 81–119). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5_3)
- Drucker, P. F. (1977). *People and performance. The best of Peter Drucker on management*. London: Heinemann.
- Leitlinie (2011). *Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas*.
- Leitlinie (2018). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung*.
- DRV Bund. (2023). *Statistische Auswertung durchgeführter Maßnahmen von 2006-2022*.
- DSGVO. (2018). *Datenschutz-Grundverordnung*. Verfügbar unter: <https://dsgvo-gesetz.de/>
- Dush, C., Kotila, L. & Schoppe-Sullivan, S. (2011). Predictors of Supportive Coparenting After Relationship Dissolution Among At-Risk Parents. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 25(3), 356–365. <https://doi.org/10.1037/a0023652>
- DvFR.. *Rehabilitation und Teilhabe*. Verfügbar unter: [www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr](http://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/reha-definition-der-dvfr)
- Ellrott, T. (2018). Entwicklung des Essverhaltens im Kindes- und Jugendalter. In M. Kersting (Hrsg.), *Kinderernährung aktuell. Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention : präventive Ernährung, gesunde Säuglings- und Kinderernährung, vegetarische Ernährung bei Kindern, Einflussfaktoren auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen, Fütterstörungen, Prävention und Therapie von Übergewicht, Therapieansätze für schwer zugängliche Gruppen, Essstörungen, Allergien* (2., komplett aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 78–91). Wiesbaden: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH.
- Emmett, P. M. & Jones, L. R. (2015). Diet, growth, and obesity development throughout childhood in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Nutrition Reviews*, 73 Suppl 3(Suppl 3), 175–206. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv054>
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Koeske, R. & Valoski, A. (1985). A comparison of lifestyle exercise, aerobic exercise, and calisthenics on weight loss in obese children. *Behavior Therapy*, 16(4), 345–356. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(85\)80002-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(85)80002-2)
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Penner, B. C. & Kress, M. J. (1985). Effect of diet and controlled exercise on weight loss in obese children. *The Journal of Pediatrics*, 107(3), 358–361. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(85\)80506-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(85)80506-0)
- Erickson, S. J., Gerstle, M. & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings:

## Anhang

- a review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(12), 1173–1180.  
<https://doi.org/10.1001/archpedi.159.12.1173>
- Flick, U. [U.] (2000). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55628, Orig.-Ausg., 2. Aufl., S. 309–318). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Flick, U. [U.]. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (rororo Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55694, 8. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Taschenbuch Verlag. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC15001712>
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. & Berenson, G. S. (2001). Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 108(3), 712–718.  
<https://doi.org/10.1542/peds.108.3.712>
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. & Berenson, G. S. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 115(1), 22–27. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0220>
- Galler, A., Röbl, M., Prinz, N., Dannemann, A., Gellhaus, I., Kapellen, T. et al. (2022). Weight Development in Children and Adolescents with Obesity During the COVID-19 Pandemic. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(17), 302–303.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0155>
- Garrett-Peters, P., Mills-Koonce, R., Adkins, D., Vernon-Feagans, L. & Cox, M. (2008). Early Environmental Correlates of Maternal Emotion Talk. *Parenting, Science and Practice*, 8(2), 117–152. <https://doi.org/10.1080/15295190802058900>
- Garrett-Peters, P., Mills-Koonce, R., Zerwas, S., Cox, M. & Vernon-Feagans, L. (2011). Fathers' Early Emotion Talk: Associations With Income, Ethnicity, and Family Factors. *Journal of Marriage and Family*, 73(2), 335–353. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00810.x>
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (Lehrbuch, 4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag. Verfügbar unter: <http://d-nb.info/1002141753/04>
- Golan, M., Weizman, A., Apter, A. & Fainaru, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 67(6), 1130–1135. <https://doi.org/10.1093/ajcn/67.6.1130>
- Goldbeck, L., Hölling, I., Schlack, R., West, C. & Besier, T. (2011). The impact of an inpatient family-oriented rehabilitation program on parent-reported psychological symptoms of chronically ill children. *Klinische Padiatrie*, 223(2), 79–84. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262831>

## Anhang

- Gubelmann, H.-P. (2021). Commentaires à l'article Promoting gender equity in sport science. *Sports & Exercise Medicine Switzerland*. <https://doi.org/10.34045/SEMS/2021/22>
- Haase, C. & Heckhausen, J. (2018). Selbst und Persönlichkeit. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage, S. 559–578). Weinheim: Beltz.
- Hagedorn, N. (2016). *Case-Management bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas. Eine qualitative Machbarkeitsanalyse eines Nachsorgeprogramms im Anschluss an eine stationäre Rehabilitation*. Europa-Universität Flensburg: Masterarbeit.
- Hagedorn, N. (2019). *Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung (MoReMo). Entwicklungs- und Machbarkeitsanalyse von motivationsstadienbasierten und modularisierten Adipositasbildungskonzepten für Jugendliche der Phase 2 des Forschungsprojekts MoReMo*. Europa-Universität Flensburg: Dissertation.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2012). Zur Validität des Screenings psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(3), 225–236. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000119>
- Hampel, P. & Petermann, F. (2017). Stressverarbeitung, Lebensqualität und körperliche Beanspruchungssymptome bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 26(1), 58–69. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000216>
- Hampel, P., Petermann, F. & Stachow, R. (2020). Psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation. *Kindheit und Entwicklung*, 29(4), 239–247. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000322>
- Hampel, P., Stachow, R. & Wienert, J. (2020). Psychologische Kennwerte und BMI-SDS bei Jugendlichen mit Adipositas und unterschiedlichen Motivationsstadien in der stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 59(3), 157–165.
- Hampel, P., Stachow, R. & Wienert, J. (2021). Mediating Effects of Mental Health Problems in a Clinical Sample of Adolescents with Obesity. *Obesity Facts*, 14(5), 471–480. <https://doi.org/10.1159/000517179>
- Hannover, B. & Greve, W. (2018). Motivation. In W. Schneider & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage, S. 491–512). Weinheim: Beltz.
- Härter, M. & Dirmaier, J. (2022). Interaktion und Kommunikation. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Auflage, S. 658–670). Bern: Hogrefe.
- Heimendinger, J., Uyeki, T., Andhara, A., Marshall, J. A., Scarbro, S., Belansky, E. et al. (2007). Coaching process outcomes of a family visit nutrition and physical activity intervention. *Health Education & Behavior : the Official Publication of the Society for Public Health Education*, 34(1), 71–89. <https://doi.org/10.1177/1090198105285620>

## Anhang

- Heinzel, F. (2003). Qualitative Interviews mit Kindern. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (Studienausg, S. 396–413). Weinheim: Juventa-Verlag.
- Hensen, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (Lehrbuch, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden, Heidelberg: Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25913-6>
- Hilbert, A., Braehler, E., Haeuser, W. & Zenger, M. (2014). Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(1), 79–85. <https://doi.org/10.1002/oby.20561>
- Hollenweger, J. & Kraus de Camargo, O. (2019). *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen* (2., korrigierte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. (2006). *Einführung in die Sozialisationstheorie* (Beltz Studium, 9., unveränd. Aufl.). Weinheim u.a.: Beltz. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC05974044>
- Ice, C. L., Neal, W. A. & Cottrell, L. (2014). Parental Efficacy and Role Responsibility for Assisting in Child's Healthful Behaviors. *Education and Urban Society*, 46(6), 699-715 (17 Seiten). <https://doi.org/10.1177/0013124512468004>
- Jiang, J. X., Xia, X. L., Greiner, T., Lian, G. L. & Rosenqvist, U. (2005). A two year family based behaviour treatment for obese children. *Archives of Disease in Childhood*, 90(12), 1235–1238. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.071753>
- Kameron, B., Kavookjian, J. & Wadsworth, D. (2020). Motivational Interviewing for Overweight Children: A Systematic Review. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0193>
- Kaminisky, C. (2009). Verantwortung und Solidarität bei der Adipositasprävention. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Responsibility and solidarity in obesity prevention], 52(5), 527–534. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0840-6>
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Kempf, H. (2010). *Die Neue Rückenschule*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-540-89537-4>
- Kerbl, R. (2021). Schwerpunkte und Aufgaben der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation. *Monatsschrift Kinderheilkunde* [Focal points and challenges in rehabilitation of children and adolescents], 169(3), 208–211. <https://doi.org/10.1007/s00112-021-01119-7>

## Anhang

- Kerr, M., Stattin, H. & Ozdemir, M. (2012). Perceived parenting style and adolescent adjustment: revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Developmental Psychology*, 48(6), 1540–1553. <https://doi.org/10.1037/a0027720>
- Kim, J.-Y., McHale, S. M., Wayne Osgood, D. & Crouter, A. C. (2006). Longitudinal course and family correlates of sibling relationships from childhood through adolescence. *Child Development*, 77(6), 1746–1761. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00971.x>
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(4), 234–239. <https://doi.org/10.1007/s11553-006-0042-0>
- Krasel, M. (2014). *Elterliche Erziehungsstile und deren Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes*. München: GRIN Verlag.
- Kraus de Camargo, O., Simon, L., Ronen, G. M. & Rosenbaum, P. L. (2020). *Die ICF-CY in der Praxis*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85764-000>
- Krause, L., Ellert, U., Kroll, L. E. & Lampert, T. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von übergewichtigen und adipösen Jugendlichen : Welche Unterschiede zeigen sich nach Sozialstatus und Schulbildung? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Health-related quality of life of overweight and obese adolescents: what differences can be seen by socio-economic status and education?], 57(4), 445–454. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1943-2>
- Kromeyer-Hauschild, K. (2022). Definition, Anthropometrie und deutsche Referenzwerte für BMI, Körperumfänge, Hautfalten und Fettmasse. In M. Wabitsch, J. Hebebrand, W. Kiess, T. Reinehr & S. Wiegand (Hrsg.), *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Kuckartz, U. (2006). Zwischen Singularität und Allgemeingültigkeit: Typenbildung als qualitative Strategie der Verallgemeinerung. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München*. (4047-4056). Frankfurt am Main: Campus Verl.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2019). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung : Grundlagentexte Methoden* (Grundlagentexte Methoden, 5. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Verfügbar unter: <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6231-1.pdf>
- Kurzinsky, U. (2018). *Entwicklung und Evaluation eines ärztlich-psychologischen Gesprächsleitfadens zur Überprüfung der intrinsischen Motivation zur Änderung adipogener Verhaltensweisen von adipösen Jugendlichen. Phase 1 des Forschungsprojektes MoReMo*. Unveröffentlichte Dissertation, Charité-Universitätsmedizin Berlin.

## Anhang

- Kurzinsky, U., Hagedorn, N., Stachow, R., Wienert, J., Wiegand, S. & Hampel, P. (2017). *Motivation zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen bei adipösen Jugendlichen während einer stationären Rehabilitation.*, Frankfurt.
- Lam, C., McHale, S. & Crouter, A. (2012). Parent-child shared time from middle childhood to late adolescence: developmental course and adjustment correlates. *Child Development*, 83(6), 2089–2103. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01826.x>.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz. Verfügbar unter: [https://content-select.com/index.php?id=bib\\_view&ean=9783621283625](https://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621283625)
- Lindel, B. & Laessle, R. (2002). Stressbezogene Determinanten für das Essverhalten übergewichtiger Kinder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10(1), 8–14. <https://doi.org/10.1026//0943-8149.10.1.8>
- Lippke, S. & Renneberg, B. [B.] (2006). Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Springer-Lehrbuch, S. 35–60). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_5)
- Lippke, S. & Steinkopf, J. (2018). Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Auflage, S. 99–111). Bern: Hogrefe.
- Lohaus, A. & Vierhaus, M. (2019). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (Lehrbuch, 4., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59192-5>
- Loss, J., Eichhorn, C., Reising, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0079-8>
- Markie-Dadds, C., Sanders, M. R. & Turner, K. M. (2013). *Triple P Elternarbeitsbuch. Liebend gern erziehen : Triple P positives Erziehungsprogramm für alle Eltern* (3. Auflage). Milton: Triple P International Pty. Ltd.
- Mayring, P. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum qualitative Sozialforschung*, 2(1).
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz. Verfügbar unter: <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-407-25730-7.pdf>
- Meyer, T., Bengel, J. & Wirtz, M. A. (2022). Definitionen der Rehabilitation und zentraler Begriffe. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Auflage, S. 28–43). Bern: Hogrefe.

## Anhang

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). s.l.: Lambertus Verlag. Verfügbar unter: [http://www.content-select.com/index.php?id=bib\\_view&ean=9783784125466](http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783784125466)
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Boston: de Gruyter Oldenbourg.
- Möhler, R., Köpke, S. & Meyer, G. (2015). Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2). *Trials*, 16, 204. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0709-y>
- Moss, A., Kunze, D. & Wabitsch, M. (2011). Evidenzbasierte Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Evidence-based therapy guideline of the German Working Group on Obesity in Childhood and Adolescence], 54(5), 584–590. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1269-2>
- Mühlig, Y., Wabitsch, M., Moss, A. & Hebebrand, J. (2014). Weight loss in children and adolescents. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(48), 818–824. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0818>
- Müller, M. J. (1998). *Ernährungsmedizinische Praxis. Methoden, Prävention, Behandlung ; mit 168 Tabellen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. & van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.031>
- Nobile, C. & Drotar, D. (2003). Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: implications and recommendations. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 24(4), 279–290. <https://doi.org/10.1097/00004703-200308000-00010>
- Ohlbrecht, H. (2022). Modelle von Gesundheit und Krankheit. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Auflage, S. 18–27). Bern: Hogrefe.
- Omer, H., Steinmetz, S. G., Carthy, T. & Schlippe, A. v. (2013). The anchoring function: parental authority and the parent-child bond. *Family Process*, 52(2), 193–206. <https://doi.org/10.1111/famp.12019>
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P. et al. (2009). Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001872. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001872.pub2>
- Pallasch, W. & Petersen, R. (2005). *Coaching. Ausbildungs- und Trainingskonzeption zum Coach in pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern* (Pädagogisches Training).

## Anhang

- Weinheim, München: Juventa-Verl. Verfügbar unter:  
<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-0378-9>
- Pankatz, M. (2016). *Telefonbasierte Nachsorge im Anschluss an die stationäre Adipositasrehabilitation von Kindern und Jugendlichen*. unveröffentlichte Dissertation. Europa-Universität Flensburg.
- Patrick, H., Hennessy, E., McSpadden, K. & Oh, A. (2013). Parenting Styles and Practices in Children's Obesogenic Behaviors: Scientific Gaps and Future Research Directions. *Childhood Obesity*, 9(Suppl 1), S-73-86. <https://doi.org/10.1089/chi.2013.0039>
- Peterander, F., Bailer, J., Henrich, G. & Ständler, T. (1992). Familiäre Belastungen, Elternverhalten und kindliche Entwicklung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 1992(Heft 4), 411–424.
- Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, 65(3), 122–128. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000214>
- Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Zelli, A. (2000). Discipline responses: influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 14(3), 380–400. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.14.3.380>
- Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Langnäse, K. & Müller, M. J. (2011). 15 Jahre Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Ergebnisse sowie deren Einordnung und Bedeutung für die Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [15 years of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Results and its importance for obesity prevention in children and adolescents], 54(3), 304–312. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1229-2>
- Präventive Kinder- und Jugendhilfe (g!nko Stiftung für Prävention, Hrsg.). *MOTivierende KurzinterVENTion bei Jugendlichen. Fortbildung in Gesprächsführung für Kontaktpersonen von Jugendlichen aus unterschiedlichen Praxisfeldern*. Verfügbar unter: [www.move-trainings.de](http://www.move-trainings.de)
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Purcell, M. (2010). Raising healthy children: Moral and political responsibility for childhood obesity. *Journal of Public Health Policy*, 31(4), 433–446. <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.28>

## Anhang

- Rau, J. & Petermann, F. (2008). Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz (Berlin, Germany)* [Motivational readiness for chronic pain patients], 22(2), 209-17; quiz 218-9. <https://doi.org/10.1007/s00482-008-0640-1>
- Rauen, C. [C.] (2021). Coaching-Prozesse. In C. Rauen (Hrsg.), *Handbuch Coaching* (Innovatives Management, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 521–548). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Devine, J. & Reiß, F. (2023). Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? *Monatsschrift Kinderheilkunde* [The COVID-19 pandemic-How did it affect the mental health of children?], 1–7. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01775-x>
- Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M. & Bullinger, M. (2001). Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25 Suppl 1, S63-5. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801702>
- Reinehr, T. (2011). Effectiveness of lifestyle intervention in overweight children. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 70(4), 494–505. <https://doi.org/10.1017/S0029665111000577>
- Reinehr, T. (2013). Lifestyle intervention in childhood obesity: changes and challenges. *Nature Reviews. Endocrinology*, 9(10), 607–614. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.149>
- Reinehr, T. (2022). Konventionelle Therapiemöglichkeiten. In M. Wabitsch, J. Hebebrand, W. Kiess, T. Reinehr & S. Wiegand (Hrsg.), *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (2. Auflage, S. 437–446). Berlin: Springer.
- Reinehr, T., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., Westenhöfer, J., Egmond-Froehlich, A. et al. (2009). Medical care of overweight children under real-life conditions: the German BZgA observation study. *International Journal of Obesity (2005)*, 33(4), 418–423. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.50>
- Reinehr, T., Widhalm, K., l'Allemand, D., Wiegand, S., Wabitsch, M. & Holl, R. (2009). Two-year follow-up in 21,784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(6), 1196–1199. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.17>
- Resnicow, K., Davis, R. & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2024–2033. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.09.015>
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047–2054. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2259>
- Ried, J. (2008). Adipositasprävention zwischen Veranlagung und Verantwortung. Eine sozioethische Problemskizze. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* [Obesity

## Anhang

- prevention between predisposition and personal responsibility. A social ethics approach], 133(3), 92–95. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1017481>
- Rohmer-Stänner, H. & Hartmann, S. (2016). *Grundlagen des Kieler Coaching Modells (KCM)*. Göttingen: Ibbw-consult GmbH: Institut für berufsbezogene Beratung und Weiterbildung.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation [Public health as a social innovation]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 57(3), 140–144.
- Rosenstiel, L. von. (2007). *Grundlagen der Organisationspsychologie. Basiswissen und Anwendungshinweise* (6., überarbeitete Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7910-2523-0>
- Rubovits, D. S. & Wolynn, T. H. (1999). Children's illness cognition: what mothers think. *Clinical Pediatrics*, 38(2), 99–105. <https://doi.org/10.1177/000992289903800206>
- Rücker, P., Galm, B., Ihme, L., Schüssler, R., Dannemann, A., Bau, A.-M. et al. (2016). Braucht Adipositas Kinderschutz? *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 10(03), 129–134. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1617708>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (Paperback edition). New York, London: The Guilford Press.
- Salemonsén, E., Holm, A. & Øen, K. (2022). Struggling with overweight or obesity in children - fathers' perceptions and experiences of contributing factors, role and responsibility. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2093912. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2093912>
- Satow, L. (2013). *Eltern-Erziehungsstil-Inventar (EEI): Test- und Skalendokumentation*. Verfügbar unter: <http://www.drSATOW.de>
- Scheuring, A. K. & Schulz, W. (2023). Die Rolle elterlicher Kommunikation in Konfliktsituationen für das Erziehungsverhalten und das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 32(1), 53–62. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000378>
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland –

## Anhang

- Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16–23. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005>
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. & Kurth, B.-M. (2019). Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas : Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Body mass index among children and adolescents: prevalences and distribution considering underweight and extreme obesity : Results of KiGGS Wave 2 and trends], 62(10), 1225–1234. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03015-8>
- Schmidt, S. (2018). Wie Essverhalten in der Familie geprägt wird. In M. Kersting (Hrsg.), *Kinderernährung aktuell. Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (Fachbuchreihe der Ernährungsumschau Forschung & Praxis, 2. Aufl., S. 92–105). Sulzbach im Taunus: Umschau-Zeitschriftenverl.
- Schneider, S. [S.]. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-18499-4>
- Schneider, S. [S.] & Adornetto, C. (2019). Diagnostisches Vorgehen. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3* (S. 121–143). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_8)
- Schulte, P. & Liska, G. (2021). Gruppen-Coaching. In C. Rauen (Hrsg.), *Handbuch Coaching* (Innovatives Management, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 91–110). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz von Thun, F. (2021). *Miteinander Reden 2: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation* (Rororo, Bd. 8496, 39. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3., überarb. Aufl.). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Schwarzer, R. & Fleig, L. (2014). Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 64(5), 338–341. <https://doi.org/10.1007/s40664-014-0055-z>
- SGB VI. (1989a). § 15a Leistungen zur Kinderrehabilitation, 2261.
- SGB VI. § 17 Leistungen zur Nachsorge, 2261. Verfügbar unter: [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_6/\\_17.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_17.html)

## Anhang

- Shaw, D. S., Criss, M. M., Schonberg, M. A. & Beck, J. E. (2004). The development of family hierarchies and their relation to children's conduct problems. *Development and Psychopathology*, 16(3), 483–500. <https://doi.org/10.1017/s0954579404004638>
- Shloim, N., Edelson, L. R., Martin, N. & Hetherington, M. M. (2015). Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 6, 1849. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01849>
- Siegler, R. S., Eisenberg, N., DeLoache, J. S. & Saffran, J. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (Lehrbuch, 4. Auflage). Berlin: Springer.
- Soderlund, L. L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilsen, P. (2009). Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*, 24(3), 442–449. <https://doi.org/10.1093/her/cyn039>
- Solem, M., Christophersen, K. & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162–180. <https://doi.org/10.1002/icd.681>
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. SGB IX. Verfügbar unter: [www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgebix/1.html](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgebix/1.html)
- Stachow, R. (Hrsg.). (2007). *Trainermanual leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher* (AID, Bd. 3842, 2. Aufl.). Bonn: aid infodienst Verbraucherschutz Ernährung Landwirtschaft.
- Stachow, R. & Hampel, P. (2022). Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. In T. Meyer, J. Bengel & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften* (1. Auflage, S. 770–779). Bern: Hogrefe.
- Stachow, R., Hampel, P., Hagedorn, N., Kurzinsky, U., Wienert, J. & Wiegand, S. (2017). *Phase 1: Entwicklungs- und Machbarkeitsstudie im Hinblick auf die Diagnostik von Motivationsstadien. Zwischenbericht (MoReMo)*.
- Stachow, R., Hampel, P., Kurzinsky, U., Wienert, J., Wilkens, C. & Hagedorn, N. (2018). *Motivationsfördernde Rehabilitation durch Modularisierung (MoReMo) Phase 2. Abschlussbericht*.
- Stauber, T., Petermann, F., Korb, U., Bauer, A. & Hampel, P. (2004). Kognitiv-behaviorales Stressbewältigungstraining in der Patientenschulung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152(10), 1084–1094. <https://doi.org/10.1007/s00112-003-0831-x>
- Steinhausen, H. (1996). Psychosoziale Aspekte bei chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt international*, (93(40)), A-2553-2555.

## Anhang

- Steinke, I. (2021). Qualität im Coaching. In C. Rauen (Hrsg.), *Handbuch Coaching* (Innovatives Management, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 217–244). Göttingen: Hogrefe.
- Stolz, L. (2018). *Auswirkungen der Erziehungsstile auf die Entwicklung des Kindes. Welcher Weg ist der beste, um ein Kind zu einem emanzipierten und mündigen Individuum heranwachsen zu lassen?* (1. Auflage). München: GRIN Verlag.
- Stormshak, E. A., DeGarmo, D., Garbacz, S. A., McIntyre, L. L. & Caruthers, A. (2020). *Using Motivational Interviewing to Improve Parenting Skills and Prevent Problem Behavior during the Transition to Kindergarten*. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01102-w>
- Stucki, G., Cieza, A. & Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 279–285. <https://doi.org/10.2340/16501977-0041>
- Tharner, A., Luijk, M., van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Jaddoe, V., Hofman, A. et al. (2012). Infant Attachment, Parenting Stress, and Child Emotional and Behavioral Problems at Age 3 Years. *Parenting, science and practice*, 12(4), 261–281. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.709150>
- Thyen, U., Baumann, A., Jürgensen, M., Cytera, C., Berghem, S. & Springer, S. (2021). Habilitation und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 169(3), 212–219. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-01105-5>
- Torbahn G., Gellhaus I., Koch B., Eberding A., Holl R., Fink K. et al. (2014). *Prädiktoren des Gewichtserfolgs unterscheiden sich zwischen Behandlungs- und Maintenancephase*.
- Vallgård, S., Nielsen, M. E., Hartlev, M. & Sandøe, P. (2014). Backward- and forward-looking responsibility for obesity: policies from WHO, the EU and England. *European Journal of Public Health*, 25(5), 845–848. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv076>
- Van Egmond-Fröhlich, A., Bräuer, W., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J. & Zimmermann, E. (2006). Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogrammes nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. *Die Rehabilitation* [Effects of a programme for structured outpatient follow-up care after inpatient rehabilitation of obese children and adolescents--a multicentre, randomized study], 45(1), 40–51. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915368>
- Van Egmond-Fröhlich, A., Gellhaus, I., Koch, B., Torbahn, G. & Eberding, A. (2014). *Abschlussbericht der KgAS-Studie. Zur Evaluation des "Trainermanuals-Leichter, aktiver, gesünder" für die ambulante Gruppenschulung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Eltern*.

## Anhang

- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
- Vogel, M., Geserick, M., Gausche, R., Beger, C., Poulain, T., Meigen, C. et al. (2022). Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Obesity (2005)*, 46(1), 144–152. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00968-2>
- Vogl, S. (2022). *Gruppendiskussionen mit Kindern: methodische und methodologische Besonderheiten*. Mannheim.
- Wabitsch, M. & Moss, A. (2019). *S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter* (AWMF, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002>
- Weber, E. (1986). *Erziehungsstile* (7. Aufl.). Donauwörth: Auer. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC02363613>
- WHO (WHO, Hrsg.). (2006). *WHO European Ministerial Conference on Conteracting Obesity*. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107801/E89567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2014). *European food and nutrition action plan 2015-2020*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Wienert, J., Kuhlmann, T., Fink, S., Hambrecht, R. & Lippke, S. (2017). Testing principle working mechanisms of the health action process approach for subjective physical age groups. *Research in Sports Medicine (Print)*, 24(1), 67–83. <https://doi.org/10.1080/15438627.2015.1126277>
- Wikler, D. (2002). Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*, 16(2), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7093.2002.tb00396.x>
- Wilkens, C. (2017). *Qualitative Analyse des Barrierenmanagements zur Optimierung der Rückfallprophylaxe bei Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas in einer stationären Rehabilitation unter Berücksichtigung unterschiedlicher Motivationsstadien*. Europa-Universität Flensburg: Unveröffentlichte Masterarbeit.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* [Normal values and evaluation of the German parents' version of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study], 30(2), 105–112. <https://doi.org/10.1024//1422-4917.30.2.105>
- Wolf-Kühn, N. & Morfeld, M. (2016). *Rehabilitationspsychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93133-3>

## Anhang

Zhao, J. & Zheng, X. (2022). Should we evoke fear and responsibility in management of obesity-related risk in the press? *Frontiers in Psychology*, 13, 1068464.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1068464>

## Anhang A

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozentuale Entwicklung ausgewählter Indikationen (Hauptdiagnose) in der Kinder- und Jugendrehabilitation, von 2015-2022 (DRV Bund, 2023). .....	13
Abbildung 2: Altersverteilung bei stationärer Kinder- und Jugendrehabilitation von 2011-2016 (DRV Bund, 2023), Hauptdiagnose Adipositas.....	16
Abbildung 3: Ziele des Adipositas-Managements (BLE, 2019b, S. 48).....	20
Abbildung 4: Das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer & Fleig, 2014, S. 339). .....	22
Abbildung 5: Stadien des Transtheoretischen Modells TTM (modifiziert nach Prochaska et al., 1992, S. 1104). .....	23
Abbildung 6: MI-Schaubild (Commer, Leiblein & Volk, 2019) .....	25
Abbildung 7: Erziehungsstile (nach Baumrind, 1967; vgl. Lohaus & Vierhaus, 2019, S. 204). .....	32
Abbildung 8: Werte- und Entwicklungsquadrat (nach Schulz von Thun, 2021, S. 45).....	34
Abbildung 9: Verhaltensmodell (Rosenstiel, 2007, S. 57).....	35
Abbildung 10: Fragestellungen und Hypothesen ReCoVer Phase 1 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 7).....	41
Abbildung 11: Fragestellungen und Hypothesen ReCoVer Phase 2 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 8).....	43
Abbildung 12: Kategoriensystem zur Auswertungsfrage 1-3 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 21).....	45
Abbildung 13: Unmittelbare Veränderung im externalen Essverhalten (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 38). .....	47
Abbildung 14: Kurzfristige Veränderung im körperlichen Wohlbefinden (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 43). .....	48
Abbildung 15: Kurzfristige Veränderung in der Ängstlichkeit/Depressivität (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 43). .....	49
Abbildung 16: Kurzfristige Veränderung im Gesamtproblemwert (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 44).....	49
Abbildung 17 :Zufriedenheit der Begleitperson mit der Rehabilitation und dem Familien-Coaching (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 33).....	50

## Anhang

Abbildung 18: Zufriedenheit der Pat. mit der Rehabilitation und Familien-Coaching (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 34). .....	51
Abbildung 19: Familiäre Kommunikation und Interaktion aus Sicht der Begleitpersonen (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 35). .....	51
Abbildung 20: Familiäre Kommunikation und Interaktion aus Sicht der Kinder und Jugendlichen (t1) (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 35). .....	52
Abbildung 21: Haupt- und Nebenfragestellungen des Promotionsvorhabens. ....	63
Abbildung 22: Ebenen der Triangulation qualitativer und quantitativer Forschung (U. Flick, 2021, S. 45).....	65
Abbildung 23: Plan der Möglichkeiten (mod. nach BLE, 2019b, S. 78f.).....	88
Abbildung 24: Stundenevaluation für Patient*innen und Begleitpersonen (vgl. Hampel & Petermann, 2017). .....	89
Abbildung 25: Beurteilung Coach.....	90
Abbildung 26: Ablauf der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse in 9 Phasen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 186). .....	93
Abbildung 27: Gegenüberstellung induktiver Kategorienbildung und strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 86 und 98). .....	96
Abbildung 28: Kategorienbaum Fokusgruppeninterviews BP, t0. ....	101
Abbildung 29: Kategorienbaum zu Auswertungsfrage 3, Fokusgruppeninterviews BP. ....	121
Abbildung 30: Relative Häufigkeiten der Nennung von Gründen der Patient*innen zur Gewichtsreduktion nach Motivationstypen (Code-Relations-Modell) zum Zeitpunkt t0. ....	130
Abbildung 31: Relative Häufigkeit der Ziele der Patient*innen im 1.Coaching (Code- Relations-Modell mit mind. zwei Nennungen je Code). .....	132
Abbildung 32: Kategorienbaum, Fokusgruppeninterviews Pat. zum Zeitpunkt t1. ....	133
Abbildung 33: Entwicklung des Motivationsstadiums der Begleitpersonen anhand von relativen Häufigkeiten der selektierten Ambivalenzfaktoren. ....	141
Abbildung 34: Entwicklung des Motivationsstadiums der Patient*innen anhand von relativen Häufigkeiten der selektierten Ambivalenzfaktoren.....	141
Abbildung 35: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 1.Coachingeinheit. ....	142
Abbildung 36: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 2.Coachingeinheit. ....	143
Abbildung 37: Beurteilung der Begleitpersonen durch den Coach nach der 3.Coachingeinheit. ....	143
Abbildung 38: Beurteilung der Patient*innen durch den Coach nach der 1.Coachingeinheit. .....	144

## Anhang

Abbildung 39: Beurteilung der Patient*innen durch den Coach nach der 2.Coachingeinheit. .....	144
Abbildung 40: Beurteilung der Patient*innen durch den Coach nach der 3.Coachingeinheit. .....	145
Abbildung 41: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2122 zum Zeitpunkt t0.....	147
Abbildung 42: Stundenevaluation des Patienten 2122, nach dem 1.-3. Coaching.....	148
Abbildung 43: Beurteilung der Mitarbeit von 2122 durch den Coach.....	149
Abbildung 44: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2022 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	150
<i>Abbildung 45: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2115 zum Zeitpunkt t0.....</i>	150
Abbildung 46: Stundenevaluation des Patienten 2115, nach dem 1.-3. Coaching.....	152
Abbildung 47: Beurteilung der Mitarbeit von 2115 durch den Coach.....	152
Abbildung 48: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2015 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	153
Abbildung 49: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2117 zum Zeitpunkt t0. ....	154
Abbildung 50: Stundenevaluation der Patientin 2117, nach dem 1.-3. Coaching.....	155
Abbildung 51: Beurteilung der Mitarbeit von 2117 durch den Coach.....	156
Abbildung 52: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2017 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	157
Abbildung 53: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2128 zum Zeitpunkt t0. ....	158
Abbildung 54: Stundenevaluation der Patientin 2128, nach dem 1.-3. Coaching.....	159
Abbildung 55: Beurteilung der Mitarbeit von 2128 durch den Coach.....	159
Abbildung 56: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2028 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	160
Abbildung 57: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2114 zum Zeitpunkt t0. ....	162
Abbildung 58: Stundenevaluation der Patientin 2114, nach dem 1.-3. Coaching.....	163
Abbildung 59: Beurteilung der Mitarbeit von 2114 durch den Coach.....	163
Abbildung 60: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2014 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	164
Abbildung 61: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2123 zum Zeitpunkt t0. ....	165
Abbildung 62: Stundenevaluation der Patientin 2123, nach dem 1.-3. Coaching.....	166
Abbildung 63: Beurteilung der Mitarbeit von 2123 durch den Coach.....	167
Abbildung 64: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2023 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	168
Abbildung 65: Plan der Möglichkeiten der Patientin 2118 zum Zeitpunkt t0. ....	169
Abbildung 66: Stundenevaluation der Patientin 2118, nach dem 1.-3. Coaching.....	170
Abbildung 67: Beurteilung der Mitarbeit von 2118 durch den Coach.....	171

## Anhang

Abbildung 68: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2018 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	171
Abbildung 69: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2124 zum Zeitpunkt t0.....	172
Abbildung 70: Stundenevaluation der Patientin 2124, nach dem 1.-3. Coaching.....	174
Abbildung 71: Beurteilung der Mitarbeit von 2124 durch den Coach.....	174
Abbildung 72: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2024 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	176
Abbildung 73: Plan der Möglichkeiten des Patienten 2127 zum Zeitpunkt t0.....	177
Abbildung 74: Stundenevaluation des 1.-3.Coachings von Patient 2127.....	179
Abbildung 75: Beurteilung des Patienten 2127 durch den Coach.....	179
Abbildung 76: Veränderung der Motivationsstadien der Familie 2027 von t0 über 1.-3. Coaching zu t1.....	181
Abbildung 77: Einordnung des Projektes ReCoVer in den Public Health Action Cycle, mod. nach Kolip (2006) (Rosenbrock, 1995).....	206
Abbildung 78: Der Krankheitsbegriff (Ohlbrecht, 2022, S. 21).....	211
Abbildung 79: Triangulation des Verantwortungsbegriffs. ....	214

## Anhang

## Kastenverzeichnis

Kasten 1: Definition des Rehabilitationsbegriffes (DVfR).....	14
Kasten 2: Kriterien für den Erfolg einer Adipositasbehandlung (BLE, 2019b).....	18
Kasten 3: Definition der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 13 und 29).....	65
Kasten 4: Zusammenfassung Pat.- /BP- zum Zeitpunkt t0. ....	106
Kasten 5: Zusammenfassung Pat. +/BP- zum Zeitpunkt t0. ....	109
Kasten 6: Zusammenfassung Pat. - / BP + zum Zeitpunkt t0. ....	114
Kasten 7: Zusammenfassung Pat. + / BP + zum Zeitpunkt t0. ....	117
Kasten 8: Zusammenfassung Fokusgruppeninterviews BP, Auswertungsfrage 3. ....	127
Kasten 9: Zusammenfassung, Fokusgruppeninterviews Pat., 2. Auswertungsfrage.....	137
Kasten 10: Kernbotschaften zu Einzelfällen mit günstigen Verläufen. ....	161
Kasten 11: Kernbotschaft der Einzelfälle mit ungünstigem Verlauf.....	182
Kasten 12: Schlüsselfragen zur Erforschung von Absichtslosigkeit (mod. nach Miller & Rollnick, 2015).....	196
Kasten 13: Offene Fragen zur Klärung von Bedürfnissen und Bedarfen. ....	197

## Anhang

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Taxonomie der Regulationsstile der Organismic Integration Theory – OIT (übersetzt nach Ryan & Deci, 2017, S. 193). .....	27
Tabelle 2: Phasen des Coachingprozesses (Rohmer-Stänner & Hartmann, 2016). .....	29
Tabelle 3: Piagets Stadien der kognitiven Entwicklung (Siegler et al., 2016, S. 131) .....	36
Tabelle 4: Verantwortlichkeiten und Beispiele für erforderliche Strategien zur Bekämpfung von Adipositas (mod. nach Berry, 2020). .....	39
Tabelle 5: Messinstrumente der Phase 1 und 2 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 15) .....	44
Tabelle 6: Kodierleitfaden für die Auswertungsfragen 1-3 (Ausner, Gellhaus et al., 2023, S. 20). .....	46
Tabelle 7: Teilnahme von Familien je Rehabilitationsmaßnahme .....	58
Tabelle 8: Zeitplan für die Datenerhebung während einer vierwöchigen stationären Rehabilitation. ....	59
Tabelle 9: Qualitätsdimension für gesundheitsförderliche und präventive Projekte (modifiziert nach Loss et al., 2007, S. 200). .....	60
Tabelle 10: Die Standards für Evaluation der (DeGEval, 2016). .....	61
Tabelle 11: Bedeutung der vierstelligen Codierung der erfassten Personendaten .....	63
Tabelle 12: Haupt-, Nebenfragestellungen und Auswertungsfragen des Promotionsvorhabens. ....	64
Tabelle 13: Coachingkonzept der Einheit 1. ....	70
Tabelle 14: Coachingkonzept der Einheit 2. ....	72
Tabelle 15: Coachingkonzept der Einheit 3. ....	74
<i>Tabelle 16: Zusammenfassende Bewertung der Checkliste MoReMo (Kurzinsky, 2018). ....</i>	<i>76</i>
Tabelle 17: Beobachtetes Verhalten in Phase 1 und Zuordnung zu Motivationsstadien, angelehnt an HAPA und Checkliste MoReMo (Stachow et al., 2018). ....	76
Tabelle 18: Beschreibung der Motivationsstadien (Mot.) in ReCoVer Phase 2. ....	77
Tabelle 19: Beschreibung der Motivationsstadien in ReCoVer, in Bezug zu Modellen der Verhaltensänderung (modifiziert nach (Miller & Rollnick, 2015; Ryan & Deci, 2017; Schwarzer, 2004). ....	81
Tabelle 20: Interviewleitfaden Patient*innen prä (GLF-MoS; Einzelinterview). ....	83
Tabelle 21: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Patient*innen (t1). ....	84
Tabelle 22: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Begleitpersonen (t0). ....	84
Tabelle 23: Interviewleitfaden für das Gruppeninterview der Begleitpersonen (t1). ....	85
Tabelle 24: Vorlage Coachingprotokoll. ....	86
Tabelle 25: Analyseeinheiten der vorliegenden Studie. ....	95
Tabelle 26: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-VI. ....	99

## Anhang

Tabelle 27: Fallzuordnung (Familien 2001-2031) im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t0 mit Differenzierungsgrad Mot. I-III und Mot. IV-VI.....	99
Tabelle 28: Auswertungsfrage 1 der Hauptfragestellung bezüglich der Motivationslage zum Zeitpunkt t0.....	100
<i>Tabelle 29: Induktiv gebildete Hauptkategorien und Kategorien der Auswertungsfrage 1. .</i>	102
Tabelle 30: Auswertungsfrage 2 der Hauptfragestellung bezüglich der Ziele zum Zeitpunkt t0. ....	118
Tabelle 31: Kategorien der Hauptkategorie Ziele der Begleitpersonen zu Coaching-Beginn. ....	118
Tabelle 32: Häufig genannte Ziele der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t0.....	119
Tabelle 33: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-III und IV-VI.....	119
Tabelle 34: Fallzuordnung im Merkmalsraum Motivation zum Zeitpunkt t1 mit Differenzierungsgrad der Motivationsstadien Mot. I-VI.....	120
Tabelle 35: Auswertungsfrage 3 der Hauptfragestellung bezüglich der Motivationslage der Begleitpersonen zum Zeitpunkt t1.....	120
Tabelle 36: Auswertungsfrage 1.1 zur Nebenfragestellung 1 bezüglich Motivationslage der Patient*innen (t0).....	129
Tabelle 37: Auswertungsfrage 1.2 der Nebenfragestellung 1 bezüglich der Zielformulierung der Patient*innen, t0. ....	131
Tabelle 38: Auswertungsfrage 1.3 der Nebenfragestellung 1 bezüglich der Motivationslage Pat. t1.....	132
Tabelle 39: Kodierleitfaden zur Auswertung der Nebenfragestellung 2, für eine deduktive Kategorienanwendung (Mayring, 2015).....	140
Tabelle 40: Auswertungsfrage 2.2 der Nebenfragestellung 2 zur Beurteilung durch den Coach.....	142
Tabelle 41: Entwicklung der Patient*innen und Begleitpersonen im Merkmalsraum Motivation von t0 zu t1.....	145
Tabelle 42: Auswertungsfrage 2.3 der Nebenfragestellung 2 zu individuellen Entwicklungsfaktoren von t0 zu t1.....	146
Tabelle 43: Typencharakterisierung ReCoVer.....	195
Tabelle 44: Vergleich verschiedener Therapie-Interventionen (Müller, 1998, S.262f.; Schulte & Liska, 2021, S.91f.).....	207
Tabelle 45: Charakterisierung der Motivationstypen und Bedarfe für die motivationale Entwicklung. ....	213

Anhang

## Anhang B

Europa-Universität Flensburg



### Kontaktformular

Liebe Familie \_\_\_\_\_, nun geht es los mit ihrer Reha!

Zusätzlich zu unserem Adipositas-Programm bieten wir für Sie, im Rahmen einer Studie der Europa-Universität Flensburg, eine zusätzliche **Familienberatung (Familiencoaching)** an. Diese Beratung wird von Frau Evita Ausner (Leiterin der Ernährungsberatung) durchgeführt. Dabei arbeitet Frau Ausner individuell mit Ihnen als Familie an Ihren Rehabilitationszielen. Wir nehmen an, dass Sie durch diese individuelle Beratung Ihre Ziele später in Ihrem Alltag zu Hause besser umsetzen können. Die Teilnahme am Familiencoaching ist freiwillig, deshalb füllen Sie bitte dieses Formular aus und geben es, bei Interesse in Ihrer ersten Ernährungsschulung am Freitag ab.

Mit dem Ausfüllen und Unterzeichnen dieses Formulars erlauben Sie uns, Sie zu kontaktieren, um Sie über die Studie weiter zu informieren. Entsprechend meldet sich Frau Ausner bei Ihnen, wenn Sie Interesse an der Teilnahme bekunden.

***Ja, ich bin an der Teilnahme am Familiencoaching interessiert und möchte informiert werden.***

Name:

---

Zimmernummer:

---

Im Rahmen des Informationsgesprächs sowie jederzeit danach können wir all Ihre Fragen besprechen. Nach der Information haben Sie und Ihr Kind ausreichend Bedenkzeit, um zu entscheiden, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



## **Allgemeine Information über die Studie „Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“**

***Europa-Universität Flensburg***

### **Liebe Familie,**

herzlich willkommen bei unserer Studie zur Entwicklung einer Familienberatung in der stationären Rehabilitation von begleiteten Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht. Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserer Studie.

Zurzeit führt die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) in der Fachklinik Satteldüne gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Europa-Universität Flensburg eine wissenschaftliche Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht durch. Dies geschieht unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Petra Hampel, Herrn Dr. med. Christian Falkenberg und Frau MSc. oec. troph. Evita Ausner. Die bisherige Rehabilitation der Fachklinik war bislang schon sehr erfolgreich. Allerdings haben unsere eigenen und die Erfahrungen anderer Expert\*innen ergeben, dass die Rehabilitation noch besser an die Bedürfnisse der Patient\*innen angepasst werden sollte. Kinder und Jugendliche sind unterschiedlich motiviert, ihr Verhalten zu verändern. Einige sind schon fest entschlossen, etwas zu ändern, andere sind noch unsicher. In vergangenen Jahren wurde festgestellt, dass der Rehaerfolg der Kinder und Jugendlichen steigt, wenn unsere Schulungen diese Motivationslagen berücksichtigen. Hierbei wurden jedoch noch nicht die Familien mit einbezogen.

**Ziel der Untersuchung** ist es nun, ein Familien-Beratungs-Konzept zu entwickeln, um die Familien je nach ihrer Motivation gezielter bei der Erreichung der Rehazielen zu unterstützen. Coaching (deutsch: Beratung) ist eine professionelle Prozessbegleitung, wobei die Familien individuell unterstützt werden, selbstgewählte und realistische Rehazielen zu erreichen.

**Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.** Jedes teilnehmende Familienmitglied kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen. Daraus entstehen keine Nachteile.

### **Anonymität**

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. So unterliegen die Mitarbeiterinnen, die durch direkten Kontakt über personenbezogene Daten verfügen, der Schweigepflicht. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie erfolgt in anonymisierter Form, d. h. ohne dass Daten einzelnen Familien zugeordnet werden können.

## Anhang

### Ablauf der Studie

Es wurde ein Konzept entwickelt, das auf seine Güte, Akzeptanz und Durchführbarkeit überprüft werden soll. So werden die persönlichen Rehasziele mittels zusätzlicher Familienberatungen bearbeitet und der Veränderungsprozess hinsichtlich der Gewichtsreduktion sowie der Ess- und Bewegungsgewohnheiten unterstützt. Zusätzlich begleiten wir einzelne Mahlzeiten, um die Umsetzung der Ziele bezüglich des Ernährungsverhaltens zu unterstützen. Dafür erheben wir Körpergröße, Körpergewicht, BMI und BMI-Perzentile der Patient\*innen.

Die Teilnehmenden erwartet folgendes Zusatzangebot:

Nr.	Aufgabe	Zeitaufwand in Minuten	Kind/Jugendliche*r	Sorgeberechtigte Begleitperson
1	Fragebogen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten	Ca. 45		
2	Fragebogen zum Erziehungsstil	Ca. 30		
3	Gespräch zur Motivationslage	Ca. 30		
4	3 Gespräche „Familiencoaching“, zusätzlich zum Reha-Programm	Je 60		
5	Fokusgruppeninterviews für Rückmeldungen zu unserem Konzept	Ca. 30		

### Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung, ob also das Einzelgespräch (3) und das Familiencoaching (4) genauso durchgeführt wird wie vorgesehen, werden der Ton der Fokusgruppeninterviews bzw. einige Coaching-Sitzungen mit einer Kamera aufgenommen. Hier geht es nicht darum, wie die Familie sich während des Trainings verhält, sondern nur um die korrekte Durchführung des Trainings durch Frau Ausner. Hierdurch kann die Befragende Frau Ausner von einem Experten (Supervisor) begutachtet werden, ob sie die Befragung nach festgelegten Kriterien richtig durchgeführt hat.

Die Tonaufzeichnung des Fokusgruppeninterviews macht es für uns einfacher, später nachzuvollziehen, wer etwas gesagt hat. Die Aufnahmen werden später im Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften der Europa-Universität Flensburg ausgewertet. Ein aufgenommenes Gespräch wird von uns transkribiert, also jedes Wort wird aufgeschrieben. Der Gesprächsverlauf kann somit beurteilt werden. Außerdem gehen wichtige Informationen der Studienteilnehmenden nicht verloren, die sonst vielleicht überhört werden und nicht mitgeschrieben werden könnten. Hierbei werden personenbezogene Angaben (Namen von Personen) und andere Angaben, die eine Erkennung von Beteiligten ermöglichen könnten (Orts- und Straßennamen, Namen

## Anhang

von Kliniken und Arztpraxen etc.), nicht in die Transkripte übernommen. Hiermit wird die Anonymität gewahrt.

**Die Einwilligung zur Aufnahme von Video- oder Tonaufnahmen ist ebenfalls freiwillig.** Alle Studienteilnehmenden der Familie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Einwilligung widerrufen, ohne dass daraus Nachteile entstehen.

Selbstverständlich gelten für die Aufnahmen die strengen Auflagen des Datenschutzes:

### Datenschutz

Die persönlichen Daten und Befunde werden mit der Transkription verschlüsselt (Pseudonymisierung; d. h. weder Name noch Initialen oder das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode). Alle Daten, Antworten und Ergebnisse werden unter einer Nummer gespeichert. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die den jeweiligen Namen mit der Nummer verbindet, was für die Auswertung der Daten erforderlich sein könnte. Die Kodierliste ist nur den Projektmitarbeiterinnen zugänglich; sie wird in einem abschließbaren Schrank in der Europa-Universität Flensburg aufbewahrt und nach Abschluss der Dateneingabe vernichtet. Nach Vernichtung der Kodierliste liegen die Daten nur noch als Nummer in vollständig anonymisierter Form vor; ein Rückschluss auf die Einzelperson ist dann nicht mehr möglich. Das Forschungsinstitut erhält Daten, die nur mit der Kennnummer gekennzeichnet sind. Die anonymisierten Daten werden 10 Jahre, für eventuelle Folgeprojekte, gespeichert. **Wenn erwünscht, können die erhobenen Daten jederzeit gelöscht werden. Wenn die Kodierliste aber erst einmal gelöscht ist, können wir den Datensatz nicht mehr identifizieren.**

Die **Tonaufnahmen** werden lediglich einem weiteren Projektmitarbeitenden zugänglich gemacht und nach der Transkription vernichtet. Die **Videoaufzeichnungen** werden sofort auf den lokalen Rechner von Frau Ausner überspielt und die Datei auf der SIM-Karte wird gelöscht. Die Videodatei wird einem Supervisor auf dem Rechner gezeigt und nach dieser Besprechung auch gelöscht.

**Sofern Sie einverstanden sind, bringen Sie die beigefügten Einverständniserklärungen bitte zu Ihrem Erstgespräch bei Frau Ausner mit. Den Termin finden Sie in Ihrem Therapieplan.**

Gerne Fragen an:

MSc. Evita Ausner	Prof. Dr. Petra Hampel	Dr. med. Christian Falkenberg
Studienleitung	Projektleitung	Ärztlicher Direktor
Fachklinik Sylt/Amrum	Europa-Universität Flensburg	Fachklinik Satteldüne
Telefon: 04651-852 117	Telefon: 0461 - 805 2418	Telefon: 04682 – 34-3001
E-Mail: evita.ausner@uni-flensburg.de	E-Mail: petra.hampel@uni-flensburg.de	E-Mail (Sekretariat): stephanie.dettmann@drv-nord.de

**Über Ihre Mitarbeit würden wir uns sehr freuen und bedanken uns im Voraus.**



## Einwilligungserklärung - Eltern

### *Europa-Universität Flensburg*

**Titel der Studie:** „Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“

Ich (Name der Begleitperson in Druckschrift) \_\_\_\_\_,

Begleitperson des Patientenkindes (Name in Druckschrift)  
\_\_\_\_\_

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern Fragen zu dieser vorgesehenen Studie waren, wurden sie von Frau Ausner vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Die Teilnahme umfasst:

Das Ausfüllen eines Fragebogens (ca. 45 Minuten) zur wissenschaftlichen Untersuchung zu Beginn der Rehamaßnahme

3 zusätzliche Familienberatungen und die Begleitung bei einzelnen Mahlzeiten

Ein Gruppeninterview mit der Dauer von ca. 20 Min. zum Ende der Rehamaßnahme.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten bin ich einverstanden. Zur Übermittlung der von der Rehaklinik erhobenen und für die Studie relevanten Daten (Körpergröße, Körpergewicht, BMI und BMI-Perzentile der Patient\*innen) an Frau Ausner entbinde ich die Ärzt\*innen der Fachklinik Satteldüne für den Zeitraum der Untersuchungen von der Schweigepflicht gegenüber Frau Ausner. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe von Namen. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeiterinnen zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und 10 Jahre gespeichert bleiben.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Die Verarbeitung der persönlichen Daten und Bild-/Tonerzeugnisse erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit.a DSGVO (Einwilligung). Weitere Angaben zu meinen **Betroffenenrechten** kann ich dem

## Anhang

**Datenschutz-Steckbrief** entnehmen, den ich auch abzeichnen muss, und/oder dem ausführlicheren **Datenschutzkonzept**.

Ort, Datum & Unterschrift der Begleitperson:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum & Unterschrift der Studienleiterin:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

Evita Ausner

Als Sorgeberechtigte des Patientenkindes bin ich damit einverstanden, dass

(Name des Kindes in Druckschrift) \_\_\_\_\_ an der Studie teilnimmt.

Ort, Datum & Unterschrift der Begleitperson:

\_\_\_\_\_

### Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie

Ich gebe mein Einverständnis, dass für die Datenerhebung 6 Wochen nach der Rehabilitation meine personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme weiterverwendet, werden dürfen. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten bis zum endgültigen Abschluss der Dateneingabe weiterhin in pseudonymisierter Form (Kodierliste) vorliegen und nur die Studienleitung darauf Zugriff hat. Nach spätestens 10 Jahren werden meine anonymisierten Daten gelöscht. Solange die Kodierliste nicht gelöscht ist, kann ich jederzeit Auskunft über meine personenbezogenen Daten erhalten und die Löschung meiner Daten verlangen.

JA  NEIN

Ich bin mit einer telefonischen Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebogen 6 Wochen nach der Rehabilitation einverstanden.

JA  NEIN

### Zusatzvereinbarung für die Speicherung und Verarbeitung der Daten

Ich gebe das Einverständnis zur Speicherung und Verarbeitung der Daten, einschließlich denen aus der Krankenakte (Körpergröße, Körpergewicht, BMI und BMI-Perzentile der Patient\*innen).

JA  NEIN

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

MSc. Evita Ausner	Prof. Dr. Petra Hampel	Dr. med. Chr. Falkenberg
Studienleitung	Projektleitung	Ärztlicher Direktor
Fachklinik Sylt/Amrum	Europa-Universität Flensburg	Fachklinik Satteldüne
Telefon: 04651-852 117	Telefon: 0461 - 805 2418	Telefon: 04682-34-3001
E-Mail: evita.ausner@uni-flensburg.de	E-Mail: petra.hampel@uni-flensburg.de	E-Mail Sekretariat: stefanie.dettmann@drv-nord.de



## Einwilligungserklärung - Patient\*in

### *Europa-Universität Flensburg*

**Titel der Studie:** „Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“

Ich (Name in Blockschrift) \_\_\_\_\_

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern Fragen zu dieser vorgesehenen Studie waren, wurden sie von Frau Ausner vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Die Teilnahme umfasst:

Das Ausfüllen eines Fragebogens (ca. 45 Minuten) zur wissenschaftlichen Untersuchung zu Beginn der Rehamaßnahme, zu deren Ende und 6 Wochen nach der Reha

Ein Einzelinterview mit der Dauer von ca. 45 Min. zu Beginn der Rehamaßnahme

3 zusätzliche Familienberatungen und die Begleitung bei einzelnen Mahlzeiten

Ein Gruppeninterview mit der Dauer von ca. 20 Min. zum Ende der Rehamaßnahme.

Mit der beschriebenen Handhabung bin ich einverstanden. Zur Übermittlung der von der Rehaklinik erhobenen und für die Studie relevanten Daten (Körpergröße, Körpergewicht, BMI und BMI-Perzentile der Patient\*innen) an Frau Ausner entbinde ich die Ärzt\*innen der Fachklinik Satteldüne für den Zeitraum der Untersuchungen von der Schweigepflicht gegenüber Frau Ausner. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d. h. unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe von Namen. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeiterinnen zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und 10 Jahre gespeichert bleiben.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an dieser Studie teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und ich die Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Die Verarbeitung der persönlichen Daten und Bild-/Tonerzeugnisse erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit.a DSGVO (Einwilligung). Weitere Angaben zu meinen **Betroffenenrechten** kann ich dem **Datenschutz-Steckbrief** entnehmen, den ich auch abzeichnen muss, und/oder dem ausführlicheren **Datenschutzkonzept**.

## Anhang

Ort, Datum &amp; Unterschrift Patient\*in:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum &amp; Unterschrift Studienleiterin:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

Evita Ausner

**Zusatzvereinbarung für künftige Kontaktaufnahmen im Rahmen dieser Studie**

Ich gebe mein Einverständnis, dass für die Datenerhebung 6 Wochen nach der Rehabilitation meine personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme weiterverwendet werden dürfen. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten bis zum endgültigen Abschluss der Dateneingabe weiterhin in pseudonymisierter Form (Kodierliste) vorliegen und nur die Studienleitung darauf Zugriff hat. Nach spätestens 10 Jahren werden meine anonymisierten Daten gelöscht. Solange die Kodierliste nicht gelöscht ist, kann ich jederzeit Auskunft über meine personenbezogenen Daten erhalten und die Löschung meiner Daten verlangen.

O JA                      O NEIN

Ich bin mit einer telefonischen Erinnerung an das Ausfüllen der Fragebogen 6 Wochen nach der Rehabilitation einverstanden.

O JA                      O NEIN

**Zusatzvereinbarung für die Speicherung und Verarbeitung der Daten**

Ich gebe das Einverständnis zur Speicherung und Verarbeitung der Daten, einschließlich denen aus der Krankenakte (Körpergröße, Körpergewicht, BMI und BMI-Perzentile der Patient\*innen).

O JA                      O NEIN

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

MSc. Evita Ausner	Prof. Dr. Petra Hampel	Dr. med. Chr. Falkenberg
Studienleitung	Projektleitung	Ärztlicher Direktor
Fachklinik Sylt/Amrum	Europa-Universität Flensburg	Fachklinik Satteldüne
Telefon: 04651-852 117	Telefon: 0461 - 805 2418	Telefon: 04682-34-3001
E-Mail: evita.ausner@uni-flensburg.de	E-Mail: petra.hampel@uni-flensburg.de	E-Mail Sekretariat: stefanie.dettmann@drv-nord.de



## Einwilligungserklärung zu Video- und Tonaufnahmen - Eltern

### *Europa-Universität Flensburg*

**Titel der Studie:** „Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“

Ich (Name der Begleitperson in Druckschrift) \_\_\_\_\_,

Begleitperson des Patientenkindes (Name in Druckschrift)  
\_\_\_\_\_

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf bezüglich der Erstellung von Video- und Tonaufnahmen aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern Fragen zu dieser vorgesehenen Studie waren, wurden sie von Frau Ausner vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Gespräche, die aufgenommen werden können:

Videoaufnahme einer der 3 Familienberatungsgespräche

Die Tonaufnahme eines Gruppeninterviews mit der Dauer von ca. 20 Min. zum Ende der Rehamaßnahme.

Mit der beschriebenen Handhabung der erhobenen Daten bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe meines Namens. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeitenden zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und 10 Jahre gespeichert bleiben. Ton- und Videoaufzeichnungen werden bereits nach der Transkription gelöscht.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an den o.g. Gesprächen teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich diese jederzeit und ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Die Verarbeitung der persönlichen Daten und Bild-/Tonerzeugnisse erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit.a DSGVO (Einwilligung). Weitere Angaben zu meinen **Betroffenenrechten** kann ich dem **Datenschutz-Steckbrief** entnehmen, den ich auch abzeichnen muss, und/oder dem ausführlicheren **Datenschutzkonzept**.

## Anhang

Ort, Datum &amp; Unterschrift der Begleitperson:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum & Unterschrift der Studienleiterin:  
Druckschrift:

Name der Studienleiterin in

\_\_\_\_\_

Evita Ausner

**Zusatzvereinbarung für die Tonaufzeichnung**

Ich bin mit einer Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview und deren Tonaufzeichnung einverstanden

JA       NEIN

**Zusatzvereinbarung für die Videoaufnahme**

Ich gebe mein Einverständnis, dass Familienberatungsgespräche zur Qualitätssicherung aufgezeichnet werden.

JA       NEIN

**Zusatzvereinbarung für die Video- und Tonaufnahme meines Kindes**

Als sorgeberechtigte Person bin ich damit einverstanden, dass Video- und Tonaufnahmen von (Name des Kindes in Druckschrift) \_\_\_\_\_ erstellt werden.

JA       NEIN

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

MSc. Evita Ausner Studienleitung Fachklinik Sylt/Amrum Telefon: 04651-852 117 E-Mail: evita.ausner@uni-flensburg.de	Prof. Dr. Petra Hampel Projektleitung Europa-Universität Flensburg Telefon: 0461 - 805 2418 E-Mail: petra.hampel@uni-flensburg.de	Dr. med. Chr. Falkenberg Ärztlicher Direktor Fachklinik Satteldüne Telefon: 04682-34-3001 E-Mail (Sekretariat): stefanie.dettmann@drv-nord.de
--	--	--



## Einwilligungserklärung zu Video- und Tonaufnahmen - Patient\*in

### *Europa-Universität Flensburg*

**Titel der Studie:** „Rehabilitation für begleitete Kinder und Jugendliche mit Adipositas: individualisiertes Familien-Coaching zur Förderung der Verhaltensmodifikation“

Ich (Name in Blockschrift) \_\_\_\_\_

bin mündlich und schriftlich über die Studie und den Studienablauf bezüglich der Erstellung von Video- und Tonaufnahmen aufgeklärt worden. Ich habe alle Informationen vollständig gelesen und verstanden. Sofern Fragen zu dieser vorgesehenen Studie waren, wurden sie von Frau Ausner vollständig und zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Gespräche, die aufgenommen werden können:

Videoaufnahme einer der 3 Familienberatungsgespräche

Die Tonaufnahme eines Gruppeninterviews mit der Dauer von ca. 20 Min. zum Ende der Rehamaßnahme.

Mit der beschriebenen Handhabung bin ich einverstanden. Die Aufzeichnung und Auswertung der Daten erfolgt unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe von Namen. Es existiert eine Kodierliste auf Papier, die meinen Namen mit dieser Nummer verbindet. Diese Kodierliste ist nur den Projektmitarbeiterinnen zugänglich und wird nach Abschluss der Datenauswertung gelöscht. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Aufbewahrung bzw. Speicherung dieser Daten widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit eine Löschung all meiner Daten verlangen kann. Wenn allerdings die Kodierliste bereits gelöscht ist, kann mein Datensatz somit nicht mehr identifiziert und gelöscht werden. Meine Daten sind dann anonymisiert. Ich bin einverstanden, dass meine anonymisierten Daten zu Forschungszwecken weiterverwendet werden können und 10 Jahre gespeichert bleiben. Ton- und videoaufnahmen werden bereits nach der Transkription gelöscht.

Ich hatte genügend Zeit für eine Entscheidung und bin bereit, an diesen Gesprächen teilzunehmen. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich diese jederzeit und ohne Angaben von Gründen beenden kann.

Die Verarbeitung der persönlichen Daten und Bild-/Tonerzeugnisse erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit.a DSGVO (Einwilligung). Weitere Angaben zu meinen **Betroffenenrechten** kann ich dem **Datenschutz-Steckbrief** entnehmen, den ich auch abzeichnen muss, und/oder dem ausführlicheren **Datenschutzkonzept**.

## Anhang

Ort, Datum &amp; Unterschrift Patient\*in:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum &amp; Unterschrift Studienleiterin:

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

Evita Ausner

**Zusatzvereinbarung für die Tonaufzeichnung**

Ich bin mit einer Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview und deren Tonaufzeichnung einverstanden

JA       NEIN

**Zusatzvereinbarung für die Videoaufnahme**

Ich gebe mein Einverständnis, dass Familienberatungsgespräche zur Qualitätssicherung aufgezeichnet werden.

JA       NEIN

Bei Fragen oder anderen Anliegen kann ich mich an folgende Personen wenden:

MSc. Evita Ausner	Prof. Dr. Petra Hampel	Dr. med. Chr. Falkenberg
Studienleitung	Projektleitung	Ärztlicher Direktor
Fachklinik Sylt/Amrum	Europa-Universität Flensburg	Fachklinik Satteldüne
Telefon: 04651-852 117	Telefon: 0461 - 805 2418	Telefon: 04682-34-3001
E-Mail: evita.ausner@uni-flensburg.de	E-Mail: petra.hampel@uni-flensburg.de	E-Mail Sekretariat: stefanie.dettmann@drv-nord.de

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde(n) ich (wir) \_\_\_\_\_ (Name)

die Ärzt\*innen der Fachklinik Satteldüne \_\_\_\_\_ (Name)

bezüglich

\_\_\_\_\_  
(Name des Kindes / der/des Jugendlichen)

von der Schweigepflicht, um Frau Ausner folgende Daten des Kindes / der/des Jugendlichen zu übermitteln: Alter, Körpergewicht, Körpergröße, BMI, BMI-Perzentile.

Nebel, \_\_\_\_\_

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind/Jugendliche(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

