

„Und dann sagt sie (Kinderärztin): ‚Ich muss mehr abnehmen‘, und sagt dann: ‚Geh doch mehr spazieren‘. Und das regt mich dann immer auf, weil sie das dann jedes Mal sagt und dann will ich da nicht mehr hin.“ (K19)

Gewichtsdiskriminierung in der pädiatrischen Adipositastherapie – ein unterschätzter Einflussfaktor? - Eine qualitative, mehrperspektivische Erhebung

Hintergrund und Ziele

Gewichtsdiskriminierung beschreibt die Stigmatisierung und Grenzüberschreitung gegenüber Menschen mit höherem Gewicht (1). Im Gesundheitssystem ist Gewichtsdiskriminierung vor allem in der Erwachsenenforschung beschrieben und verweist u. a. auf unzureichende Diagnostik, falsche Therapien, ausgrenzende Praxisgestaltungen bis hin zu direkter, z.B. verbaler Diskriminierung (2). In der pädiatrischen Adipositastherapie beschreibt die bisherige S3-Leitlinie einen interdisziplinären Ansatz mit einem Fokus auf Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie (3). Der Einfluss von und Umgang mit Gewichtsdiskriminierung findet hierbei noch wenig Raum. Diese Lücke wurde im Rahmen der Studie aufgenommen und therapiebeeinflussende Faktoren rund um das Thema Gewichtsdiskriminierung exploriert.

Methodik

Dieses Poster präsentiert Ergebnisse des qualitativen Teils einer mixed-methods Studie, welche 4 ambulante Reha-Programme für Kinder mit diagnostizierter Adipositas evaluiert hat.

Es wurden durchgeführt (semistrukturiert und leitfadengestützt):

- Telefoninterviews mit Gesundheitspersonal (GP) (n = 19) und Eltern (E) (n = 19)
- vor Ort Fokusgruppen mit Kindern (K) (n = 6 Fokusgruppen, insgesamt 35 Kinder)

Alle Interviews und Fokusgruppen wurden audiodigital aufgenommen, anonymisiert transkribiert und inhaltsanalytisch mit der Frameworkanalyse ausgewertet.



Ergebnisse

K11: „Also, ich mache es ehrlich gesagt mehr für meine Freunde. Weil ich halt, noch etwas dicker war, da hatte ich jetzt noch nicht so viele Freunde. (...) als die Reha schon fast vorbei ist, habe ich jetzt ungefähr schon so fünf oder sechs Freunde. Und da habe ich gemerkt, dass ich mit der Reha wirklich etwas verändert habe.“

E11: „(...) da sprechen wir wirklich offen drüber und sie selber sagt, sie möchte fitter werden, sie möchte abnehmen, um schönere Kleider zu tragen, obwohl sie ja eigentlich noch alles tragen kann.“

Gründe

K17: „Mein Ziel ist es hier nicht mehr so einen Bauch zu haben. (...) Weiß nicht, weil mir schon ganz oft Kinder gesagt haben, dass ich ganz schön dicke Bauch habe.“

Ziele für die Reha

GP3: „Denn unser Ziel ist ja NICHT direkt Gewichtsabnahme, sondern eigentlich eher erstmal eine Verhaltensänderung oder deren Lebensgewohnheiten ne.“

K5: „Bei mir war es nicht schwer es meinen Freunden zu erklären. Ich habe einfach gesagt: ‚Ja, ich gehe in so ein Programm zum Abnehmen.‘“

Sprache

K14: Also ich finde den Namen (der Reha) jetzt nicht so cool, weil das hört sich irgendwie an wie eine Behinderung oder so.

IW2: Und hättest du irgendeinen Begriff, den du besser fändest?

K?: Ernährungsberatung.

K14: Ernährungsberatung zum Beispiel, ja.

K16: Und Fitnesstherapien. Das wäre ja auch noch so was drin. Ernährungsberatungs- und Fitnesstherapien.

K15: Also Therapie jetzt nicht finde ich, weil ich finde das halt, also...

K14: Ja, es hört sich an wie so...

K15: Ja, es hört sich so: Man ist schlecht, man kann nichts, man muss es machen können, man muss es lernen, so hört sich halt Therapie für mich an.

K16: Training? Das klingt halt jetzt, als ob man das verbessern möchte.

K15: Nein, Training hört sich an: Man kann es, man übt es nur, oder man will es weiter lernen.

K16: Ja, hätte ich auch so gesagt. Also Ernährungs-,

K15: Ernährungsschulung...

K16: Ernährungsschulung und Fitnesstherapien für Kinder wäre doch ein toller Begriff...

K15: Training hatten wir gesagt.

K16: Achso, Training. Training für Kinder in der X (Rehainrichtung), zum Beispiel.

K15: Ernährungsschulung und Sozialkompetenztraining und Fitnesstraining für Kinder.

Stigmatisierende Therapieempfehlungen

K3: „Die (Kinderärztin) haben das halt gesagt: ‚Ja, du bist ein bisschen zu dick.‘. Und dann haben die halt gesagt: ‚Du musst abnehmen.‘ und dann: ‚Mehr Sport‘. Aber ich war halt davor drei bis teilweise vier Mal die Woche beim Sport machen, also daran wird es nicht gelegen haben. Und die haben da überhaupt gar nicht zugehört, die haben da einfach trotzdem weiter so gedacht: Ja, die macht keinen Sport.“

Diskriminierung und Vertrauensverlust

K30: „(...) Obwohl mein Orthopäde gesagt hat, das ist, weil ich ein fehlgewachsenes Knie habe, schon seit ich klein bin. Und er (der Kinderarzt) hat einfach versucht alles abzustreiten und hat es einfach auf mein Gewicht getan, hat gesagt: ‚Ja, weil du einfach dick bist belastet das dein Knie.‘. Und seitdem ziehe ich mich halt auch nicht gerne vor Ärzten aus, weil sobald man sich auszieht, sehen die ja halt deinen ganzen Körper und deswegen gehe ich nicht gerne dahin. Immer wenn ich krank bin oder wenn ich Schmerzen habe, nehme ich einfach Ibuprofen (kurzes Lachen) und lasse es über mich ergehen.“

Fazit

Gewichtsdiskriminierung wirkt sich auf verschiedene Aspekte der Therapie aus: auf die Gründe für und die Ziele innerhalb der Therapie, auf die ausgesprochenen Therapieempfehlungen durch Gesundheitspersonal und die Sprache. Zudem kann erlebte Diskriminierung durch medizinisches Fachpersonal zu einem Vertrauensverlust in Gesundheitsstrukturen führen. Dieser Vertrauensverlust bewirkt teilweise, dass Kinder und Jugendliche den Kontakt zu Gesundheitsstrukturen meiden. Stigmatisierungserfahrungen mitzudenken und gewichtsdiskriminierende Strukturen aktiv zu reduzieren, könnte anhaltend die Gesundheitsversorgung der Kinder verbessern. So kann die Fachpersonal-Patient*innen-Beziehung sowie das Vertrauen in das Gesundheitssystem gestärkt werden.

Referenzen

- 1) Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H.-R., Boz, C., Buzzetti, L., Dicker, D., Die Groot, M., Eberberg, D., ... Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- 2) Albergo, A. S., Edoche, I. Y., Forhan, M., & Russell-Mayhew, S. (2019). Weight bias and health care utilization: A scoping review. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e116. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000227>
- 3) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (AGA), Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Nr. 050-002, Version August 2019. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002_03_Therapie-Prävention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf, letzter Zugriff am 23.09.2025

Gefördert durch



Lucie Schröder | Laura Klüpfel | Sandra Fahrenkrog |

Dr. Judith Stumm

Charité - Universitätsmedizin Berlin |

Institut für Med. Soziologie und Rehabilitationswissenschaft