

SCHLUSSBERICHT

**Verhaltenstraining für
übergewichtige
Kinder/Jugendliche und
deren Eltern**

club minu 2008

Daniela Specht-Fimian
Robert Sempach

Zürich, Februar 2010

ZUSAMMENFASSUNG

13 Kinder im Alter von 11 bis 16 Jahren haben 2008 während neun Monaten ein von der *Direktion Kultur und Soziales des Migros-Genossenschafts-Bund* organisiertes Verhaltenstraining für übergewichtige Kinder und ihre Eltern besucht. Das Programm beinhaltete je 13 Treffen für die Kinder und ihre Eltern, zwei Familiengespräche, ein zweiwöchiges Ferienlager für die Kinder sowie ein Familientag im Oktober. Die Nachbetreuung haben wir mit den Treffen 16 bis 18 (vier, fünf und sechs Monate nach Beendigung der Intensivphase) gewährleistet. Unter Einbezug verhaltens- und familientherapeutischer Konzepte lernten Kinder und Eltern, ein gesundes, auf die individuellen Gewohnheiten abgestimmtes Ernährungsverhalten in ihren Alltag zu integrieren und ihre körperliche Aktivität zu steigern. Nicht eine Reduktionsdiät und eine möglichst schnelle Gewichtsabnahme, sondern die langfristige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens standen somit im Zentrum des Verhaltenstrainings.

Dieses Ziel konnte bei den meisten Kindern erreicht werden. Am Ende des Programms hatten fast alle Kinder ihre Essgewohnheiten deutlich verbessert, mehr Freude an körperlicher Betätigung gewonnen und mehr Selbstsicherheit und Vertrauen in ihren Körper aufgebaut. Auch der Körpermassenindex oder Body Mass Index (BMI) lag bei 6 der 7 noch erfassten Kinder am Kursende (9 von 11 nach der Intensivphase) tiefer als am Kursanfang. Die durchschnittliche Reduktion betrug -1,5 BMI-Einheiten nach der Intensivphase und -1,3 am Kursende, wobei der reine Gewichtsabnahmeerfolg zwischen -7,4 und +2,2 Einheiten stark variierte. Gemäss Perzentile wäre bei durchschnittlichem Wachstum eine BMI-Zunahme von ca. + 1 Einheit in 1,5 Jahren zu erwarten. Trotzdem haben 6 von 7 Kindern 1,5 Jahre nach Programmbeginn ihren Körpermassenindex reduzieren können und einige Eltern bzw. Betreuungspersonen konnten sich nicht nur über den Erfolg ihrer Kinder, sondern ebenso über die Verbesserung ihrer eigenen Ernährungsgewohnheiten und die eigene Gewichtsabnahme (oder Stabilisierung) freuen.

Der diesjährige Kurs entspricht bezüglich Aussteigern unseren Erfahrungen in den letzten zwei Jahren. Zwei Familien haben uns bereits in der Intensivphase verlassen, in der Nachbetreuung konnten wir nur noch mit 7 der 11 verbleibenden Familien arbeiten. Wobei zwei entschuldigt fernblieben. Eine Familie war angemeldet ist aber nicht erschienen und eine Familie konnten wir nicht erreichen.

Auch dieses Jahr haben wir im Sommerlager fünf „externe“ Kinder mitgenommen. Leider hat aber nur eines der fünf Kinder von den Folgeangeboten profitiert und kam ans Weihnachtstreffen. Dieser Junge hatte im Dezember (fünf Monate nach der Intervention) einen um 0.4 Einheiten höheren BMI als nach dem Sommerlager. Da wir nur diese eine Messung haben, haben wir keine Erfahrungen, wie nachhaltig ein zweiwöchiges Lager mit anschliessendem Familiengespräch ist.

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Aufnahmebedingungen für das Verhaltenstraining	5
3. Konzept des Verhaltenstrainings	6
4. Beschreibung des Programms	6
5. Beurteilung des Gewichtsverlaufs	8
6. Ergebnisse der Prozessevaluation	12
7. Ausblick	13
8. Literatur	14

Projektteam

Dr. phil. Robert Sempach (Ernährungspsychologe, Projektleitung)

Claudia Loosli (Kursleiterin Ernährung)

Daniela Specht-Fimian (dipl. Ernährungsberaterin HF)

Dr. phil. Matthias Federer (Fachpsychologe FSP für Kinder- und Jugendpsychologie sowie für Psychotherapie)

Robert Müller (Turn- und Sportlehrer ETH und minu-fit-Trainer)

Dr. med. Vera Schlumbom (Fachärztin für Adoleszentenmedizin)

Simone Meile
(Unterstützung des Bereichs Ernährung während des Sommerlagers)

Sarah Stamm
(Praktikantin minu-fit; während des Sommerlagers)

Sarah Stidwill
(Praktikantin Psychologie; während des Sommerlagers)

Anna Brügel
(Praktikantin Pädagogik; während des Sommerlagers)

Barbara Manser
(Praktikantin der Schule für Ernährungsberatung; während des Sommerlagers)

Gabriela Brunner (Administration), Direktion Kultur und Soziales, Soziales,
Migros-Genossenschafts-Bund

1. Einleitung

Mit der Schlagzeile „EU childhood obesity out of control“ wurde im Mai 2004 der IOTF (International Obesity Task Force) – Childhood Obesity Report von der WHO vorgestellt. In diesem Bericht wird ein rapider Anstieg des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in ganz Europa konstatiert und geschätzt, dass es in Europa 14 Millionen übergewichtige Kinder, davon 3 Millionen Adipöse gibt.

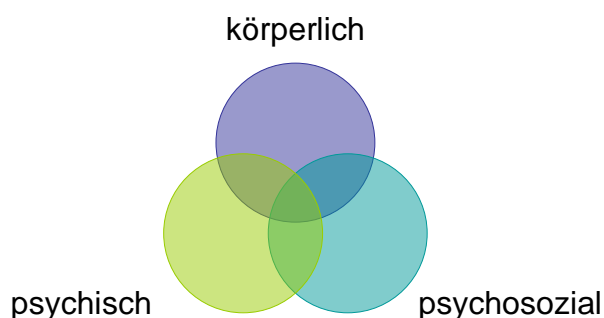
In der Stadt Zürich war vor fünfzehn Jahren jedes achte Kind übergewichtig, heute ist es schon fast jedes vierte. Auch schweizweit ist dieser Trend festzustellen: Wie eine Studie vom ETH-Institut für Humanernährung von (Zimmermann et al 2004) zeigt, sind rund 20% der Kinder im Alter zwischen sechs bis zwölf Jahren übergewichtig und rund 4% fettleibig (adipös). Die WHO zählt Übergewicht und Adipositas zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Für Lehrke und Laessle (2003) sind solche Ergebnisse vor allem deshalb alarmierend, weil Längsschnittuntersuchungen darauf hinweisen, dass die Wahrscheinlichkeit für adipöse Kinder und Jugendliche, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein, hoch ist. Die Persistenzraten, d.h. dass adipöse Kinder und Jugendliche auch im Erwachsenenalter adipös bleiben, liegen bei 50% (Whitaker et al 1997).

Bereits im Kindesalter ist Übergewicht häufig mit Risikofaktoren der degenerativen Herz- und Kreislaufkrankheiten assoziiert (Katzmarzyk et al 2003, Reinehr et al 2005).

Nicht nur wegen der in der Kindheit mit Übergewicht einhergehenden psychosozialen Belastungen, sondern auch zur Vorbeugung späterer kardiovaskulärer Erkrankungen im Erwachsenenalter empfiehlt sich eine Gewichtsreduktion für ein übergewichtiges Kind.

Bei Kindern und Jugendlichen, ebenso wie bei Erwachsenen besteht ein engerer Zusammenhang zwischen Taillenumfang bzw. Taillen-zu Hüft-Ratio (WHR⁴) mit den kardiovaskulären Risikofaktoren, als dies beim BMI gefunden wird. Die Erhöhung des Taillenumfanges geht der BMI-Erhöhung oft voraus.

Folgen des Übergewichts



Durch die stetig steigende Anzahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher wird die Forderung nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten immer stärker. Fachleute sind sich einig, dass Adipositas eine multifaktoriell bedingte Störung ist. Zu den Ursachen zählen genetische Einflüsse, das Ernährungsverhalten, physische Aktivität, aber auch psychologische und psychosoziale Faktoren. Ein multidisziplinärer Ansatz bestehend aus gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und Verhaltenstherapie scheint bei der Behandlung von Adipösen am wirkungsvollsten zu sein. Bei übergewichtigen Kindern und

Jugendlichen ist zudem wichtig, dass die Familien in die Intervention einbezogen werden.

Das im Folgenden beschriebene Verhaltenstraining soll diesen erwähnten Ansprüchen genügen. Im ambulanten Setting (13 Eltern- und Kindertreffen in zweiwöchigen Abständen, zwei Familiengespräche und ein Familientag), wird sowohl mit den Kindern und Jugendlichen, als auch mit den Eltern bzw. Bezugspersonen gearbeitet. Das stationäre Setting beinhaltet ein zweiwöchiges Sommerlager nur mit den Kindern und Jugendlichen. Die Programm-Schwerpunkte liegen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Freizeitaktivität, Kommunikation sowie Selbstwert,.

Das Programm des club minu entspricht den Qualitätsstandards des schweizerischen Fachvereins Adipositas im Kindes – und Jugendalter (www.akj-ch.ch) und der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (www.paediatrics.org).

Im Rahmen der Gesundheitsförderung führte die Direktion Kultur und Soziales/Soziales, Migros-Kulturprozent¹ bereits zum 18. Mal das Verhaltenstraining für Familien mit adipösen Kindern durch.

2. Aufnahmebedingungen für das Verhaltenstraining

Für die Aufnahme in das Verhaltenstraining sind folgende Kriterien entscheidend:

- 1) *Alter: 11 bis 16 Jahre*
- 2) *Gewicht: über der 97. bzw. 90. Perzentile² bzw. über dem BMI-Grenzwert für Adipositas bzw. Übergewicht³*
- 3) *Spürbarer Leidensdruck bzw. Motivation zur Verhaltensänderung*
- 4) *Bereitschaft von Eltern und Kind regelmässig am Programm teilzunehmen*

Voraussetzung für eine Aufnahme in das Verhaltenstraining ist ausserdem, dass ein Kind keine chronischen Krankheiten hatte, welche durch die Gewichtsabnahme oder intensive körperliche Aktivitäten negativ beeinflusst werden könnten, dazu wird auch ein medizinischer Checkup vor Programmbeginn durchgeführt.

Das Körpergewicht wird routinemässig alle zwei Wochen bei den Gruppentreffen und dreimal im Sommerlager gemessen. Die Körpergrösse sowie die Körperfettanalyse (anhand einer Tanita-Waage) werden alle 2 Monate bestimmt. Im Lager wird zudem der Blutdruck gemessen und die WHR (waist-to-hip-ratio⁴) berechnet.

¹ Die breite Förderung der Volksgesundheit gehört zu den Zielen der sozialen und kulturellen Migros. Dank der Unterstützung durch das Migros-Kulturprozent war es in den letzten Jahren möglich, verschiedene Projekte der Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu unterstützen.

Ziel all dieser Massnahmen ist es, subsidiär zu den Aufgaben der öffentlichen Hand wichtige Aspekte der Gesundheitsprävention aufzugreifen.

² Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

³ Cole et al. (2000).

⁴ Ob ein Mensch viel Depotfett oder Muskeln besitzt, darüber gibt die Waage keine Auskunft. So wiegen Sportler mit kräftigen Muskeln oft mehr als gleich grosse Nichtsportler mit rundem Bauch. Wichtiger als die Anzahl der Kilos ist es, wo das Fett sitzt. Bei Menschen mit vorwiegend Bauchfett (Apfelform, androide Adipositas), zeigen sich oft ungünstige Cholesterin-, Blutzucker- und Blutdruckwerte, allesamt Alarmzeichen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Rundlichkeit an Oberschenkeln, Gesäss und Hüften, also ausgeprägte weibliche Figuren (Birnenform), sind hingegen kaum gesundheitsgefährdend. Um sein persönliches Risiko einschätzen zu können, kann der Taillen-Hüfte-Quotient (Waist-Hip-Ratio, kurz WHR) ermittelt werden. Dabei wird der Taillenumfang in Höhe des Nabels und den Körperumfang an der stärksten Stelle des Gesässes gemessen. Dann "Taille" durch "Gesäss" teilen. Die errechnete Zahl sollte bei Frauen unter 0,8 und bei Männern unter 1,0 liegen. Werte darüber deuten auf ein erhöhtes Gesundheitsrisiko hin.

3. Konzept des Verhaltenstrainings

Wie bereits in der Einleitung erwähnt wird, führt die Anwendung einer einzigen Methode zur Gewichtsreduktion mehrheitlich zu unbefriedigenden Ergebnissen. Besonders erfolgreich sind Ansätze, in welchen Ernährungsberatung, Bewegungstraining, verhaltenstherapeutische und gruppendynamische Elemente zur Anwendung kommen.

Das Verhaltenstraining verfolgt hauptsächlich folgende Ziele:

- 1) *Langfristige Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten durch gezielte Veränderung des Essverhaltens*
- 2) *Förderung der körperlichen Aktivität und Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens*
- 3) *Förderung von Konfliktfähigkeit, Selbstverantwortung und Selbstvertrauen*
- 4) *Vermittlung von Verständnis für die Ursachen des eigenen Übergewichts*
- 5) *Vermittlung von Ernährungskennntnissen und Fertigkeiten in der Mahlzeitenzubereitung*
- 6) *Erreichen einer relevanten und zeitlich stabilen Gewichtsabnahme*

Dabei orientiert sich das Verhaltenstraining an folgenden Prinzipien:

- 1) *Selbstkontrollansatz (Erlernen einer flexiblen Selbstkontrolle)*
- 2) *Systemischer Ansatz (Einbezug der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten)*
- 3) *Arbeit in Gruppen (max. 14 Kinder, ca. 18 Erwachsene pro Gruppe)*
- 4) *Prozessorientierung*
- 5) *Hilfe zur Selbsthilfe (Überführung in Selbsthilfegruppen)*

4. Beschreibung des Programms

Das aktuelle Programm des club minu beinhaltet 13 zweistündige Treffen, die zur gleichen Zeit für die Kinder und ihre Eltern in separaten Räumen stattfinden. Während dem Programm und zum Abschluss der Intensivphase findet je ein Familiengespräch statt. Ausserdem werden für die Kinder ein zweiwöchiges Ferienlager (in den Sommerferien), ein Familientag sowie drei weiterführende Treffen für Kinder und Eltern (vier, fünf und sechs Monate nach der Intensivphase) durchgeführt. Nach Bedarf finden mit einzelnen Familien oder Jugendlichen zusätzliche Gespräche statt.

Graphik 1: Phasenablauf des Verhaltenstrainings Club Minu

Phasen	Dauer	Anzahl Treffen	Frequenz / Intensität
Aufnahmegespräche	Februar 08 – April	1	1 Stunde pro Familie
1. ambulante Phase	Mai – anfangs Juli	5	2 Stunden alle 2 Wochen
Sommerlager	Ende Juli	2 Wochen	
Familiengespräch / Standortbestimmung	August	1	1 Stunde pro Familie
2. ambulante Phase	September – Januar 09	8	2 Stunden alle 2 Wochen

Familientag	Oktober 08	1	1 Tag, für die ganze Familie
Familien-Abschlussgespräch	Ende Januar 09	1	1 Stunde pro Familie
Nachbetreuung	Sept. 09 – Nov. 09	3 Treffen	Nach 4, 5 und 6 Monaten, 2 Stunden

Zu den wichtigsten inhaltlichen und methodischen Elementen des Programms zählen:

- *Regelmässiger Erfahrungsaustausch*
- *Führen eines Ess- und Bewegungstagebuchs*
- *Ausarbeitung und Umsetzung eines Vertrags mit kleinen, konkreten Änderungsschritten des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens*
- *Regelmässige Bewegungstrainings*
- *regelmässige Sportmöglichkeit für nach dem club minu suchen/finden*
- *Entspannungstraining und Massage*
- *Auseinandersetzung mit Gegenkräften der angestrebten Verhaltensänderungen*
- *Erlernen von neuen Umgangsformen mit Aggressionen, Frustrationen und Konflikten*
- *Erlernen von neuen Umgangsformen mit Esslust und kritischen Esssituationen*
- *Regelmässige Gewichtskontrollen für die Kinder und die Eltern*
- *Theaterimprovisationen und Rollenspiele*
- *Vorbereitung von selbstorganisierten Treffen (Selbsthilfegruppe)*
- *Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern*
- *Nutzung von familiären und sozialen Ressourcen zur Unterstützung der eingeleiteten Verhaltensänderungen (Familiengespräche nach dem Lager und nach der Intensivphase)*
- *Im Lager werden täglich "Minu-Meetings" durchgeführt, in denen verschiedenste Themen von der Ernährungslehre bis zu Konfliktsituationen mit nicht übergewichtigen Geschwistern diskutiert werden*
- *Praktische Ernährungslehre, Menuplanung und Zubereitung*
- *Sowie Orientierung an den Verhaltensrichtlinien in Anlehnung an eine gesunde, ausgewogene Ernährung:*

Damit die angestrebten Verhaltensänderungen nicht "leere Vorsätze" bleiben, müssen diese auf die persönlichen Ansprüche und die konkreten Lebenssituationen der Kinder und Eltern zugeschnitten sein. Verhaltensänderungen, die langfristig erfolgreich bleiben, sind SMARTER Vorsätze:

- S** wie **s**pezifisch auf mein Ziel zugeschnitten und nicht allgemein.
Sie setzen bei den kritischen Punkten an, d.h. sie bringen, wenn sie umgesetzt werden, eine Veränderung in die gewünschte Richtung in Gang.
- M** wie **m**essbar.
Es kann ohne wenn und aber festgestellt werden, ob sie erreicht wurden oder nicht.
- A** wie **A**uf den Punkt gebracht.
Es ist ganz klar definiert, was anders gemacht werden soll: das Was, Wie und Wie oft ist klar, nicht allgemein und vage formuliert

R wie **r**ealisierbar.

Aufgeteilt in kleine Schritte, die ich mir zutraue: ich weiss, dass sie zumutbar sind, dass ich sie umsetzen und über längere Zeit beibehalten kann – auch im „grauen Alltag“ und bei auftauchenden Schwierigkeiten.

T wie **t**erminiert.

D.h. auf einen Zeitpunkt hin ausgerichtet: es ist festgelegt, bis wann sie umgesetzt sind. Z.B. abends oder zumindest am Ende einer Woche kann eindeutig festgestellt werden, ob sie umgesetzt werden konnten.

E wie **e**rfahrungsoffen.

Sie dienen dazu, dass ich eine neue, konkrete Erfahrung machen kann. Auch wenn ich das gesetzte Ziel vielleicht nicht erreiche, bin ich wenigstens um eine Erfahrung reicher und kann meine Ziele anpassen, erweitern oder neu formulieren.

Dabei geht es um einen schritt- oder stufenweisen Prozess über verschiedene Stufen von der Wahrnehmung bis zur neuen. Gewohnheit

„Gehört ist nicht verstanden.
Verstanden ist nicht einverstanden
Einverstanden ist nicht umgesetzt
Umgesetzt ist nicht beibehalten.“
(Konrad Lorenz)

WAHRNEHMEN
WISSEN
VERHALTEN / TUN
GEWOHNHEIT

5. Beurteilung des Gewichtsverlaufs

Obwohl im Rahmen des Verhaltenstrainings die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und die Förderung des Selbstwertgefühls die zentralen Zielgrössen sind, wird der Erfolg des Programmes von aussen primär nach der erfolgten Gewichtsabnahme beurteilt.

Die Gewichtsveränderung allein ist allerdings für Kinder, die sich in der Wachstumsphase befinden, wenig aussagekräftig. Für eine Beurteilung der Gewichtsabnahmen gilt es deshalb ein Mass zu benutzen, welches die Relation zwischen Körpergrösse und Körpergewicht berücksichtigt.

Der gewichtsbezogene Erfolg am Kursende lässt sich am deutlichsten veranschaulichen, wenn dazu der von der Körpergrösse nahezu unabhängige Körpermassenindex (Body Mass Index; BMI) verwendet wird (Vgl. Graphik 2).

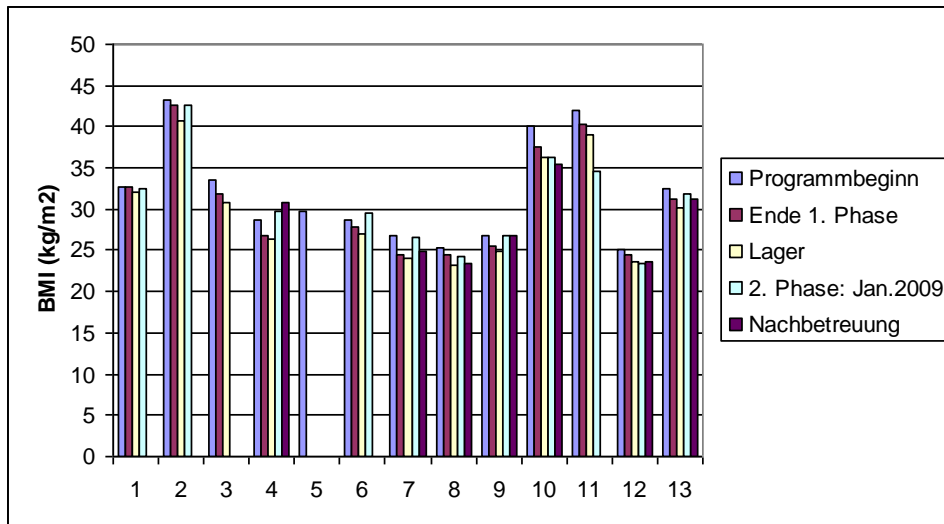
Lehrke und Laessle (2003) bezeichnen den Body-Mass-Index als valides Mass für die Schätzung der Körperfettmasse. Zwischen dem errechneten BMI und der Körperfettmasse konnte ein Zusammenhang aufgezeigt werden. Der Body-Mass-Index wird definiert als Körpergewicht (kg) / Körpergrösse (m)².

Nach Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation wird zwischen Untergewicht (BMI < 18,5kg/m²), Normalgewicht (BMI 18,5-24,9kg/m²), Übergewicht (BMI 25-29,9kg/m²) und Adipositas (BMI >30kg/m²) unterschieden.

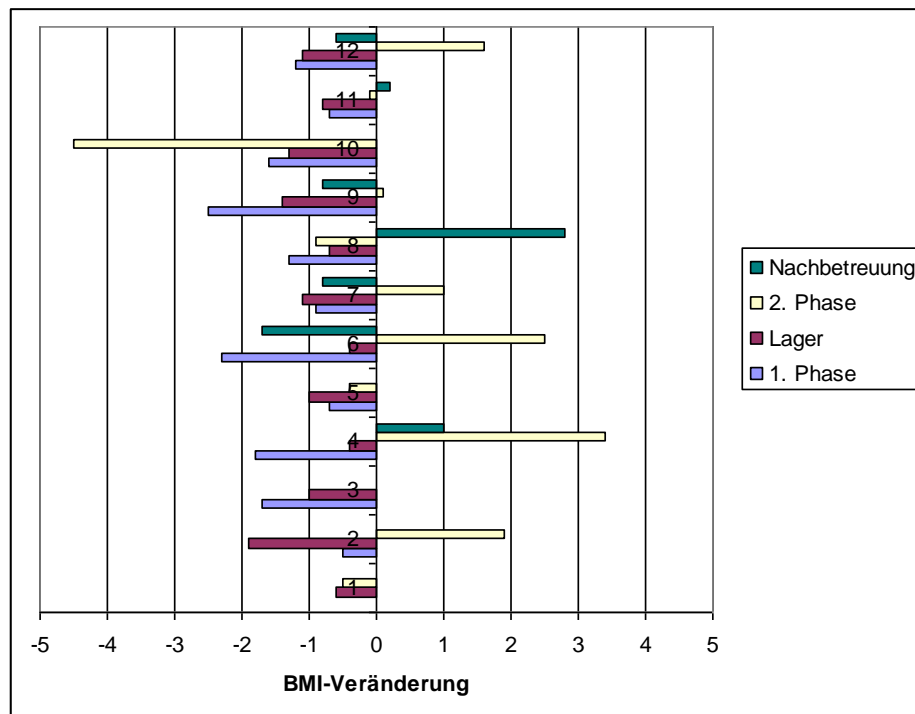
Diese Werte haben Gültigkeit für erwachsene Personen. Bei Kindern und Jugendlichen ist der Körper noch nicht ausgereift und unterliegt aufgrund des Körperwachstums besonderen physiologischen Veränderungen. Daher lässt sich die obgenannte WHO-Klassifizierung nicht direkt auf das Kindes- und Jugendalter übertragen, sondern muss angepasst werden.

Ausgehend davon, dass mit 18 Jahren ein BMI von 25 als Übergewicht und ein BMI von 30 als Adipositas gewertet wird, wurden interpolierte Werte für Kinder und Jugendliche ermittelt. Alters- und geschlechtsspezifische BMI-Referenzkurven bzw. Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas liegen von Kromeyer-Hauschild (2001) und Cole (2000) vor. Beispielsweise hat ein 10-jähriger Knabe mit BMI 20 umgerechnet auf die Erwachsenenklassifikation einen BMI 25 und weist somit bereits leichtes Übergewicht auf. Diese Anpassung zeigt auch, dass ein BMI-Verlauf im Wachstum natürlicherweise steigend erwartet wird, wenn nun durch eine Intervention der BMI stabil bleibt, sprechen wir bereits von einem Erfolg.

Graphik 2: Der Körpermassenindexe von Beginn bis zum Ende des Verhaltenstrainings



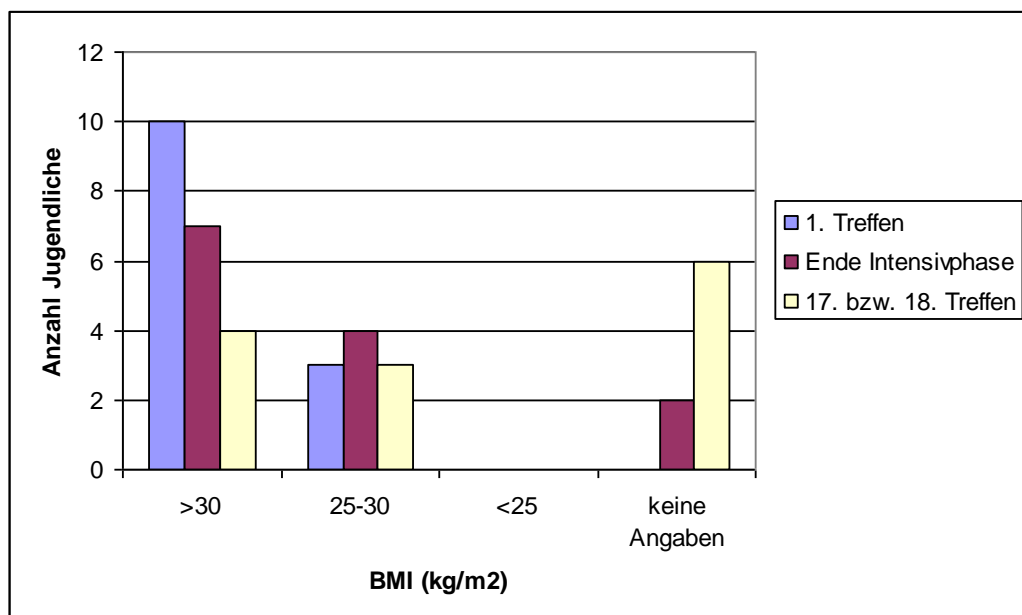
Graphik 3: Individuelle Veränderung des Körpermassenindexes während des Verhaltenstrainings



Wie aus Graphik 2 und 3 hervorgeht, waren die Kinder des Kurses 2008 mehrheitlich erfolgreich. Bei 2 Kindern ist der BMI während der Intensivphase angestiegen. Das eine Kind konnte auch in der Nachbetreuung den BMI nicht reduzieren, so dass sich der BMI von Programmbeginn bis Ende des Kurses deutlich erhöht hat. Vom anderen Kind bekamen wir leider keine Angaben. 1 Kind konnte mittelfristig bis nach 1,5 Jahren den BMI nicht halten. Der Durchschnitt des BMI lag zu Beginn des Programms (Mai 2008) bei 31,9, sank bis zum Ende der Intensivphase (Januar 2009) auf 30,8 und lag bei Programmabschluss (November 2009) auf 28, wobei einige Kinder/Jugendliche mit einem hohen BMI in der Nachbetreuung nicht mehr anwesend waren.

Erfahrungsgemäss besteht ein umgekehrt proportionaler Zusammenhang zwischen dem Übergewichtsausmass und den Erfolgchancen, d.h. je höher das Übergewicht, desto geringer sind die Chancen einer erfolgreichen Reduktion des BMI. Dieser Erfahrungswert wurde im 2008 jedoch von mehreren Kindern klar widerlegt (vgl. Graphik 2, Kind 10 und 11).

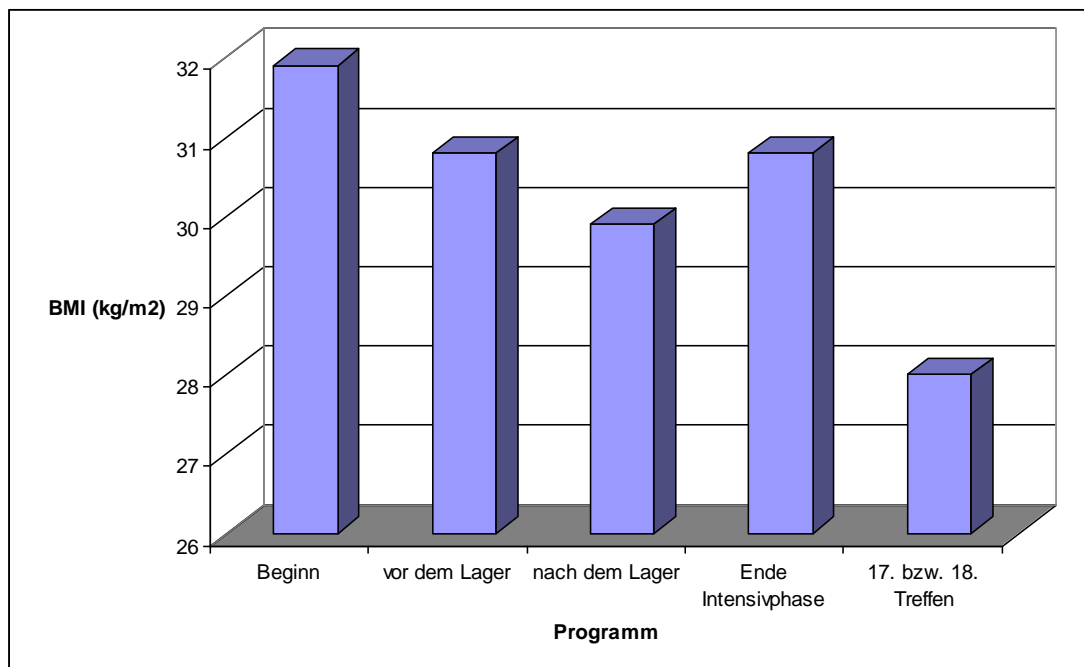
Graphik 4: BMI nach Cole et al, Veränderungen im Verlauf bei allen Kindern/Jugendlichen



Graphik 4 zeigt, dass bei Programmbeginn 10 Kinder einen BMI nach Cole (altersbezogen) von >30 kg/m² hatten und kein Kind am Ende des Programms normalgewichtig wurde. Von den 6 Kindern/Jugendlichen ohne Angaben, wissen wir aus mündlichen Rückmeldungen, dass zwei davon weiter in die Gruppe >30kg/m² gehören und ein anderes Kind in den Bereich 25-30kg/m² sank. Bei 3 Kindern besitzen wir keine Angaben, es betrifft Kinder, welche aus der Gruppe >30kg/m² gestartet sind und am Ende der Intensivphase weiterhin bei > 30kg/m² waren.

Graphik 5 beschreibt die Veränderungen des BMI während den verschiedenen Programmphasen.

Graphik 5: Veränderung des Körpermassenindex während den verschiedenen Programmphasen



Die 1. Programmphase dauert vom Kursbeginn bis zum Sommerlager, d.h. von Anfang Mai bis Mitte Juli. Das Sommerlager, welches 12 Tage dauert wird oft als Kernstück oder Höhepunkt der Intensivphase des Programms bezeichnet. Die 2. Phase, welche als Konsolidierungsphase konzipiert ist, erstreckt sich zwischen dem Ende des Sommerlagers und dem Programmende im Januar, die Nachbetreuung beinhaltet die Treffen 16 bis 18 vom September 09 bis November 2009.

Die durchschnittliche BMI Reduktion betrug 1,5 (Januar 09) und 1,3 Einheiten nach Programmende.

In der 2. Phase setzt erfahrungsgemäss oft ein Anstieg des BMI ein, welcher sich bei einer Mehrheit der Kinder bestätigte. Bei 8 Kindern ist eine unterschiedlich starke Zunahme des BMI zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zunahme liegt mit 0,3 Einheiten etwas unter dem Erfahrungsbereich der vorangehenden Kurse.

Wird der Körpermassenindex der Kinder zu Beginn und am Ende des Verhaltenstrainings (Mai 2008 bis Januar 2009) verglichen, lassen sich im wesentlichen folgende Veränderungen feststellen (vgl. Graphik 2):

- 3 Kindern gelang es, den BMI sehr deutlich, d.h. um 2 oder mehr BMI-Einheiten zu reduzieren
- 2 Kindern gelang es, den BMI um mind. 1 Einheit zu reduzieren
- 4 Kinder haben den BMI um weniger als 1 Einheit reduziert
- 2 Kinder weisen einen leicht höheren BMI als zu Beginn des Programms auf
- Bei 2 Kindern, welche die Intensivphase nicht abgeschlossen, liegen keine Angaben vor

Sehen wir den BMI während dem Programm genauer an, fällt auf, dass alle Kinder in der 1. Phase einen BMI-Verlust haben. Zudem wird deutlich, dass alle Kinder und Jugendliche während dem Sommerlager erfolgreich sind. Ausser 3 Kindern haben alle in der 2. Phase einen BMI-Anstieg. Die Kinder, welche in der 2. Phase, also nach dem erfolgreichen Lager weiter Gewicht reduzieren konnten, sind auch längerfristig bis Programmende erfolgreich.

Zwischen dem Gewichtsabnahmeerfolg der Eltern und der Kinder, besteht keine Korrelation. Erfahrungsgemäss kann mehrheitlich ein Zusammenhang zwischen der Verbindlichkeit der Eltern, d.h. regelmässige Teilnahme, und dem Gewichtsabnahmeerfolg der Kinder erkannt werden. In diesem Kurs wurde dies widerlegt. Ein Knabe hat das Programm ohne Begleitung und Unterstützung der Eltern abgeschlossen und konnte in der Intensivphase den Höchstwert von – 7,4 BMI-Einheiten erreichen. Leider konnten wir ihn aber für die Nachbetreuung nicht mehr motivieren.

Auch wenn der gewichtsbezogene Erfolg des Kursjahrgangs 2008 gut und durchschnittlich ausfällt, gilt es zu betonen, dass die Gewichtsabnahme nicht im Zentrum des Programms steht, sondern vielmehr Veränderungen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie eine Stärkung des Selbstvertrauens angestrebt werden. Eine Senkung des Körpermassenindex wird im Rahmen des club minu-Programms eher als einen willkommen Nebeneffekt betrachtet. Die Treffen 16 bis 18, vier, fünf und sechs Monate nach dem Programmende geben Antworten auf die letztlich entscheidende Frage, wie gut es den Kindern gelingt, ein tieferes Körpergewicht auch längerfristig zu halten:

Unter Berücksichtigung der Wirksamkeit und Einbezug der Nachbetreuung, wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Vom Mai 2008 bis zum letzten Treffen im November 2009:

- 1 Kind gelang es, den BMI sehr deutlich, d.h. um mehr als 4 BMI-Einheiten zu reduzieren
- 4 Kindern gelang es, den BMI deutlich, d.h. um 1 oder mehr BMI-Einheiten zu reduzieren
- 1 Kind hat den BMI um weniger als 1 Einheit reduziert
- 1 Kind weist einen deutlich höheren BMI, d.h. um mehr als 2 BMI-Einheiten, auf
- 4 Kinder kamen nicht ans letzte Treffen und wir konnten deren Daten nicht ermitteln

6. Ergebnisse der Prozessevaluation

Nach Abschluss der Intensivphase des Programms werden gezielt Rückmeldungen aus der Kinder- und der Elterngruppe eingeholt. Die wichtigsten Ergebnisse der Programmbeurteilung aus Sicht der Teilnehmenden und des Teams werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

Besonders geschätzt wurden von den Eltern und den Kindern die gute Atmosphäre und das unterstützende Lernklima bei den einzelnen Treffen und im Lager. Auch das Zusammensein und der Erfahrungsaustausch mit anderen übergewichtigen Kindern bzw. Eltern von übergewichtigen Kindern, wurden allgemein als sehr wertvoll und bereichernd beurteilt.

Das Lager sowie die Familiengespräche, nach den Sommerferien und als Abschluss der Intensivphase, wurden als sehr wichtig beurteilt und als Höhenpunkte beschrieben. Ebenfalls sehr geschätzt wurde der Familientag, vor allem durch die praktische Kocherfahrung. Bei mehreren Kindern und auch einzelnen Eltern wurde das Lager erneut sehr gelobt und der Wunsch nach Wiederholung formuliert.

7. Ausblick

Der Familientag im Oktober hat sich bewährt und wird weiterhin nach den Herbstferien stattfinden.

Aus einem ursprünglich losen Netzwerk, welches sich auf Initiative des club minu regelmässig zum Erfahrungsaustausch traf (minu-Netz), entsandt 2002 der Schweizerische Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj). Die Organisation fördert die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch der bestehenden Adipositas-Programme und ist engagiert sich in der Übergewichtsprävention. Der club minu und andere multidisziplinäre zertifizierte Gruppenprogramme werden seit 2009 durch die Grundversicherung der Krankenkassen finanziert.

Vermutlich wird die geringe Teilnehmerzahl in der Nachbetreuungsphase zukünftig kein Thema mehr sein. Die Familien erhalten gemäss dem Tarifvertrag mit den Versicherungskassen erst nach Bestätigung der regelmässigen Programmteilnahme der Eltern und der Kinder die Rückerstattung der Therapiekosten durch die Krankenkassen. Somit wird die Präsenz auch in der Nachbetreuung in den kommenden Kursen voraussichtlich hoch bleiben.

Pilot: Einführung SMS-Service und BMI-Perzentilen-Kurve mit persönlichem Login auf der Homepage. Der SMS-Service muss noch optimiert werden, das heisst, regelmässig erfolgen, damit die Dateneingaben auch gemacht werden. Ohne SMS-Reminder ist nur eine geringe aktive Nutzung der Einrichtung auf der Homepage erkennbar.

Die Direktion Kultur und Soziales/Soziales des Migros-Genossenschafts-Bund bietet nebst dem Programm club minu und der informativen Homepage (www.minuweb.ch) auch eine Zusatzausbildung an:

Minu-fit-TrainerIn: Zusatzausbildung für WellnestrainerInnen, PhysiotherapeutInnen, Pädagogen etc. Die Jugendlichen sind in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und fühlen sich ausgeschlossen. Es gab bis anhin praktisch keine Bewegungs-Angebote, die speziell auf die gesundheitlichen wie auch psychischen Belangen von übergewichtigen Jugendlichen eingehen. Die berufsbegleitende Zusatzausbildung zur minu-fit-Trainer/in schliesst nun diese Lücke.

8. Literatur

Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* **320**, 1240-1243.

Lehrke S, Laessle R (2003) Adipositas. In Ehlert U (hrsg.), Lehrbuch der Verhaltensmedizin (S. 497-529). Springer Heidelberg

Katzmarzyk P, Tremblay A, Perusse L, Despres J, Bouchard C (2003) The utility of the international child and adolescent overweight guidelines for predicting coronary heart disease risk factors. *J Clin Epidemiol.* **56**, 456-462.

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilk* **149**, 807-818.

Reinehr T, Andler W, Denzer C, Siegried W, Mayer H, Wabitsch M (2005) Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: Relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 3:181-7

Whitlock E, Williams S, Gold R, Smith P, Shipman S (2005) Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* **116**, 125-144.

Zimmermann M, Gubeli C., Puntener C, Molinari L (2004) Detection of overweight and obesity in a national sample of 6-12-y-old Swiss children: accuracy and validity of reference values for body mass index from the US Centers for Disease Control and Prevention and the International Obesity Task Force. *Am J Clin Nutr.* **79**, 838-843.