

SCHLUSSBERICHT

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

**club minu
Therapiegruppe 2014 bis 2016**

Daniela Specht-Fimian

Sarah Stidwill

Robert Sempach

Zürich, Juni 2016

Inhalt

Zusammenfassung	2
1. Einleitung	3
2. Ergebnisse	3
3. Diskussion	7
4. Ausblick	7
Literatur	8
Projektteam 2014-2016	8

ZUSAMMENFASSUNG

13 Kinder (12 Familien) im Alter von 11 bis 18 Jahren haben zusammen mit ihren Eltern (11 Müttern und 8 Vätern) im Frühling 2014 das zweijährige Therapieprogramm „club minu“ für übergewichtige Kinder und Jugendliche begonnen. Das Familientraining für übergewichtige Kinder und ihre Eltern wird von der *Direktion Kultur und Soziales des Migros-Genossenschafts-Bundes MGB* organisiert. Abgeschlossen haben das Programm 11 Jugendliche und ihre Eltern.

Das Programm startet mit der Informationsveranstaltung im Frühling, die Intensivphase beinhaltet sechs, in der Regel vierzehntägig stattfindende Familiensamstage, von September 2014 bis Januar 2015, sowie vier Erlebnistage in den Herbstferien nur für die Kinder und Jugendlichen. Die Nachbetreuung wird mit vier Treffen (Mai 2015, Januar, März, Mai 2016) gewährleistet.

Unter Einbezug verhaltenstherapeutischer 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 im Zentrum des Verhaltenstrainings, das von einem multidisziplinär zusammengesetzten Team (Ernährungsberatung, Bewegung, Psychologie und Medizin) geleitet wurde.

10 von den 12 ins Programm gestarteten Familien haben dieses nach zwei Jahren auch abgeschlossen. Zwei Familien sind in der Nachbetreuung ausgestiegen.

Von den 11 Teilnehmenden (10 Familien), die das Programm abschlossen, erreichten drei eine massive Reduktion des BMI. Zwei Jugendliche verbesserten sich vom Adipositasbereich in den Bereich des Übergewichtes, niemand erreichte den Bereich des Normalgewichtes.

Bei sechs Jugendlichen erhöhte sich der BMI. Die durchschnittliche BMI-Zunahme (nicht alterskorrigiert) nach Programmende betrug +0.9 Punkte, was in etwa des erwarteten altersbedingten Anstiegs innerhalb von 2 Jahren entspricht.

1. Einleitung

Der club minu ist ein Programm des Migros-Kulturprozent. Seit über 20 Jahren hilft es Kindern und Jugendlichen, ihr Wohlfühlgewicht zu erreichen.

Im April 2014 startete der club minu mit neuem Konzept, das stärker als bisher auf das gemeinsame Coaching von Kind und Eltern setzt. Die intensivere Arbeit im Familiensetting ist unterteilt in eine Intensivphase (April 2014 bis Januar 2015) und eine Nachbetreuungsphase (bis Mai 2016). Kernelemente der Intensivphase sind die Samstagstreffen, an denen gekocht und gegessen, Ernährungswissen vermittelt und zu mehr Bewegung angeregt wird. Mit jedem Kind bzw. Jugendlichen und seinen Eltern werden individuelle Zielvereinbarungen getroffen, an denen die Familie zwischen den Treffen arbeiten soll. An Stelle des minu-Lagers, das bisher ausschliesslich für die Kinder und Jugendlichen durchgeführt wurde (und dessen Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden), trat ein Block von vier Erlebnistagen für die Kinder (ohne Übernachtung) Ende der Herbstferien, wobei zum letzten Tag auch die Eltern eingeladen wurden.

Neben obgenannten Kernelementen wird psychologisch relevantes Wissen über Zusammenhänge von Gedanken, Gefühlen und (Ess-)Verhalten vermittelt. Die Familien werden beraten und es wird individuell geschaut, wo Stolpersteine liegen und wie diese sinnvoll umgangen werden können.

Ein Highlight sind die Erlebnistage für die Kinder in den Herbstferien. Durch die Gruppenerfahrungen wird ihr Selbstwertgefühl gestärkt und sie lernen, dass auch gesundes Essen gut schmeckt und Bewegung Spass machen kann.

Nach der Intensivphase von neun Monaten, finden vier Treffen in der Nachbetreuung statt. In diesen zwei Stunden (nach 5, 12, 14 und 16 Monaten), überprüft jede Familie, wie weit die neuen Verhaltensweisen umgesetzt und beibehalten wurden und nimmt unter fachlicher Anleitung das „Fine-tuning“ vor.

2. Ergebnisse

Für die quantitative Bewertung des Erfolgs eines Therapieprogrammes für Adipöse bietet sich der Gewichtsverlauf der Teilnehmenden an, vor allem, wenn dieser wie im club minu über einen Zeitraum von fast zwei Jahren beobachtet werden kann. Ferner ist für die Bewertung jedes Therapieprogrammes auch die Zahl der Abbrecher zu berücksichtigen.

Die Gewichtsveränderung allein ist für Kinder, die sich in der Wachstumsphase befinden, wenig aussagekräftig. Für eine Beurteilung der Gewichtsabnahme gilt es deshalb ein Mass zu benutzen, welches das Verhältnis zwischen Körpergrösse und Körpergewicht berücksichtigt. Der gewichtsbezogene Erfolg am Kursende lässt sich am deutlichsten veranschaulichen, wenn dazu der von der Körpergrösse nahezu unabhängige Körpermassenindex, genannt Body Mass Index oder BMI, verwendet wird. Der BMI wird definiert als Körpergewicht (kg) dividiert durch Körpergrösse im Quadrat (m²). 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 unterliegt der Körper aufgrund des Körperwachstums besonderen physiologischen Veränderungen. Daher lässt sich die obgenannte 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 durch eine Intervention der BMI eines wachsenden Kindes stabil bleibt, kann das bereits als Erfolg bezeichnet werden.

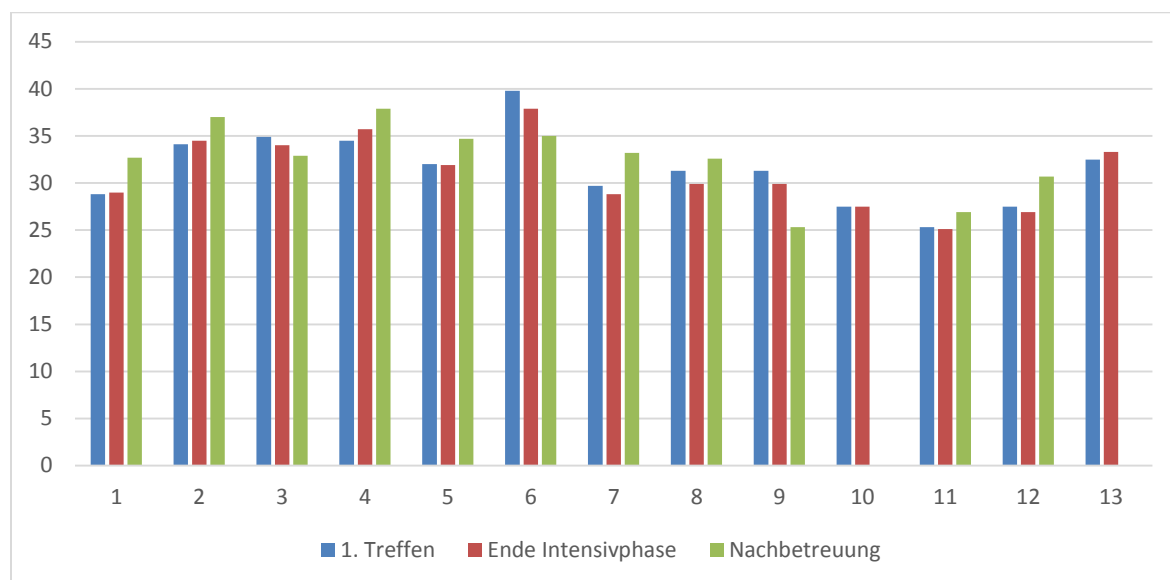
Von den 13 Familien, die im April 2014 das Therapieprogramm angefangen haben, schlossen 11 das ganze Programm ab. Zu einem Therapieabbruch kam es bei zwei Familien nach der Intensivphase. Eine Familie ist untergetaucht und konnte nicht mehr erreicht werden, die andere Familie hat sich aus gesundheitlichen Gründen abgemeldet.

Dass alle Familien bis zum Ende der Intensivphase dabei blieben, ist erfreulich und mag mit der sorgfältigeren Rekrutierung der Teilnehmenden zusammenhängen, die nach den Grundsätzen von „MOVE FAST“ von Romedius Alber (2006) erfolgte. Zudem spielt sicher auch die Bedingungen der Krankenkassen eine zentrale Rolle.

Von den 13 Teilnehmenden, welche die Intensivphase abschlossen (9 Monate nach Programmstart), verringerten 8 bis zu diesem Zeitpunkt ihren absoluten BMI, wie die Graphiken 1 und 2 zeigen. Berücksichtigt man den alterskorrigierten BMI nach Cole, reduzierte sich dieser sogar bei 11 der 13 Teilnehmenden, was einer „Erfolgsquote“ von 85% entsprechen würde. Die durchschnittliche Reduktion des BMI betrug 0.3 Punkte.

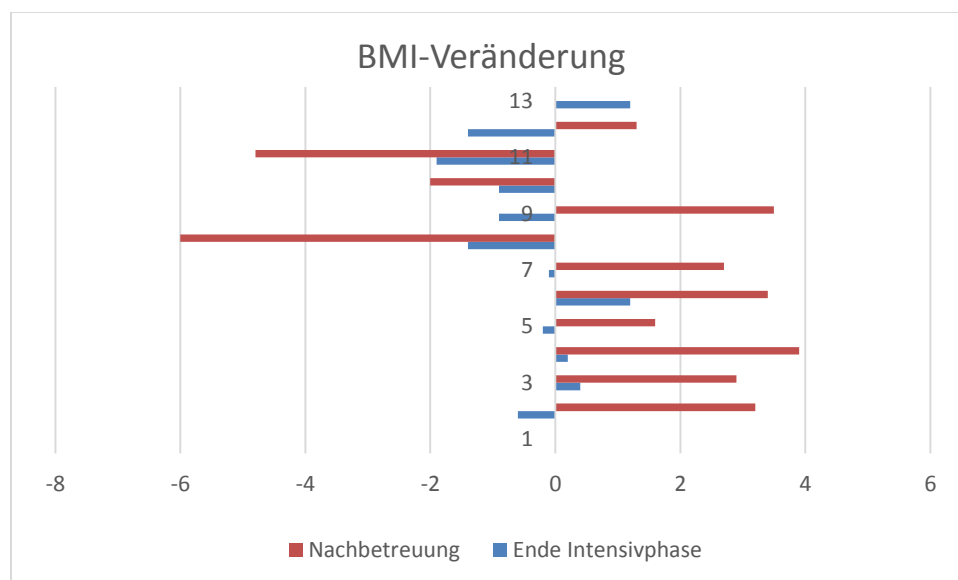
Wichtiger bezüglich des Behandlungserfolges ist der BMI-Verlauf nach zwei Jahren, da das Therapieprogramm ja nicht auf eine kurzfristige Diät, sondern auf eine nachhaltige Verhaltensänderung im Alltag setzt. Hier ist der Erfolg weniger beeindruckend. In der Nachbetreuungsphase konnten 3 der 11 Teilnehmenden ihren BMI weiter reduzieren, bei allen anderen erhöhte sich der BMI in der Nachbetreuungsphase. Somit liegt die Erfolgsquote bei 27%, wenn man den absoluten BMI betrachtet. Auch bei Verwendung des alterskorrigierten BMI nach Cole verbessert sich die Erfolgsquote nicht wesentlich. Die durchschnittliche Zunahme des BMI betrug 0.9 Punkte. Die grössten BMI-Veränderungen haben die beiden Jugendlichen, welche das Programm erfolgreich mit einer BMI Reduktion von 6 bzw. 4.8 Punkten abschlossen.

Graphik 1: Der Körpermassenindex BMI von Beginn bis zum Ende des Verhaltenstrainings

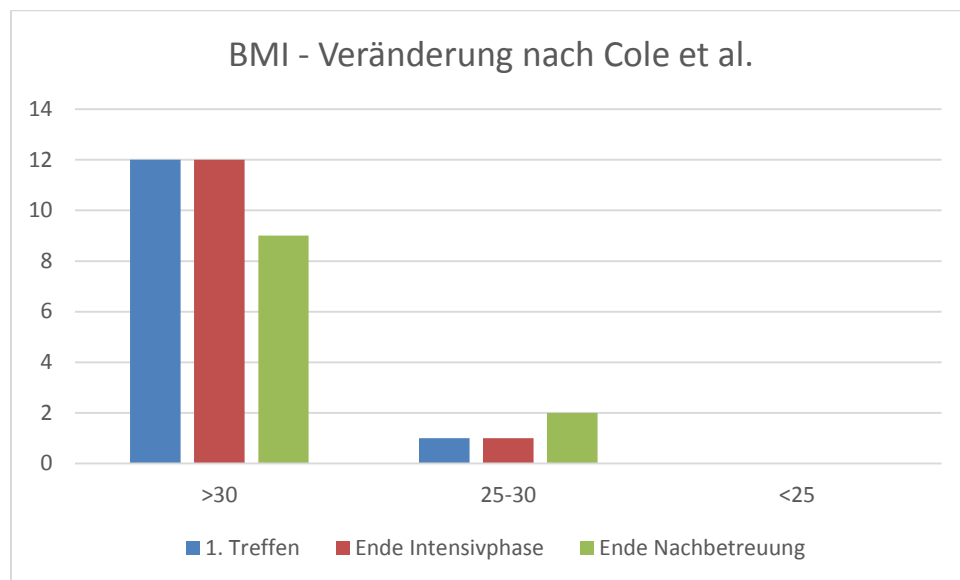


Graphik 1 zeigt die Veränderung des BMI (nicht alterskorrigiert) bei den 13 Teilnehmenden. Das 1. Treffen mit Datenerhebung fand im September 2014 statt, die Intensivphase wurde Ende Januar 2015 abgeschlossen, die Nachbetreuung im Mai 2016. Teilnehmer 10 und 13 stiegen nach der Intensivphase aus, die anderen Teilnehmer haben das ganze Programm durchlaufen. Teilnehmer 4, 7, 9, 11 und 13 sind Knaben, die übrigen Mädchen.

Graphik 2: Individuelle Veränderung des BMI während des Verhaltenstrainings



Graphik 2 zeigt die Veränderung des BMI (nicht alterskorrigiert) bezogen auf die beiden Phasen des Therapieprogrammes. Teilnehmer 5, 6, 8, 9 und 13 sind Knaben, die übrigen Mädchen.

Graphik 3: BMI nach Cole et al., Veränderungen im Verlauf bei allen Kindern/Jugendlichen

Lesehilfe Graphik 3: Zu Programmbeginn hatten 12 von 13 Teilnehmenden einen altersbezogenen BMI nach Cole von über 30 kg/m² (Adipositas). Bei Programmende waren zwei Jugendliche ausgeschieden, neun lagen im Bereich Adipositas und zwei im Bereich Übergewicht. Niemand erreichte das Normalgewicht.

3. Diskussion

Der Jahrgang 2014-2016 des club minu - der erste nach dem neuen Konzept - kann als ein durchschnittlicher Jahrgang gewertet werden, sowohl was die Gewichtsreduktion als auch was die Abbruchquote betrifft. Die Intensivphase wurde von allen regelmässig besucht, erst in der Nachbetreuung fehlten zwei Familien.

Die sorgfältigere Auswahl der Teilnehmenden scheint sich gelohnt zu haben. Als Indikation für die angebotene Therapie reicht nämlich das Vorliegen einer Adipositas nicht aus. Nur wenn die Veränderungsmotivation bei Kind und Eltern vorhanden ist, macht die Teilnahme einen Sinn. Ungünstig ist ferner, wenn deutliche psychosoziale Beeinträchtigungen vorliegen und das Fehlverhalten beim Essen und Bewegen eine Folge dieser Probleme ist. In diesen Fällen müsste zuerst an diesen „Baustellen“ gearbeitet werden, weil sonst ein Misserfolg bei der Normalisierung des Gewichtes (und damit ein weiteres Misserfolgserlebnis des Kindes) wahrscheinlich ist.

Was das Gewicht betrifft, gilt bei Adipositastherapien grosso modo die „Drittelsregel“: ein Drittel ist erfolgreich, ein Drittel stagniert (was je nach Blickwinkel als halber Erfolg gewertet werden kann), und ein Drittel legt weiter an Gewicht zu. Vor diesem Hintergrund war der minu-Jahrgang 2014-2016 kurzfristig sehr erfolgreich, in der Nachhaltigkeit aber durchschnittlich mit drei erfolgreichen Teilnehmern. Er belegt, dass der Ansatz des Therapieprogramms, eine andauernde Verhaltensänderung zu erreichen, umsetzbar ist, aber viel Ausdauer und Familienarbeit bedeutet.

Obwohl erwartet, blieb eine Gewichtszunahme über die Festtage aus, dafür steigt der BMI in der Nachbetreuungsphase signifikant an. Somit bleibt die Frage offen: Ist unser Nachbetreuungskonzept ausreichend?

4. Ausblick

Aktuell macht ein Student seine Masterarbeit im club minu zum Thema: „Weshalb zeigt das Programm bei einigen Teilnehmern Erfolg, bei anderen nicht? Welches sind die Erfolgsprädikatoren?“. Wir sind gespannt auf die Ergebnisse.

Nach den Erfahrungen vom Kurs 2014-2016 werden wir das Nachbetreuungskonzept nochmals prüfen. Wie können wir die Familien motiviert halten?

Literatur

Alber Romedius, Adipositas - aus psychosomatischer Sicht, Pädiatrie up2date, 1/2006; 33-49.

Böhler T., Bengel J., Goldapp C., Mann R. Bericht zur EvAKuJ-Studie, Stand Juni 2012, http://www.bzgakinderuebergewicht.de/adipo_mtp/pdf/Abschlussbericht%20Beobachtungsstudie%204.10.2012.pdf

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.

Federer M., Fimian D., Sempach R. (2015) Verhaltenstraining für übergewichtige Kinder/Jugendliche - club minu Schlussbericht 2013-2015.

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.

Projektteam club minu 2014-2016

- Dr. phil. Robert Sempach (Projektleitung, Direktion Kultur und Soziales, MGB)
- Sarah Stidwill (Ernährungsberaterin FH, Bachelor in Psychologie)
- Daniela Specht-Fimian (Ernährungsberaterin FH)
- Dr. phil. Matthias Federer (Fachpsychologe FSP für Kinder- und Jugendpsychologie sowie für Psychotherapie)
- Simone Kalmus-Rieber (Bachelor in Fitnessökonomie, Sportlehrerin)
- Dr. med. Vera Schlumbom (Fachärztin für Adoleszentenmedizin)
- Ines Affentranger (Praktikantin Psychologie)
- Gabriela Brunner (Administration), Direktion Kultur und Soziales, MGB