

SCHLUSSBERICHT

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

**club minu 2007**

Daniela Specht-Fimian  
Robert Sempach

Zürich, Sommer 2009

Konzept und Realisation **MIGROS**  
kulturprozent

## ZUSAMMENFASSUNG

14 Kinder im Alter von 11 bis 16 Jahren haben 2007 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 November. Bei den drei Folgetreffen die vier, neun und 15 Monate nach Beendigung der Intensivphase stattfanden, haben noch 6-10 der 13 Familien teilgenommen. 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 9 der 12 noch erfassten Kinder am Kursende (10 von 13 nach der Intensivphase) tiefer als am Kursanfang. Die durchschnittliche Reduktion betrug -2 BMI-Einheiten nach der Intensivphase und -1,6 am Kursende, wobei der reine Gewichtsabnahmeerfolg zwischen -10 und +5,3 Einheiten sehr stark variierte. Gemäss Perzentile wäre bei durchschnittlichem Wachstum eine BMI-Zunahme von ca. + 1 Einheit in 2 Jahren zu erwarten. Trotzdem haben 9 von 12 Kindern zwei Jahre nach Programmbeginn ihren Körpermassenindex reduzieren können. In diesem Kurs haben keine Eltern bzw. Betreuungspersonen signifikant Gewicht reduzieren können, obwohl 6 der 19 Begleitpersonen übergewichtig und 10 gar adipös waren. Trotzdem konnten sich einige nicht nur über den Erfolg ihrer Kinder, sondern ebenso über die Verbesserung ihrer eigenen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und die eigene Gewichtsstabilisierung freuen.

In diesem Kurs haben wir einen Drop out zu verzeichnen. Wir haben mit 14 Familien gestartet und nach dem Lager ist eine Familie ausgeschieden (bereits frühzeitiger Abbruch des Lagers). Eine Familie hat sich in der Nachbetreuungsphase nicht mehr gemeldet.

Das Kursende bezeichnet die Daten vom letzten Folgetreffen (2. oder 3. je nach Teilnahme). Wenn die Familie sich für ein Folgetreffen abgemeldet hat, wurden die schriftlich angegebenen Daten berücksichtigt. Da die telefonisch eingeholten Daten oft beschönigt werden und somit nicht brauchbar sind, haben wir auf die telefonische Datennachfrage verzichtet. Darum haben wir von einem Kind keine Daten aus der Nachbetreuungsphase.

## Inhalt

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung                                     | 4  |
| 2. Aufnahmebedingungen für das Verhaltenstraining | 5  |
| 3. Konzept des Verhaltenstrainings                | 6  |
| 4. Beschreibung des Programms                     | 7  |
| 5. Beurteilung des Gewichtsverlaufs               | 9  |
| 6. Ergebnisse der Prozessevaluation               | 14 |
| 7. Ausblick                                       | 14 |
| 8. Literatur                                      | 15 |

## Projektteam

Dr. phil. Robert Sempach (Ernährungspsychologe, Projektleitung, Direktion Kultur und Soziales, Soziales, Migros-Genossenschafts-Bund)

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

Claudia Loosli (Kursleiterin Ernährung)

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

Daniela Specht-Fimian (dipl. Ernährungsberaterin HF)

Maja Basler  
(Praktikantin Psychologie; während des Sommerlagers)

Beatrice Kümin  
(Praktikantin minu-fit; während des Sommerlagers)

Monika Engler  
Barbara Manser  
(Praktikantinnen 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.

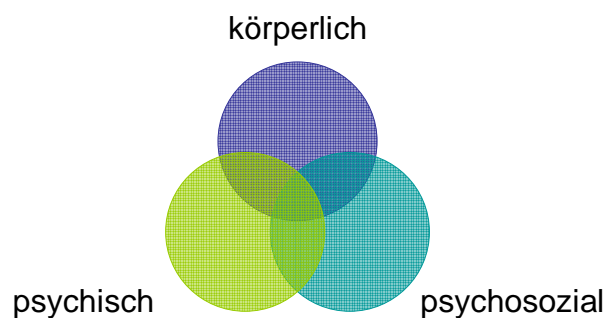
In der Stadt Zürich war vor zehn Jahren jedes achte Kind übergewichtig, heute ist es schon fast jedes vierte. Auch schweizweit ist dieser Trend festzustellen: Wie eine Studie vom ETH-Institut für Humanernährung von (Zimmermann et al 2004) zeigt, sind rund 20% der Kinder im Alter zwischen sechs bis zwölf 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 Kreislauferkrankungen 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 (WHR<sup>4</sup>) 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 Jugendlichen 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, Kommunikation und Selbstwert, Bewegung sowie Freizeitaktivität.

Im Rahmen der Gesundheitsförderung führte die Direktion Kultur und Soziales/Soziales, Migros-Kulturprozent<sup>1</sup> bereits zum 17. Mal das Verhaltenstraining für Familien mit adipösen Kindern durch.

## 2. Aufnahmebedingungen für das Verhaltenstraining

Für die Aufnahme in das Verhaltenstraining waren folgende Kriterien entscheidend<sup>2</sup>:

- 1) *Alter: 11 bis 16 Jahre*
- 2) *Gewicht: über der 97. bzw. 90. Perzentile<sup>3</sup>*
- 3) *Spürbarer Leidensdruck bzw. Motivation zur Verhaltensänderung*
- 4) *Bereitschaft von Eltern und Kind regelmässig am Programm teilzunehmen*

Voraussetzung für eine Aufnahme in das Verhaltenstraining war 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<sup>4</sup>.

Das Körpergewicht wurde routinemässig alle zwei Wochen bei den Gruppentreffen und dreimal im Sommerlager gemessen. Die Körpergrösse sowie die Körperfettanalyse (anhand einer Tanita-Waage) wurden alle 2 Monate bestimmt. Im Lager wurden ebenso Blutdruck gemessen und die WHR (waist-to-hip-ratio<sup>5</sup>) berechnet.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Sempach et al (2007)

<sup>3</sup> Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

<sup>4</sup> l'Allemand et al (2006)

<sup>5</sup> 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-Quotienten (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 gruppodynamische 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 Folgetreffen für Kinder und Eltern (vier, neun und 15 Monate nach der Intensivphase) durchgeführt.

**Graphik 1: Phasenablauf des Verhaltenstrainings Club Minu**

| Phasen                                | Dauer                 | Anzahl Treffen | Frequenz / Intensität           |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------|
| Aufnahmegespräche                     | Februar – April 07    | 1              | 1 Stunde pro Familie            |
| 1. ambulante Phase                    | Mai – anfangs Juli    | 5              | 2 Stunden alle 2 Wochen         |
| Sommerlager                           | Mitte Juli            | 2 Wochen       | (nur für die Kinder)            |
| Familiengespräch / Standortbestimmung | August                | 1              | 1 Stunde pro Familie            |
| 2. ambulante Phase                    | September – Januar 08 | 8              | 2 Stunden alle 2 Wochen         |
| Familientag                           | November 07           | 1              | 1 Tag, für die ganze Familie    |
| Familien-Abschlussgespräch            | Ende Januar 08        | 1              | 1 Stunde pro Familie            |
| Nachbetreuung                         | Mai 08 – April 09     | 3 Treffen      | Nach 4, 9, 15 Monate, 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 vor dem Programmende)*
- *Im Lager werden täglich "Minu-Meetings" durchgeführt, in denen verschiedene Themen von Ernährungslehre bis zu Konfliktsituationen mit nicht übergewichtigen Geschwistern, diskutiert werden*
- *Praktische Ernährungslehre, Menüplanung, Einkauf und Zubereitung*
- *Lernen einer alltagsrelevanten Unterteilung der Nahrungsmittel in:*
  - 1) **Sehr geeignete** Speisen für die alltägliche Küche, zum satt essen
  - 2) Nahrungsmittel, die **mit Mass** und Vernunft zu verwenden sind
  - 3) Nahrungsmittel, die **selten**, in **kleinen Portionen** und mit Genuss verwendet werden sollen
- *Sowie Orientierung an den Verhaltensrichtlinien in Anlehnung an eine gesunde, ausgewogene Ernährung:*
  - 1) *mind. 2 Liter energiefreie Getränke pro Tag*
  - 2) *täglich frisches Obst, Salat und Gemüse*
  - 3) *nur einmal pro Tag einen Dessert / eine Süssigkeit*

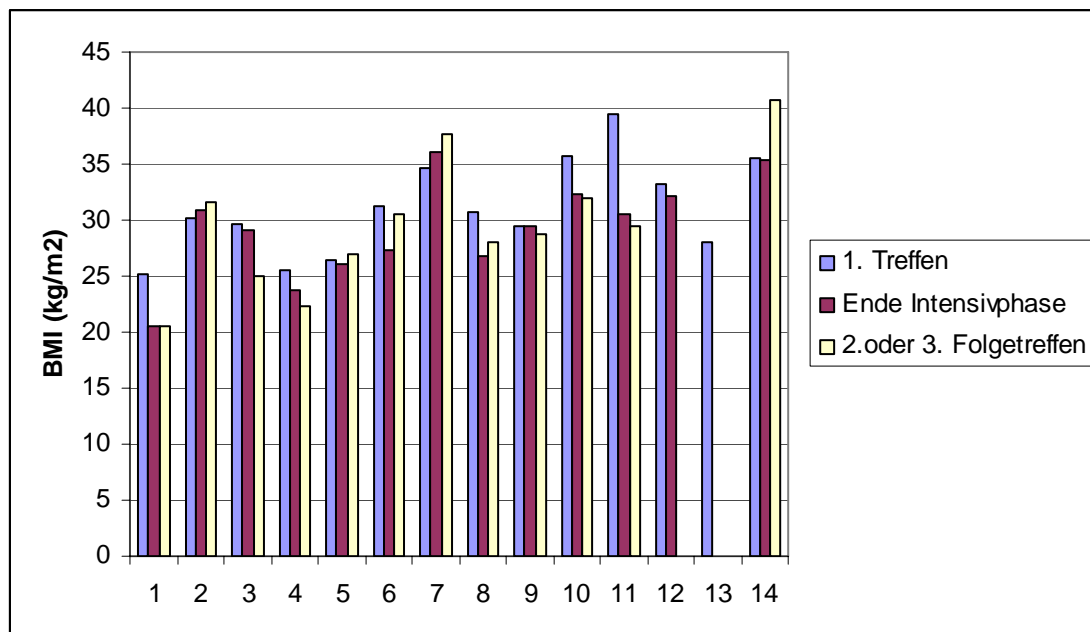
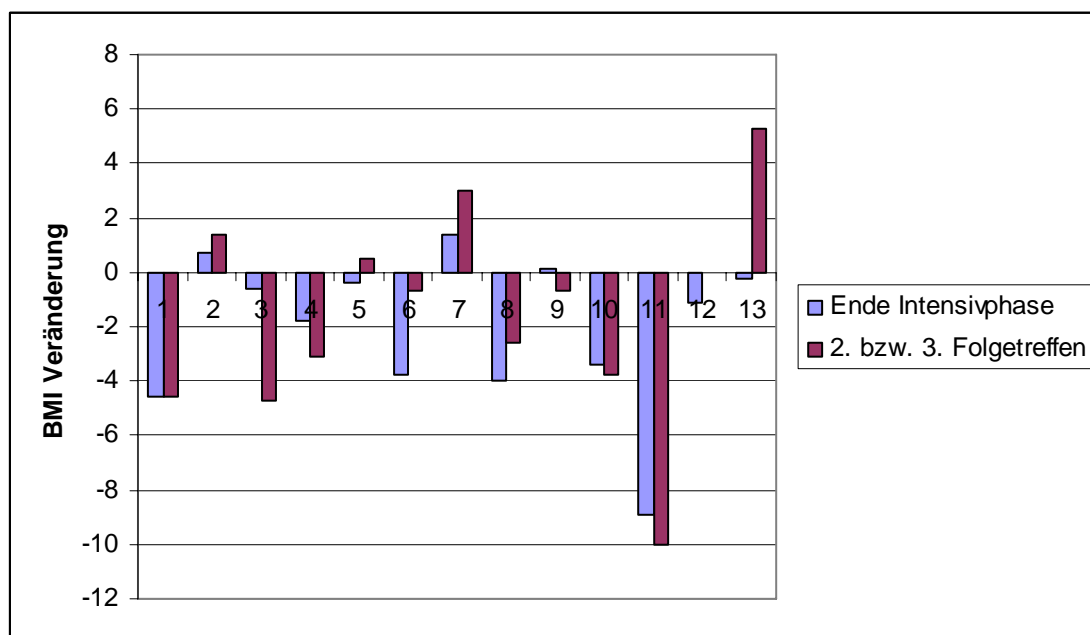
Damit die angestrebten Verhaltensänderungen nicht "leere Vorsätze" bleiben, müssen diese auf die persönlichen Ansprüche und die konkreten Lebenssituationen der Kinder und Eltern zugeschnitten sein.

## 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 Gewichtsveränderungen allein sind 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).

**Graphik 2: Der Körpermassenindexe zu Beginn und am Ende des Verhaltenstrainings (alle Kinder)****Graphik 3: Individuelle Veränderung des Körpermassenindexes am Ende des Verhaltenstrainings**

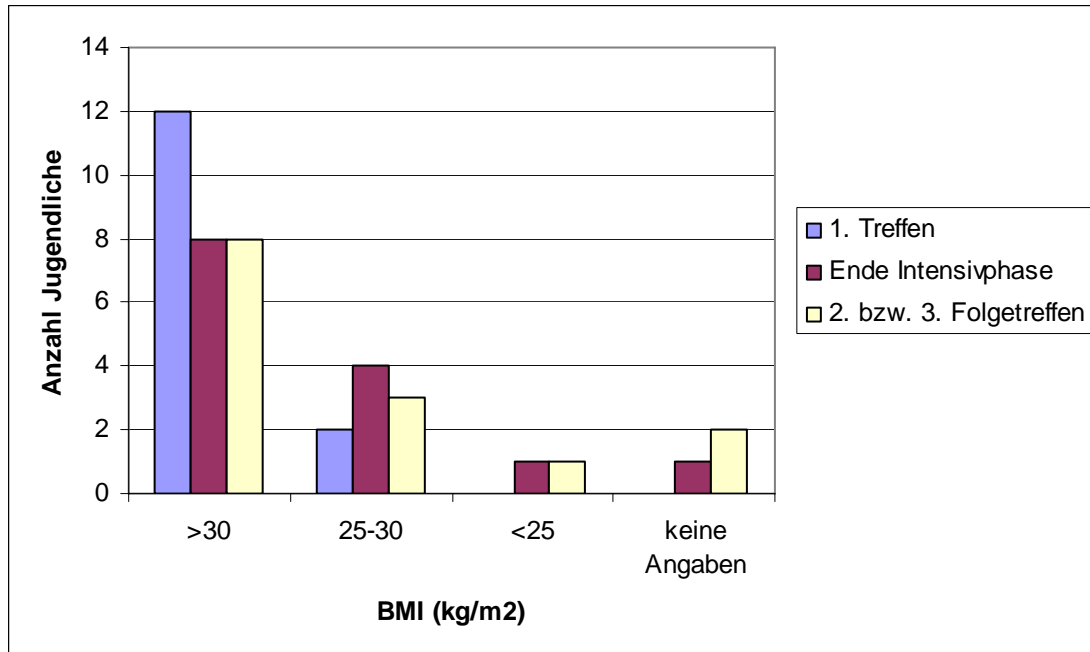
Wie aus Graphik 2 und 3 hervorgeht waren die Kinder des Kurses 2007 mehrheitlich erfolgreich. Bei 2 Kindern ist der BMI während der Intensivphase angestiegen und stieg auch in der Nachbetreuungsphase weiter an. 4 Kinder konnten leider mittelfristig bis nach 2 Jahren den BMI nicht halten, sondern nahmen wieder zu. Der Durchschnitt des BMI lag zu Beginn des Programms (Mai 2007) bei 31.1, sank bis zum Ende der Intensivphase (Januar 2007) auf 29.3 und lag bei Programmabschluss (April 2009) auf 29.5.

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 (vgl. Graphik 2, Kind 7 und 14). Dieser Erfahrungswert wurde im 2007 jedoch von mehreren Kindern klar widerlegt (vgl. Graphik 2, Kind 10, 11 und 12).

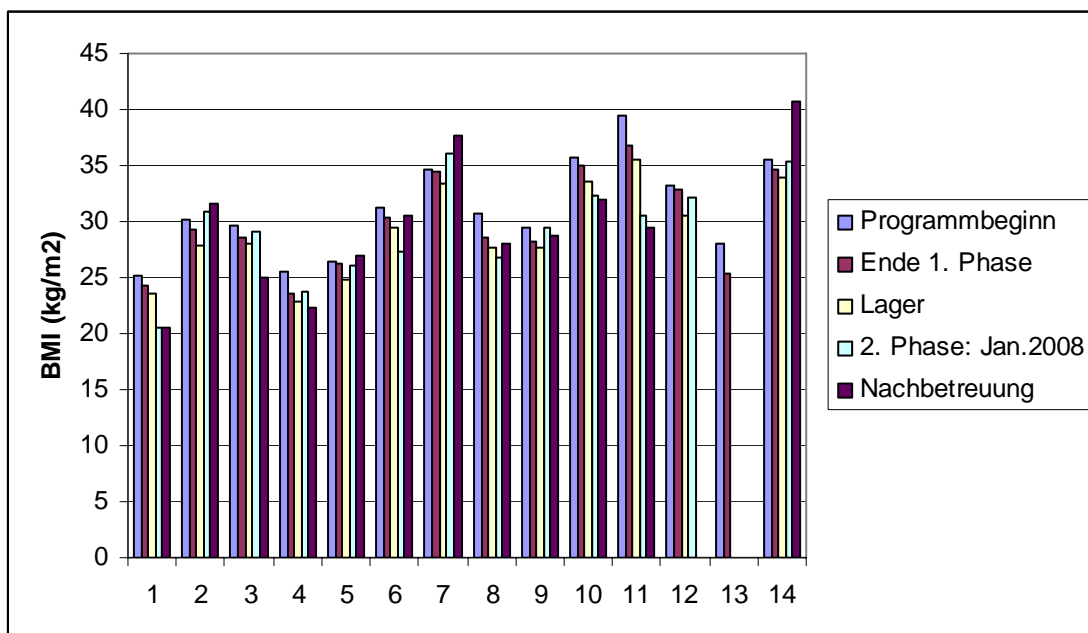
**Graphik 4: BMI nach Cole et al, Veränderungen im Verlauf bei allen Kindern/Jugendlichen**



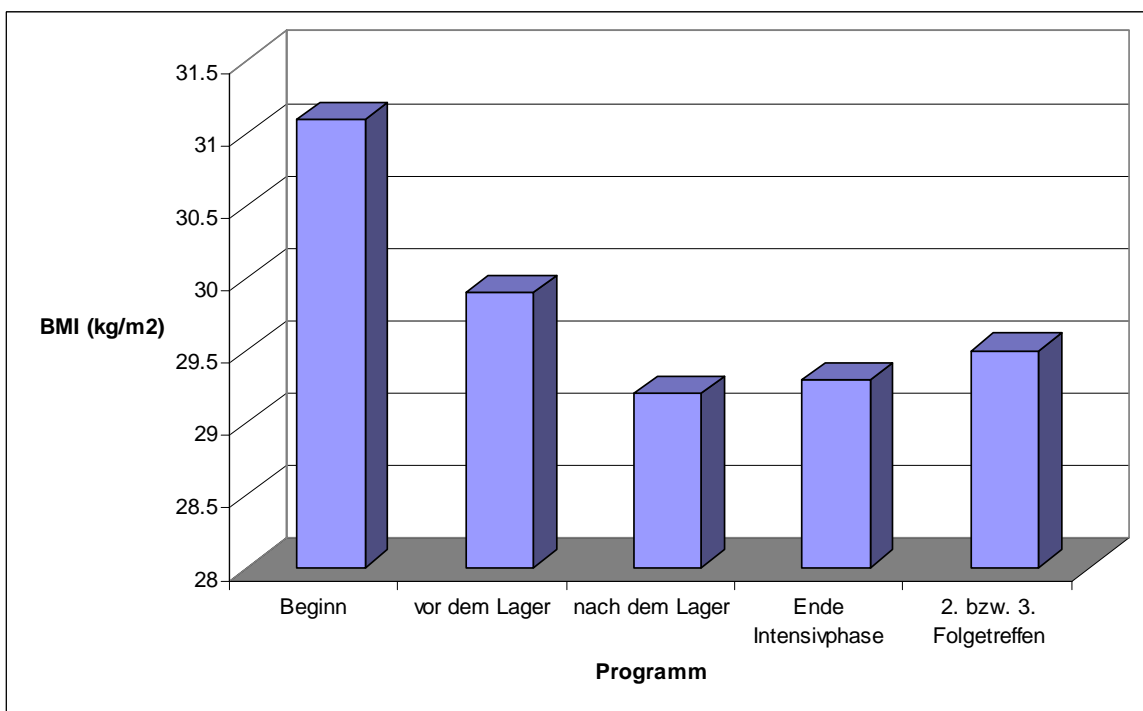
Graphik 4 zeigt, dass bei Programmbeginn 12 Kinder einen BMI nach Cole (altersbezogen) von >30kg/m<sup>2</sup> hatten und am Ende des Programms 1 Kind/Jugendliche normalgewichtig wurde. Die 2 Kinder/Jugendliche ohne Angaben, betreffen Kinder, welche aus der Gruppe >30kg/m<sup>2</sup> gestartet sind.

Die Graphiken 5 und 6 beschreiben die Veränderungen des BMI während den verschiedenen Programmphasen.

**Graphik 5: Veränderung des Körpermassenindexes während den verschiedenen Programmphasen**



**Graphik 6: Durchschnittliche Veränderung des Körpermassenindexes zu Beginn und am Ende des Verhaltenstrainings**



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 Folgetreffen vom Januar 08 bis April 2009.

Beim Vergleich von Mädchen und Knaben fallen keine Unterschiede auf, 4 der 6

Mädchen und auch Knaben waren erfolgreich.

Beim Vergleich der Familien stellt sich die Frage: Besteht ein Zusammenhang der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Familien? Aus den Daten entsteht die Behauptung, dass erfolgreiche Kinder entweder alleinerziehend, schlanke Eltern haben oder bei intakten Familien übergewichtige Väter und adipöse Mütter das Kind im Programm begleiten.

Weniger erfolgreiche Kinder sind intakte Familien wobei aber nur ein Elternteil am Programm teilnahm.

In der 2. Phase setzt erfahrungsgemäss oft ein Anstieg des BMI ein, welcher dieses Jahr wiederum die Mehrheit der Kinder bestätigte. Bei 8 Kindern ist seit dem erfolgreichen Lager (bzw. bei 2 Kindern seit Programmbeginn) eine Zunahme des BMI zu verzeichnen. Die durchschnittliche Zunahme liegt mit 0,1 Einheiten aber deutlich unter dem Erfahrungswert. Werden die Körpermassenindexe der Kinder zu Beginn und am Ende des Verhaltenstrainings (Mai 2007 bis Januar 2008) miteinander verglichen, lassen sich im wesentlichen folgende Veränderungen feststellen (vgl. Graphik 2):

- 5 Kindern gelang es, den BMI sehr deutlich, d.h. um 3 oder mehr BMI-Einheiten zu reduzieren
- 2 Kindern gelang es, den BMI um mind. 1 Einheit zu reduzieren
- 3 Kinder haben den BMI um weniger als 1 Einheit reduziert
- 2 Kinder weisen einen leicht höheren BMI, d.h. um weniger als 1 BMI-Einheit, als zu Programmbeginn auf
- 1 Kind weist einen deutliche höheren BMI, d.h. um mehr als 1 BMI-Einheit, als zu Programmbeginn auf

Sehen wir den BMI während dem Programm genauer an, fällt auf, dass keine Kinder in der 1. Phase einen Anstieg hatten. Zudem wird deutlich, dass alle Kinder und Jugendliche während dem Sommerlager erfolgreich sind.

Zwischen dem Gewichtsverlauf der Eltern und der Kinder, besteht keine Korrelation. Eine Ausnahme ist das Kind, welches während dem ganzen Programm 5 BMI-Einheiten zugenommen hat. Deren Begleitperson hat ebenfalls signifikant Gewicht zugenommen. Mehrheitlich kann ein Zusammenhang zwischen der Verbindlichkeit der Eltern, d.h. regelmässige Teilnahme, und dem Gewichtsabnahmeerfolg der Kinder erkannt werden.

Auch wenn der gewichtsbezogene Erfolg des Kursjahrgangs 2007 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 drei Folgetreffen vier, neun und 15 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 2007 bis zum letzten Folgetreffen im April 2009:

- 5 Kindern gelang es, den BMI sehr deutlich, d.h. um 3 oder mehr BMI-Einheiten zu reduzieren

- 1 Kind gelang es, den BMI deutlich, d.h. um 2 oder mehr BMI-Einheiten zu reduzieren
- 1 Kind kam nicht ans letzte Folgetreffen somit konnten wir dessen Daten nicht ermitteln
- 2 Kinder haben den BMI um weniger als 1 Einheit reduziert
- 2 Kinder weisen einen leicht höheren BMI, d.h. um weniger als 2 BMI-Einheiten auf
- 2 Kinder weisen einen deutlich höheren BMI, d.h. um mehr als 2 BMI-Einheiten auf
- 1 Kind hat den Kurs nicht abgeschlossen

## 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 das Weihnachtstreffen wurden als Höhenpunkte beschrieben. Das Kochbuch, die „Alternativen zum Essen“, die „persönliche Bewegungsmöglichkeit finden“ und die Entspannungsübungen wurden als sehr wichtig beurteilt. Der Familientag wurde geschätzt nicht aber überdurchschnittlich gut beurteilt.

Anregungen gab es zur Programmplanung: dass ab Oktober für die Kinder keine Turnhalle mehr zur Verfügung steht und dass das Ende der Intensivphase im Januar genau nach den Festtagen ist und dies eine schwierige Zeit sei.

## 7. Ausblick

Seit 2002 besteht ein schweizerischer Fachverein für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj), welcher die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch der bestehenden Adipositas-Programme in der Schweiz fördert. Der club minu und andere multidisziplinäre Gruppenprogramme werden seit 2009 durch die Grundversicherung der Krankenkassen finanziert.

Da einige Familien den club minu 2006 nicht abgeschlossen haben, nahmen wir uns für den Kurs 2007 vor, eine konsequentere Kontrolle der Absenzen zu führen und bei unangemeldetem Fernbleiben sofort nach zu fragen. Dieses Vorgehen hat sich bewährt, nur eine Familie blieb dem 3. Folgetreffen unentschuldig fern. Auch im neuen Kurs wird dieses Prinzip beibehalten werden. Verbindliche Teilnahme an den Programmterminen ist vermutlich ein entscheidender Erfolgsfaktor.

## 8. Literatur

- Cowin I, Emmett P. (2000) Cholesterol and triglyceride concentrations, birthweight and central obesity in pre-school children. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*:330-9.
- Goran MI, Gower BA. (1999) Relation between visceral fat and disease risk in children and adolescents. *Am J Clin Nutr.* 70:149S-156S
- Freedman DS, Serdula MK, Srinivasan SR, Berenson GS. (1999) Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Am J Clin Nutr.*69:308-17.
- Katzmarzyk, P.T., Tremblay, A., Perusse, L., Despres, J.P., & 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., & et al (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilk* 149, 807-818.
- Kurth B.-M., Schaffrath Rosario A., Robert Koch-Institut Berlin Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Ergebnisse der KiGSS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 5/6 2007.
- l'Allemand D, Farpour-Lambert N, Laimbacher J. Definition, diagnostisches Vorgehen und Therapie-Indikationen bei Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. *Paediatrica* 17[6], 14-18. 2006.
- Lehrke, S. & Laessle, R. (2003). Adipositas. In U.Ehlert (hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltensmedizin* (S. 497-529). Springer Heidelberg.
- Reinehr T, Andler W, Denzer C, Siegried W, Mayer H, Wabitsch M. (2005a) Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: Relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 3:181-7
- Sempach R, Farpour-Lambert N, l'Allemand D, Laimbacher J. Therapie des adipösen Kindes und Jugendlichen: Vorschläge für multiprofessionelle Therapieprogramme. *Paediatrica* 18[2], 33-39. 2007.
- Wabitsch M, Kunze D. Leitlinie Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In: von Schnakenburg E, ed. *Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin DGKJ*. München: Urban&Fischer, 2006:1-36.
- Whitlock, E.P., Williams, S.B., Gold, R., Smith, P.R., & Shipman, S.A. (2005) Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 116, e125-e144.
- Zimmermann, M.B., Gubeli, C., Puntener, C., & Molinari, L. (2004a) 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.
- Zwiauer, K.F., Pakosta, R., Mueller, T., & Widhalm, K. (1992) Cardiovascular risk factors in obese children in relation to weight and body fat distribution. *J Am Coll. Nutr.* 11 Suppl, 41S-50S.