



**Abschlussbericht
für den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)**

zum Projekt:

„Xlarge – Übergewicht im Kindesalter“

Proj. Nr. 826/III/108

Stand Juli 2007

aktueller Titel:

X-TEAM



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
1.1	Ausgangslage	3
1.2	Ziel	6
1.3	Status quo	7
2	FACHBEREICH MEDIZIN	8
3	FACHBEREICH BEWEGUNG	11
4	FACHBEREICH ERNÄHRUNG	13
4.1	Ernährungsworkshops	13
4.2	Individuelle Ernährungsberatungseinheiten	14
5	FACHBEREICH PSYCHOLOGIE	15
5.1	Informationsveranstaltungen	15
5.2	Gesundheitspsychologische Kinderworkshops	16
5.3	Gesundheitspsychologische Elternworkshops	18
6	EVALUIERUNG	20
6.1	Erstes Durchführungsjahr	20
	6.1.1 Stichprobe	20
	6.1.2 Auswertungen	24
6.2	Zweites und drittes Durchführungsjahr	32
	6.2.1 Stichprobe	33
	6.2.2 Auswertungen	37
7	REFLEXION UND AUSBLICK	44
8	LITERATURLISTE	47

1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas zählen zu den Hauptgesundheitsthemen dieses Jahrhunderts. Als eines der sehr komplexen und stark wachsenden Gesundheitsrisiken betrifft es alle westlichen Industriestaaten. Die Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen variieren in Abhängigkeit von Meßmethoden und Definitionen, wodurch einer Unterschätzung des Problems jahrelang wahrscheinlich Vorschub geleistet wurde. In Österreich herrscht ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle, aber die Entwicklung zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der Adipositas in allen Regionen. Strategien müssen auf den leider wenigen aktuellen wissenschaftlichen Evidenzen beruhen, der Komplexität des Problems entsprechen, eine langfristige Perspektive beinhalten und alle Altersstufen und Schichten der Gesellschaft inkludieren. Das Projekt X-Team ist ein Pilotprojekt praktische Erfahrungen durch das Angebot eines ambulanten Betreuungsprogramms, das sehr niederschwellig angesetzt ist, zu sammeln.

X-Team ist ein ganzjähriges Programm für übergewichtige Kinder bzw. Jugendliche und deren Familien. Es hat einen ganzheitlichen Ansatz d.h. körperliche Aktivität, Ernährungstraining, verhaltenspsychologische Aspekte und intensive Elternarbeit werden kombiniert und sollen eine Modifikation ungünstiger Ess- und Bewegungsmuster sowie eine Festigung des Selbstwertgefühls bewirken. Zum Team gehören Ernährungs- und Bewegungsfachpersonen, MedizinerInnen und PsychologInnen. Interessierte Kinder bzw. Jugendliche können monatlich neu ins Programm einsteigen, das flächendeckend in allen größeren Gemeinden in Vorarlberg in den Ländle-Fitnessbetrieben durchgeführt wird.

1.1 Ausgangslage

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nimmt weltweit bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen in alarmierendem Ausmaß zu. Die WHO¹ spricht von der weltweit größten Epidemie. Im Jahr 2005 haben 1,6 Billionen Erwachsene einen BMI > 25 und mindestens 400 Millionen Menschen sind adipös. Die Ursache der rasanten Entwicklung liegt vor allem in der Prävalenz von Übergewicht und

Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Bei Kindern unter 5 Jahren wird weltweit von 22 Millionen Übergewichtigen, in Europa von 3,5 Millionen Adipösen ausgegangen².

Ohne entsprechende Maßnahmen schätzen Experten³ für Europa einen Anstieg bis im Jahr 2010 auf 26 Millionen übergewichtige und 6 Millionen adipöse Kinder und Jugendliche. Die Wahrscheinlichkeit als Erwachsener adipös zu sein, steigt vom Kindes- bis zum Jugendalter erheblich an. Adipositas im Schulkindalter bleibt zu 50% und im Jugendalter zu 80 % im Erwachsenenalter.

Von ganz Deutschland gibt es erstmalig repräsentative Daten, die im Rahmen der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“⁴ (KiGGS, 2003-2006) erhoben wurden. Anhand dieser Daten sind 15 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland übergewichtig (P 90.) und 6,3 % adipös (P 97.). In dieser Studie steigt der Anteil der Übergewichtigen von 9 % bei den 3- bis 6-Jährigen auf 15 % bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Eine Adipositas haben nach KiGGS 2,9 % der 3- bis 6-Jährigen, 6,4 % der 7- bis 10-Jährigen und 8,5 % der 14- bis 17-Jährigen.

Laut KiGGS sind die Prävalenzzahlen für Übergewicht um 50 % gestiegen und die Häufigkeit von Adipositas hat sich sogar verdoppelt (auf Basis der Referenzdaten von 1985-1999).

Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind dreimal häufiger von Adipositas betroffen. Bei Migranten-Kindern liegt Adipositas doppelt so häufig vor als bei Nicht-Migranten-Kindern.

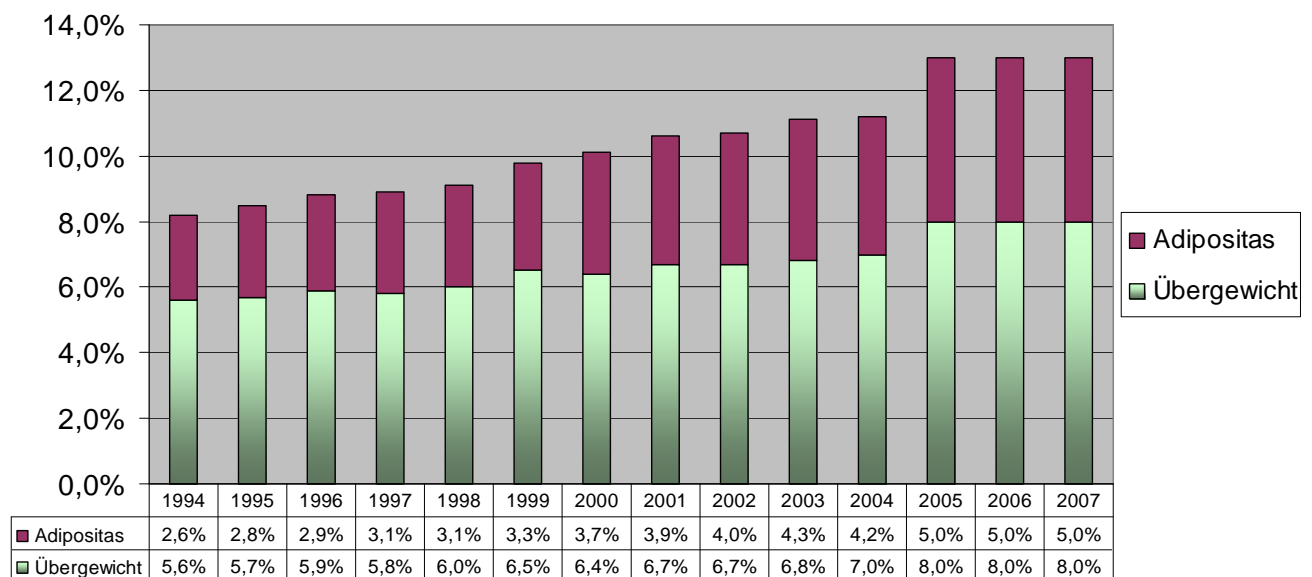
Laut dem ersten österreichischen Adipositasbericht² sind unter den österreichischen Kindern und Jugendlichen 10 bis 29 % der Buben und 6 bis 42 % der Mädchen übergewichtig; 5 bis 11 % der Buben und 3 bis 4 % der Mädchen gelten als adipös. Basierend auf Schätzungen können in Wien 19,2 % der Kinder zwischen 0,5 und 10 Jahren und 24,9 % der 10- bis 17-Jährigen als übergewichtig bezeichnet werden. 5 % der unter 10-Jährigen und 6,1 % der über 10-Jährigen sind adipös.

In Vorarlberg hat Gesundheitsvorsorge und –bewusstsein Tradition. Sehr viele Maßnahmen und Aktivitäten wurden die letzten 5 Jahre im aks zum Thema

Übergewicht/Adipositas (Interreg IIIA Projekte, div. Arbeitsgruppen, Gesunde Schule etc.) parallel zum X-Team Projekt initiiert. Auch die öffentlichen Medien setzten sich entsprechende Themenschwerpunkte und haben damit zu Bewusstseinsbildung der Vorarlberger Bevölkerung positiv beigetragen.

Die Gesamtaktivitäten der Präventionsarbeit haben somit zur Erreichung des wesentlichen Ziels beigetragen, die Tendenz des steigenden Übergewichts der Vorarlberger Schulkinder zu stoppen. Die harten Zahlen (n = ca. 33.000) der letzten drei Schuljahrsuntersuchungen zeigen seit drei Jahren einen gleichbleibenden Stand der Anzahl an übergewichtigen und adipösen Kindern.

- gesamthaft sind 13% sind der Vorarlberger Kinder übergewichtig bzw. adipös
- 8% davon sind übergewichtig und
- 5% krankhaft übergewichtig (adipös)



Volks- und Hauptschulen 1994 – 2007: n = 33.200/Jahr; Auswertung mittels Body Mass Index (BMI), ÜG ab P 90, Adipositas ab P 97 (Kromeyer-Hauschild).

1.2 Ziel

Die allgemeine Zielsetzung des X-Team Projektes ist eine deutliche Gewichtsreduktion und im besten Falle die langfristige und dauerhafte Erreichung des physiologischen Normalgewichts durch regelmäßige körperliche Betätigung und bewusste Veränderung des Ernährungsverhaltens. Ebenso wichtig ist eine Steigerung des Selbstwertgefühls und des Körperbewusstseins der betroffenen Kinder und Jugendlichen, um Ausgrenzung und Verhöhnung wirksam und "seelisch unbeschädigt" zu begegnen.

Konkrete Programmziele:

- 1.) Frühzeitige Prävention mittel- und langfristiger Folgen des Übergewichtes
- 2.) Hilfestellung für übergewichtige Kinder/Jugendliche und deren Familien hinsichtlich Psyche, Bewegung und Ernährung
- 3.) Erlernen der Grundzüge einer gesunden Ernährungsweise. Veränderung der Ernährungsgewohnheiten und des Essverhaltens der Kinder mit Einbezug der Eltern
- 4.) Steigerung der Leistungsfähigkeit, des Körperbewusstseins und der Freude der Kinder an regelmäßiger körperlicher Bewegung
- 5.) Steigerung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls der TeilnehmerInnen
- 6.) Ein Jahr nach Beginn sollen mindestens 50% der TeilnehmerInnen eine Gewichtsreduktion von wenigstens 5% und mindestens 20% der TeilnehmerInnen eine Gewichtsabnahme von mindestens 10% aufweisen.
- 7.) Nachhaltigkeit durch die auf ein Jahr ausgelegte Teilnahme.

Geplante Maßnahmen:

- 1.) Sportbasisuntersuchung beim Arzt/Ärztin, Fragbogen zur Ernährung, Fragebogen zum Selbstwertgefühl

- 2.) Zwei mal wöchentlich ein einstündiges kontinuierlich abgestimmtes Bewegungstraining
- 3.) Elternworkshops mit Ernährungs- und Verhaltensschulung (4x/Jahr)
- 4.) Kinderkochnachmittage (2x/Jahr) und Ernährungs-Theorieworkshops (2x/Jahr)
- 5.) Individuelle Ernährungsberatungseinheiten für die Familie/betreutem Kind (5x1/2h/Jahr)
- 6.) Gesundheitspsychologische Elternworkshops (4xjährlich)
- 7.) Gesundheitspsychologische Kinderworkshops (4xjährlich)
- 8.) Ärztliche Abschlussuntersuchung (Sportbasisuntersuchung), Fragebogen zur Ernährung, Fragebogen zum Selbstwertgefühl

1.3 Status quo

Das X-Team Projekt wurde an allen Standorten (Bregenz, Wolfurt, Dornbirn, Hohenems, Götzis, Feldkirch, Rankweil, Bürs) mit 1.5.2007 operativ abgeschlossen.

Die genaue TeilnehmerInnenliste samt Austritten entnehmen Sie bitte den Beilagen. Ebenso die Teilnahmefrequenz der Eltern an den durchgeführten Workshops.

In der Gesamtentwicklung des Projekts erkennen wir, dass nach anfänglichen Einführungsverzögerungen im dritten Jahr der Durchführung der gesamte Ablauf sich gut eingespielt hatte und das Programm in Vorarlberg sehr gut bekannt ist. Leider musste aufgrund des Projektendes mit Mitte 2007 im zweiten Durchführungsjahr ab Sommer 2006 einen Aufnahmestopp gelegt werden und auf die Planung und Weiterführung nach Kostenbeteiligungsverhandlungen bis Ende 2007 „vertröstet“ werden.

2 Fachbereich Medizin

Alle teilnehmenden Familien wurden schriftlich und telefonisch persönlich aufgefordert eine Abschlussuntersuchung in Anspruch zu nehmen, um einerseits eine vollständige Dokumentation über die Entwicklung des Kindes zu gewährleisten, andererseits den Familien weiterführende Maßnahmen für die Betreuung des Kindes zu empfehlen. Gesamthaft haben 76% der Kinder eine Abschlussuntersuchung durchgeführt (siehe Liste anbei). Die medizinischen Daten wurden im ersten Jahr von niedergelassenen ÄrztInnen per Fragebogen und ab dem zweiten Jahr von den Ärzt/innen der Krankenhäuser Bregenz, Dornbirn und Feldkirch in dem APV-Programm der Uni Ulm unter der Leitung von Prof. Dr. Holl erfasst. Die Reduzierung auf drei Untersuchungsstandorte erfolgte im Einvernehmen der involvierten ÄrztInnen im Sinne der Standardisierung und leichteren Durchführbarkeit für den Pilot. Allerdings mit dem Ziel die Aufgabe grundsätzlich nach dem Pilot vorwiegend in den niedergelassenen Bereich der Kinder- und Jugendärzte zu verlagern, um eine nachhaltige Betreuung für betroffene Familien gewährleisten zu können. Die Zusammenarbeit mit den drei Krankenhäusern funktionierte sehr gut.

Derzeit wird außerhalb des Projekts (da das Projekt vom Förderzeitraum abgeschlossen ist) eine Erhebung aller T2 Werte im Rahmen des Interreg III A-Projektes „Adipositas Kompetenzzentrum Euregio Bodensee“ durchgeführt, um Daten hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Projektdurchführung zu erhalten. Hierzu kontaktierte eine Diplomandin die Familien vorab telefonisch und besuchte sie persönlich mittels Fragebogen und forderte zu einer T2-Untersuchung auf. Dabei haben über 80 Familien teilgenommen. Die Auswertung ist im Laufen.

Im Rahmen des EU-Projekts „Weiterbildungszentrum“ des Interreg III A-Programms Alpenrhein-Bodensee-Hochrhein gemeinsam mit dem Landkreis Lindau und Kanton St. Gallen wurde im Frühjahr 2006 eine dreitägige (25.2./1.4. und 6.5.2006) Fortbildungsreihe zum Thema „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ durchgeführt.

Ziel der Fortbildungsreihe war es praxisrelevantes Fachwissen, Methoden und Motivationstechniken zur Behandlung und Betreuung von übergewichtigen bzw.

adipösen Kindern und Jugendlichen zu vermitteln. Weiters wurden über eine abschließende Podiumsdiskussion mit Fachleuten gemeinsame Konzepte diskutiert und weiterentwickelt, die ein abgestimmtes Vorgehen als Basis für erfolgreiche Prävention und –therapie bilden sollten. Im Schnitt haben ca. 50 – 60 Personen begeistert teilgenommen. Zum Abschluss erhielten die TeilnehmerInnen ein Zertifikat. Die ausgebildeten AdipositasärztInnen führen im Rahmen des X-Team Folgeprojektes die ärztlichen Untersuchungen durch. Weiters sind sie vom aks empfohlene Ansprechpersonen zum Thema Adipositas.

Aufgrund der Podiumsdiskussion und dem Engagement der Fachgruppe der Vorarlberger Kinder- und JugendärztInnen bildete sich in Vorarlberg eine Gruppe zum Adipositas Forum Vorarlberg. Das Forum besteht grundsätzlich aus 16 Mitgliedern, aus verschiedenen Berufssparten (Medizin, Krankenhaus, Reha, Ernährungs-, Sportwissenschaft und Psychologie).

Vier Arbeitsgruppen, nach Settings gegliedert, übernahmen die Aufgabe Möglichkeiten zu suchen Strukturen und Maßnahmen zur Bekämpfung der „Epidemie Adipositas“ in Vorarlberg zu entwickeln. In mehreren Treffen wurden ein Leitbild und ein strategisches Konzept für das Forum ausgearbeitet und Maßnahmenpläne bis ins Jahr 2012 gemeinsam festgelegt, die unter anderem in das EU-Folgeprojekt Interreg IV (Start Herbst 2008) einfließen sollen.

Darüber hinaus wurden im Forum konkrete Themen, wie die Planung von und Mitwirkung des Forums an Veranstaltungen (Gesundheitstage in Gemeinden, Bewegungsfestspiele, Vorträge in diversen Settings) ausgearbeitet. Für das Forum wurde auch ein Logo kreiert:



Das Forum zeichnet sich auch als mitverantwortlich für die Neukonzeption nach dem Modellprojekt X-Team und eine Adipositas-BetreuerInnenausbildung (siehe Punkt 3), die im Herbst 2007 umgesetzt werden wird. Das neue X-Team Projekt soll im Herbst 2007 als Pilot und ab Frühjahr 2008 dauerhaft eingeführt werden.

3 Fachbereich Bewegung

Die konzeptionierten Bewegungseinheiten ein ganzes Jahr lang zweimal wöchentlich konsequent zu trainieren, erforderte sehr viel Durchhaltevermögen der Kinder. Die TrainerInnen waren stets gefordert ein interessantes für jedes Kind anspruchsvolles Programm zu kreieren und auf die Entwicklung der Kinder einzugehen, während die Gruppenzusammengehörigkeit sich durch laufende Neueinstiegsmöglichkeiten verändern konnte und damit die Gruppendynamik beeinflusste. Die Motivation einiger Kinder verflachte im Laufe der Monate, wobei verschiedene Faktoren dabei mitwirkten. Die Durchführung über die Sommerferienzeit und die Weiterführung danach zeigte sich ungünstig, da einmal die Sommermonate mit Urlaubszeiten verbunden waren und die Schulzeiten sich trotz der meist freien Mittwochnachmittage derart veränderten, dass Kinder sich vom Programm abmelden mussten. Bei Gruppen mit schwächeren SchülerInnen spielte die Schule im Sinne zusätzlicher Nachhilfestunden oder Lernen für Prüfungen einen großen Einfluss auf die Teilnahmefrequenz im Bewegungsbereich. Bei ausländischen Kindern auch Besuche von zusätzlichen Islam- und Türkischstunden.

Die Zusammensetzung der Gruppen zeigte sich altersmäßig (zwischen 8 und 16 Jahren) problematisch und stellte hohe Erfordernisse an die TrainerInnen. Es kam zu Gruppenbildungen zwischen größeren und kleineren Kindern, speziell wenn sie sich durch die Schule schon kannten. Geschlechtsgemischte Gruppen funktionierten dahingehend sehr gut.

Im Allgemeinen hatten die Kinder immer mehr sichtlichen Spaß an der Bewegung und weniger Angst davor, etwas nicht zu können nur weil sie dicker sind als ihre MitschülerInnen. Sie haben mehr Selbstvertrauen und damit an Selbstbewusstsein dazu gewonnen. Sport bzw. Bewegung ist für die meisten Kinder nicht mehr negativ besetzt. Sie motivieren sich gegenseitig zu guten Leistungen, sodass auch schon Wettkämpfe durchgeführt wurden.

In Bezug auf einzelne Sportarten kam es zu Bevorzugungen je nach Alter. Aerobic oder typische Erwachsenensportarten, wie Nordic Walking oder Joggen kam weniger

gut an, Ballsport oder aktuelle Trendsportarten dagegen sehr gut, wie für Jugendliche auch das Training an einzelnen Fitnessgeräten. Einzelne Jugendliche führten nach ihrem X-Team Abschluss das Training im Fitnessbetrieb selbständig weiter.

Während des X-Teams lernten Kinder aktiv einzelne Sportarten kennen (Judo, Baseball, Eislaufen, u.a.) mit dem Hintergrund Begeisterung zu wecken und dadurch Eigeninitiative zu fördern, evt. auch eine Vereinszugehörigkeit anzustreben. Eine wichtige Erkenntnis war, dass die Akzeptanz von Sportarten nicht unmittelbar mit störendem Körpergewicht verbunden ist. So kam z.B. Schwimmen weniger gut an, Klettern sehr gut.

Immer wieder zeigte sich, dass die Qualifikation der TrainerInnen, als Hauptbetreuungspersonen einen hohen Stellenwert für die Kinder und deren Familie hat und nicht unterschätzt werden darf. Die meisten FitnessbetreuerInnen waren sehr engagiert, dennoch kamen Einzelne an ihre Grenzen und berichteten von sehr großem Betreuungsaufwand, verbalen oder körperlichen Attacken von Kindern untereinander oder ihnen selbst gegenüber. So kam es auch vereinzelt zu TrainerInnenwechseln.

Die Örtlichkeit der Fitnessbetriebe bot auf der einen Seite einen hohen Anreiz für Kinder/Jugendliche, da der Zutritt normalerweise nur für Erwachsene ist, andererseits waren nicht alle Standorte für Kindergruppenkurse geeignet. Die X-Team-Events erforderten einen hohen Organisationsaufwand, wurden aber auch sehr rege und mit Begeisterung von den Familien besucht. Ein Highlight an dem die Kinder im Rahmen des X-Team-Herbst-Events 2006 mitwirkten, waren die Bewegungsfestspiele am 22.10.2006 des Projekts „Vorarlberg bewegt“, die in Zusammenarbeit mit der aks Gesundheitsvorsorge im Festspielhaus in Bregenz stattfanden. Mit über 20.000 BesucherInnen kann diese Großveranstaltung als eine gelungene Initiative des Landes Vorarlberg bezeichnet werden. Die mitwirkenden X-Team Kinder erhielten spezielle X-Team-T-Shirts und studierten moderne Tanzeinlagen und Gymnastikvorführungen ein. In Live-Kochshows zeigten sie dem Publikum, wie man mit Spaß tolle Speisen zubereiten kann. Auf Grund des großen Echos soll die Veranstaltung jährlich stattfinden.

4 Fachbereich Ernährung

4.1 Ernährungsworkshops

Im Bereich Ernährung wurden an 8 Standorten für die Familien und Kinder Ernährungseinheiten und Kochworkshops durchgeführt (siehe WS-Termine als Beilage). Zu Beginn waren für die Eltern vier Theorieeinheiten konzipiert, für die Kinder Theorie- und praktische Einheiten. Sehr bald stellte sich heraus, dass das praktische Arbeiten auch für Eltern eine wichtige Erfahrung mit Nachhaltigkeitseffekt ist, sodass auch Kochkurse für Eltern durchgeführt wurden. Zusammenfassend konnten über unsere Diätologinnen folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

- › Kinder schätzen ihr persönliches Essen als eher richtig ein, nur wenige erkennen die Ursache ihres Übergewichtes
- › Theoretisches Wissen, v. a. aus Werbesprüchen und sog. „Weisheiten“ von den Erwachsenen ist vorhanden, manchmal sehr extrem, jedoch keinerlei Anzeichen von Umsetzung
- › Zu Hause herrscht vorwiegend ein Überangebot an Süßigkeiten, Knabbereien, Fruchtsaftgetränken, Limonaden, Wurstsorten, u.a. Kinder haben freien Zugang und dürfen in Abwesenheit der Eltern selbst davon nehmen. Eltern ermahnen jedoch die Kinder, wenn sie sich nicht zurückhalten
- › Essen ist häufig Auslöser von Konflikten in der Familie
- › Eltern selbst zeigen in den seltensten Fällen ein erstrebenswertes Vorbild, haben oft selbst ihre Speisenauswahl nicht unter Kontrolle, sind selbst übergewichtig
- › Für alle Feste während des Jahres stehen immer große Mengen Essen im Vordergrund (auch starkes kulturspezifisches Thema)
- › Es werden vorwiegend fette Speisen angeboten, vom Kuchen meist gleich mehrere Stücke nacheinander gegessen
- › Hauptproblem ist die Menge, die an einem Tag vertilgt wird
- › Eltern finden es vollkommen richtig, wenn sich das Kind an einem Festtag einmal so richtig voll essen darf

In den theoretischen Workshops wurde mit den Eltern auch das grundsätzliche Ess- und Ernährungsverhalten von Kindern diskutiert. Wie z.B. dass Kinder Lebensmittel und Gerichte lieben, die in der Familie bevorzugt werden und ihr Geschmack möglicherweise mit dem familiären Kontext des Essens assoziiert wird. Vorlieben für Obst und Gemüse sich gut entwickeln, wenn Eltern mit gutem Beispiel vorangehen. Der Fettverzehr der Eltern, insbesondere der Mütter, mit dem Fettkonsum der Kinder in Zusammenhang steht und Kinder übergewichtiger Eltern süßes und fettes Essen intensiver wahrnehmen und lieber essen. Auch wie Einkauf, Verfügbarkeit und Zubereitung der Lebensmittel das familiäre Essverhalten formen und die Vorlieben der Kinder bestimmen wurde theoretisch beleuchtet.

4.2 Individuelle Ernährungsberatungseinheiten

Die Möglichkeit die individuelle Familiensituation im Sinne der Ernährungs-, Einkaufsgewohnheiten und des Essverhaltens wurde den Familien in Form von Familiengesprächen mit Diätologinnen gegeben. Die Gespräche wurden anfangs eher zögerlich wahrgenommen. Insgesamt haben 148 Familien 533 Ernährungsberatungen schließlich in Anspruch genommen. Die Ernährungsberatungen im Rahmen von X-Team wurden meist von den Eltern gemeinsam mit dem Kind konsumiert. Das Kennenlernen der Diätologinnen in den Workshops war vorteilhaft und sollte von derselben Person angeboten werden, dadurch kann nochmals zur Teilnahme motiviert und die Schwellenangst vermindert werden. Die Diätologinnen dokumentierten jede Beratung pro Familie und empfehlen nach Bedarf auch eine Weiterführung der Beratung. Immer wieder wird auch in den Psychologie-Workshops über die positiven Auswirkungen und das individuelle Besprechen bei den Ernährungsberatungen erzählt. Hier zeigt sich, dass sich die hohe Erfahrung und Sensibilität mit dem Thema der BeraterInnen bewährt.

5 Fachbereich Psychologie

5.1 Informationsveranstaltungen

Nach dem ersten Jahr stellten wir fest, dass unterschiedliche Erwartungen der Eltern und Kinder mit X-Team verbunden waren. Mit der Einführung von Informations- und Abschlussveranstaltungen konnte X-Team den Familien näher gebracht werden und deren Motivation zur kontinuierlichen Teilnahme hinterfragt werden. Die Veranstaltungen wurden von einer Psychologin geleitet, die auch die Datenerhebung mittels Eltern- und Kinderfragebogen in diesem Rahmen übernahm um einen gute Beteiligung zu erzielen.

Insgesamt wurden die Informationsveranstaltungen mit großem Interesse angenommen und waren in der Regel gut besucht. Die Familien erhielten einen guten Überblick über das Krankheitsbild und konnten inhaltliche Fragen zur Projektdurchführung stellen.

Als teilweise schwierig erwiesen sich die Fragebogenerhebungen. Vor allem die jüngeren Kinder (8 Jahre) waren inhaltlich sowie aufgrund des Umfangs der Bögen etwas überfordert. Dies führte in einigen Fällen dazu, dass die Eltern die Kinder in der Beantwortung unterstützten. Auch ließ sich nicht vermeiden, dass manche Eltern aus Mangel an Zeit die Fragebögen mit nach Hause nahmen und per Post retournierten.

Des Weiteren hatten einige teilnehmende MigrantInnen mitunter sprachliche Schwierigkeiten oder waren aufgrund ihrer mangelnden Deutschkenntnisse überhaupt nicht selber in der Lage, die Fragebögen auszufüllen bzw. den Inhalten der Informationsveranstaltung zu folgen. Hier zeigten sich die Grenzen des Programms bzw. der Teilnahmemöglichkeit.

Die Informationsveranstaltungen als Einstieg waren äußerst wichtig, vor allem mit dem Ziel für sich nochmals die Entscheidung zu bekräftigen mit vollem Einsatz und Motivation am Programm teilzunehmen oder sich gegebenenfalls dagegen zu

entscheiden. Leider war während dieses Prozesses auch immer wieder zu beobachten, wie Eltern ihre Kinder mit allen Mitteln zur Teilnahme zu überreden versuchten, sich die Kinder jedoch strikt weigerten. Handelt es sich dabei um die Unterstützung, den eigenen inneren Schweinhund zu überwinden, scheint dieses Verhalten nachvollziehbar sowie gut gemeint, nicht jedoch wenn es gegen den Willen der Kinder geht, was sich dann sehr deutlich in fehlender Motivation und unregelmäßiger Teilnahme an den Trainings sowie den Workshops widerspiegelt.

5.2 Gesundheitspsychologische Kinderworkshops

In den Workshops zeigte sich deutlich wie die Kinder enorm unter ihrem Übergewicht leiden, was sie jedoch zu verneinen versuchen. Das Thema Gewicht ist stark schambesetzt und die Kinder sind massiven Hänseleien ausgesetzt. Dies führt zu einer Ausgrenzung aus dem sozialen Umfeld der Gleichaltrigen und zieht Rückzugstendenzen nach sich. Das sich nicht angenommen fühlen schließt wiederum den Kreislauf nach Nahrungsaufnahme und Heißhunger. Das Erlernen von Gefühlsausdruck und Gefühlsdifferenzierung wirkt diesem Muster entgegen, sowie kognitive Verhaltensänderungen. Eigenverantwortung übernehmen ist unabdinglich, denn damit wird der Schuldkreislauf innerhalb der Familie durchbrochen. Eine Folge von Übergewicht ist meist ein sehr niedriges Selbstwertgefühl. Bei einigen Kindern sind auch Verhaltensauffälligkeiten ein großes Problem, da Übergewicht auch zu massiven Regressionen führen kann.

Zusammengefasst entstanden in den Kindergruppen folgende Themenschwerpunkte:

- › Selbstwertproblematik
- › Hänseleien
- › Eigenwahrnehmung vs. Fremdwahrnehmung (Körperwahrnehmung)
- › Verhaltensmodule
- › Freundschaften

Selbstwertproblematik: Der Selbstwert ist durch Hänseleien meist stark in Mitleidenschaft gezogen. Bei manchen Kindern verursacht dies eine aggressive Haltung anderen Menschen gegenüber, andere, die wesentlich größere Anzahl, reagieren mit Rückzug, Rücknahme der eigenen Persönlichkeit, wenig Ausdruck und Ängstlichkeit. Letzteres bedingt dann die übermäßige Nahrungsaufnahme, welche in symbolischer Betrachtung als „Schutzmantel“ zu sehen ist. Wenig Ausdruck bedeutet viel Eindruck, der nicht differenziert und ausgelebt werden kann. Die Lernschritte in diesem Bereich liegen in konstruktiver Kritikfähigkeit und klare Stellungnahme bezüglich der eigenen Befindlichkeit. Mit Selbstwertstärkenden Übungen und Maßnahmen kann relativ rasch eine Verbesserung stattfinden.

Hänseleien: Bei Hänseleien ist es wichtig ein kognitives Programm zur Verfügung zu haben, um die tiefen, kränkenden Verletzungen abzuwehren und nicht in sich aufzunehmen. Neben kognitiven Strategien ist es sinnvoll, die Kinder nach eigenen erprobten Möglichkeiten zu befragen und diese in das Programm aufzunehmen.

Eigenwahrnehmung vs. Fremdwahrnehmung: Die Eigenwahrnehmung wird mit Körperwahrnehmungsübungen geschärft und mit Ausdruck zu einer Einheit von Ein- und Ausdruck in kreativen Formen zusammengeführt. Je besser Eigenwahrnehmung und Reflexion vorhanden sind, umso klarer können Bedürfnisse wahrgenommen und befriedigt werden. Somit wird der Kreislauf „ich fühle mich nicht gut und darum esse ich“ unterbrochen. Die Fremdwahrnehmung dient der Differenzierung zwischen beiden Wahrnehmungen und fördert die Kommunikation im Sinne von Begegnung. Dadurch können Kinder lernen, dass Dinge diskutiert werden müssen, um einander bestmöglich zu verstehen und dass nicht alles was als kränkend empfunden wird, tatsächlich als Kränkung gedacht und beabsichtigt war.

Verhaltensmodule: Die Verhaltensauffälligkeiten bezeichnen einen Sachverhalt, welcher zu Belastungen in sozialen Beziehungen führt. Sie sind für alle beteiligten Personen ein hochemotional besetztes Thema. Es sind sozusagen missglückte Lösungsversuche. In Übungen und gestalterischem Tun werden Verhaltensmuster analysiert und gemeinsam geklärt, damit verstanden wird, dass immer ein Verhalten ein anderes bedingt. Dies fördert die Teamfähigkeit, sowie die Auseinandersetzungsgüte im verbalen und nonverbalen Bereich.

Freundschaften: Manche Kinder haben sich schon so sehr zurückgezogen, dass sie schon ein Stück vereinsamt waren, als sie dem X-Team beigetreten sind. Die Rückmeldungen der Kinder und Jugendlichen hatten eindeutig den Schwerpunkt Freunde gefunden zu haben und verstanden zu werden. Weiters sich nicht mehr so stark in einer Hilflosigkeit zu befinden, wenn es zu Hänseleien kam. Zwischen den verschiedenen Übungen ergeben sich immer wieder sehr persönliche Begegnungen und Gespräche, bei denen spürbar wurde, wie groß das Vertrauen der Kinder untereinander bereits gewachsen war.

Der Anteil von Migrationskindern war in manchen Gruppen sehr hoch. Das Thema Migration wurde somit auch in den Workshops auf verschiedenste Weise Inhalt, wie z.B. reger Austausch der Heimat- und Urlaubserfahrungen in der Türkei von MigrantInnen und VorarlbergerInnen.

5.3 Gesundheitspsychologische Elternworkshops

In diesen Gruppen wurde deutlich, wie groß das Bedürfnis der Eltern ist, sich untereinander auszutauschen. Psychologisch gesehen sind bei betroffenen Eltern der Verleugnungsmechanismus sehr hoch, wie auch das Spaltungsphänomen. Die Schuldgefühle schließen diesen Kreislauf des nicht wahrhaben wollens, dass das Übergewicht eines Kindes mit der Persönlichkeit und dem sozialen Umfeld zu betrachten ist.

Die Themen in diesem Bereich, haben sich den Themen der Kinder angeglichen.

Folgende Themen bildeten den Schwerpunkt:

- › Information bzgl. Bildung des Selbstwertes
- › Beratung im Umgang mit den jeweiligen Entwicklungsphasen des Kindes
- › Kommunikation und Konfliktlösungsstrategien
- › Familiendynamik

Den Eltern ist es vordergründig wichtig Information zu erhalten wie eine Änderung stattfinden könnte. Trotzdem war der Widerstand bei zwei Drittel der Gruppe sehr hoch und es gibt nichts, was sie nicht schon ausprobiert hätten. Eine sog.

Verleugnung als Schutzmechanismus der unbewusst abläuft, ist häufig vorhanden. Ziel dieses Mechanismus ist die Funktionsfähigkeit des Ichs für die Realitätsbewältigung aufrechtzuerhalten und dient ebenfalls der Verminderung der Angst. Das andere Drittel ist sehr engagiert mit bester Eigenreflexion und Motivation zu Veränderungen. Es wurde in den Workshops rasch sichtbar, wer sich einlassen kann/will und wer nicht. Manche TeilnehmerInnen würden gerne die Leitung übernehmen. Andere haben ein starkes Mittelpunktstreben. Das Bedürfnis nach Anerkennung und die Sicherheit es richtig zu machen war die größte Motivation der Eltern.

Die TeilnehmerInnenzahl in den Elterngruppen schwankte. Deutlich war, dass die Eltern mit hoher Eigenreflexion und Kritikfähigkeit eher bis zum Schluss geblieben sind. Eine Hypothese ist, dass die Motivation erst hohe Wellen schlägt, jedoch bei nicht Eintreffen von raschen Veränderungsprozessen Resignation eintritt. Eine Weitere, dass das Thema Übergewicht ein Drittel der Eltern selbst betrifft und Schuld ein verbreitetes Gefühl ist. Die Tatsache, dass ein Erfolg nur mit Unterstützung der Eltern zustande kommen kann, schien manchen Eltern nicht klar zu sein, indem sie das Übergewicht ihrer Kinder als deren alleiniges Problem betrachteten und die volle Verantwortung für die Gewichtsreduktion an ihre Kinder übertrugen.

Die Arbeit mit den Eltern war sehr unterschiedlich. Einige Elternteile kamen zu zweit, andere schickten und konnten deswegen nicht zu den Elternabenden kommen oder schickten ältere Geschwister, weil sie nicht so gut Deutsch konnten. Insgesamt wurden die fachlich geleiteten Workshops von den Eltern sehr positiv bewertet, vor allem auch der Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten.

6 Evaluierung

Die Evaluation zeigte sich besonders aufgrund von Prozeßveränderungen als sehr komplex und wurde durch verschiedenen Faktoren beeinflusst. Nach dem ersten Jahr wurden aus verschiedenen Gründen (siehe Text) die Evaluationsinstrumente verändert. Damit kamen neue Evaluationspartner (Krankenhäuser, Uni Ulm, Uni Bielefeld) mit dem Projekt in Berührung. Gleichzeitig löste die Fa. Hämmerle (externer Evaluationsbeauftragter) ihr Unternehmen auf und übertrug die Funktion seinem Partner Dr. Auer. Die Zusammenarbeit mit den Universitäten zeigte sich sehr zeitaufwändig. Da das EU-Projekt erst Mitte 2008 abschließt und eine T2 Erhebung in diesem Rahmen noch läuft, können weitere Auswertungen zum vorliegenden Bericht nachgereicht werden und wird im Folgenden auf interessante bestehende Ergebnisse des ersten und zweiten/dritten Durchführungsjahres Bezug genommen.

6.1 Erstes Durchführungsjahr

6.1.1 Stichprobe

Mit 01.01.2004 wurde das ambulante Behandlungsprogramm X-Team für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 16 Jahren in Vorarlberg eingeführt. Zu Beginn des Jahres wurde das Programm zunächst mit 4 Gruppen gestartet (Bregenz, Dornbirn, Götzis, Bürs). Da die Nachfrage im Laufe des Jahres sehr groß wurde und der Einstieg in die einzelnen X-Team's laufend möglich war, wurden neue Gruppen gebildet. Am Ende des Jahres 2004 gab es bereits 12 X-Team-Gruppen an 8 regional verteilten Standorten.

Tab: Verteilung der Standorte in Vorarlberg

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Bregenz	23	16,3	16,3	16,3
Bürs	25	17,7	17,7	34
Dornbirn	25	17,7	17,7	51,7
Kl. Walsertal	11	7,8	7,8	59,5
Hohenems	9	6,4	6,4	65,9
Rankweil	11	7,8	7,8	73,7
Feldkirch	21	14,9	14,9	88,6
Götzis	16	11,4	11,4	100,0
Gesamt	141	100,0	100,0	

Von 141 Kindern und Jugendlichen, die im ersten Durchführungsjahr (ab 01.01.2004) mit dem X-TEAM begonnen haben, beendeten 114 TeilnehmerInnen das Programm planmäßig nach einem Jahr. 27 Kinder beendeten das Programm vorzeitig.

Tab: Drop Out

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Planmäßiges Programmende nach einem Jahr	114	80,9	80,9
Drop Out	27	19,1	100,0
Gesamt	141	100,0	

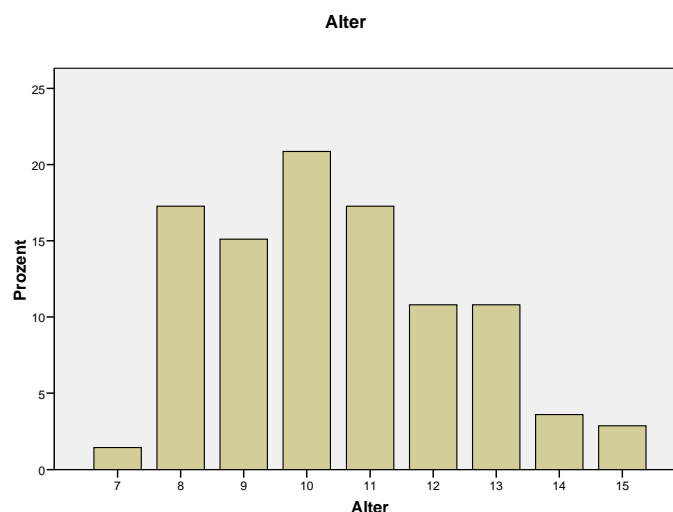
Die Gründe für den Drop Out waren unterschiedlich, zumeist jedoch in der mangelnden Motivation der Kinder oder in zeitlichen Problemen durch einen Schulwechsel bzw. Wohnortwechsel zu suchen.

Tab: Angaben der Familien für das vorzeitige Beenden des Programms

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Familiäre Probleme	1	3,7
Motivation	10	37,0
Schulische Probleme	2	7,4
Umzug	2	7,4
Zeitliche Probleme	6	22,2
Sonstiges	6	22,2
Gesamt	27	100

Alter der teilnehmenden Kinder/Jugendlichen

Bei Programmeinstieg waren die Kinder im Durchschnitt 10,4 Jahre alt, bei einer Standardabweichung von 1,9. Die häufigste Altersspanne der Kinder bewegte sich also in einem Alter von 8-12 Jahren. Die beiden jüngsten Kinder waren 7. Sie wurden aus besonders medizinisch induzierten Gründen in das Programm aufgenommen, da dies aus ärztlicher Sicht die ideale Behandlung für diese beiden Kinder darstellte. Zudem waren die Kinder kognitiv bereits so weit entwickelt, dass einer Programmteilnahme nichts im Wege stand. Die ältesten Kinder waren zu Programmeintritt 15 Jahre alt. Aus dem Diagramm ist deutlich ersichtlich, dass das Programm eher von jüngeren TeilnehmerInnen genutzt wurde, also eine leicht schiefe Verteilung vorliegt.



Tab: Altersverteilung der Kinder zu Programmeintritt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	7	2	1,4	1,4	1,4
	8	24	17,1	17,3	18,7
	9	21	15,0	15,1	33,8
	10	29	20,7	20,9	54,7
	11	24	17,1	17,3	71,9
	12	15	10,7	10,8	82,7
	13	15	10,7	10,8	93,5
	14	5	3,6	3,6	97,1
	15	4	2,9	2,9	100,0
	Gesamt	139	99,3	100,0	
Fehlend	System	1	,7		
Gesamt		140	100,0		

Geschlecht der teilnehmenden Kinder

Zum X-Team haben sich nahezu gleich viele Jungen wie Mädchen gemeldet. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Programmnutzung gibt es also nicht.

Tab: Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	72	51,4	51,4	51,4
	1	68	48,6	48,6	100,0
	Gesamt	140	100,0	100,0	

Psychologischer Status der Kinder

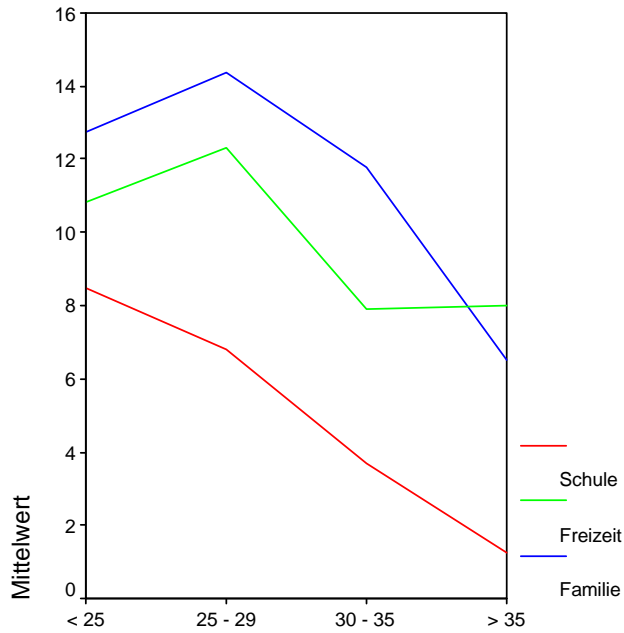
Im ersten X-Team Jahr wurde der psychologische Status nach dem ALS (Aussagenliste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche) ausgewertet. Der aks vernetzte seine Arbeit innerhalb eines EU-Projekts mit der Schweiz und Deutschland. Das Interreg III A-Projekt „Kinder im Gleichgewicht – Adipositas Kompetenz-Zentrum Euregio Bodensee“ mit dem Untertitel „Kinder im Gleichgewicht“ (www.kig-adipositas.net), kurz KIG sah für Adipositasprogramme eine einheitliche Evaluation vor, um nach Projektende über einen möglichst großen Pool vergleichbarer Daten genaue Aussagen über die Wirksamkeit der unterschiedlichen Adipositasprogramme aussagen zu können. Diesbezüglich wurden eigene Evaluationsarbeitsgruppen eingerichtet, die neue Evaluationsinstrumente aus den verschiedenen Fachbereichen erarbeiteten. Im EU-Projekt entwickelte sich daher eine intensive Zusammenarbeit mit der Universität Ulm (Herr Prof. Dr. Holl, www.a-p-v.de) und der Universität Bielefeld (Frau Prof. Dr. Ravens-Sieber).

Mit Ende 2004 bzw. dem zweiten Durchführungsjahr wurden daher bereits die neuen BZGA-Bögen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) für Kinder und Eltern des X-Team's eingesetzt. Die Verwendung beider Fragebögen schloss sich aus, da die Bearbeitung für Kinder und Eltern ansonsten zu umfangreich geworden wäre. Die Auswertung der BZGA Bögen wird durch Frau Prof. Dr. Ravens-Sieber in der Universität Bielefeld durchgeführt. Ergebnisse liegen demnächst vor und werden dem Bericht nachgereicht.

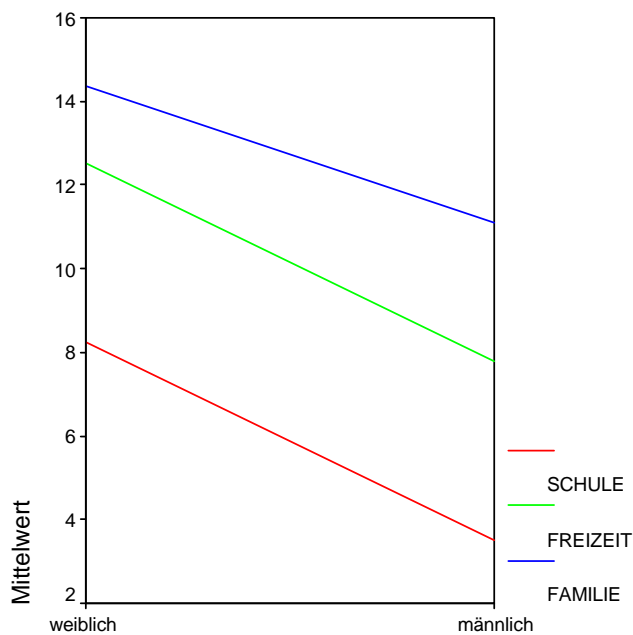
6.1.2 Auswertungen

Die folgenden Auswertungen der ALS Fragebögen beziehen sich somit ausschließlich auf Daten vor dem 24.11.2004. Abschlussfragebögen liegen in diesem Zeitraum noch nicht vor. Gesamt wurden 89 ALS Bögen ausgewertet.

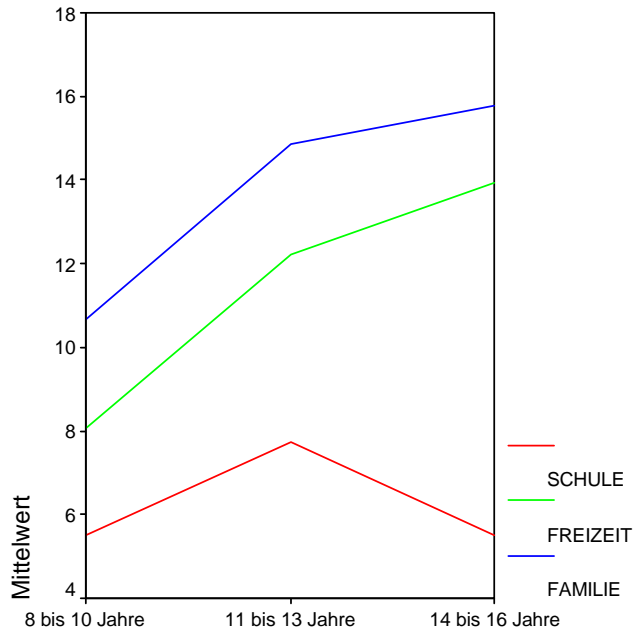
Die Grafik zeigt den Zusammenhang von „sich wohl und akzeptiert fühlen“ und Übergewicht. Je stärker das Übergewicht der Kinder, desto weniger akzeptiert fühlen sie sich. Dabei ist der Leidensdruck im Umfeld der Schule am stärksten und in der eigenen Familie am schwächsten.



Zusätzlich kann festgestellt werden, dass Buben keineswegs robuster sind - im Gegenteil – sie leiden stärker unter ihrem Übergewicht als Mädchen. Möglicherweise zeigt sich hier aber auch eine Verzerrung bzw. ein Scheinzusammenhang zwischen Geschlecht und diesem Wert, weil die Buben in der Stichprobe im Durchschnitt ein höheres Übergewicht aufweisen als die Mädchen. 3 Buben wiesen beim Einstieg in das X-Team-Programm einen BMI > 30 auf, bei den Mädchen war es nur Eines.



Als dritter Gesichtspunkt wurde der Einfluss des Alters auf das Selbstbewusstsein untersucht. Dabei zeigt sich, dass jüngere Kinder stärker unter ihrem Gewicht leiden, bzw. dies auch zugeben. In der Schule ist kein solcher Zusammenhang festzustellen.



Medizinische Parameter

Im ersten X-Team Jahr wurde der medizinische Status der Kinder und Jugendlichen über den sportmedizinischen Basisuntersuchungsbogen erhoben. Die Untersuchungen wurden bei den niedergelassenen ÄrztInnen Vorarlbergs durchgeführt. Während des ersten Jahres stellte sich heraus, dass der sportmedizinische Basisuntersuchungsbogen für übergewichtige und adipöse Kinder nicht geeignet ist. Um die nach den neuesten wissenschaftlichen Kriterien benötigten Werte für adipöse Kinder und Jugendliche zu erheben, wurde mit 01.01.2005 auf die APV-Software (Software zur Adipositas-Verlaufsdokumentation) der Universität Ulm gewechselt. Diese Untersuchungsdiagnostik wurde innerhalb des EU-Projekts KIG als die standardisierte Untersuchung für alle teilnehmenden Projekte vorgeschrieben. Um die für eine wissenschaftliche Evaluation notwendige sehr hohe Datenqualität zu gewährleisten, wurde die ärztliche Untersuchung von den niedergelassenen ÄrztInnen auf die Pädiatrischen Ambulanzen der Krankenhäuser Bregenz, Dornbirn und Feldkirch verlagert. Diese strukturelle Veränderung für den Projektzeitraum erfolgte in Absprache mit ärztlichen Vertretern der niedergelassenen ÄrztInnen und ÄrztInnen der Krankenhäuser. Mit dem Ziel eine nachhaltige regionale

Versorgungsstruktur für übergewichtige und adipöse Kinder/Jugendliche aufzubauen wurde im Rahmen des EU-Projekts eine mehrtägigen Ausbildung zum Schwerpunkt Adipositas angeboten, an der sowohl ÄrztInnen der Krankenhäuser sowie niedergelassene ÄrztInnen der Kinder- und Jugendheilkunde teilnahmen.

Im Rahmen des EU-Projekts findet aktuell mit X-Team TeilnehmerInnen des zweiten und dritten Durchführungsjahres eine T2 Erhebung (ein bis zwei Jahre nach X-Team Programmende) statt. Die Eingabe der Daten und Auswertungen laufen aktuell. Auf Wunsch können die Ergebnisse dem Bericht nachgereicht werden.

Von den 141 Kindern, die 2004 das X-Team mit der Sportmedizinischen Basisuntersuchung begonnen haben, liegen lediglich 28 entsprechende Abschlussuntersuchungen vor, auf die sich nachfolgende Auswertungen beziehen. Die geringe Anzahl der Abschlussuntersuchungen hat folgende Gründe:

X-Team wurde so konzipiert, dass eine möglichst geringe Einstiegshürde bestand, um die sehr schwer zu motivierende Zielgruppe zu erreichen. Die wohnortnahe Struktur, der laufend mögliche Einstieg in die Gruppen und der für ein ambulantes Adipositas-Jahresprogramm sehr geringe Selbstbehalt von monatlich € 10,-- sollten einen möglichst einfachen Einstieg gewährleisten. Dies gelang, jedoch entstand so eine Programmstruktur, die keinerlei Hinderungsgrund für TeilnehmerInnen vorsah, die, aus welchen Gründen auch immer, das Programm vorzeitig verlassen wollten bzw. eine geringe Motivation an einer abschließenden Untersuchung teilzunehmen.

In der Schweiz wird sehr hohen Wert auf eine sehr umfassende Abklärung hinsichtlich der Motivationsbasis Eltern/Kind gelegt, wodurch nur 10% der Bewerbenden in ein Programm mit dazu relativ hohem Selbstbehalt aufgenommen werden.

Aus dem Startjahr 2004 liegen somit 28 sportmedizinische Eingangs- und Abschlussuntersuchungen vor, die in die folgende statistische Auswertung eingingen.

Größe und Gewicht zum Programmeintritt

Im Mittel waren die Jungen 152cm +/- 12cm groß, die Mädchen 149cm +/- 12cm.

Damit gab es hinsichtlich der Körpergröße nur unwesentliche Unterschiede.

Hinsichtlich des Gewichts, im Folgenden kategorisiert in die für Übergewicht üblichen Perzentilenklassen (P90-97, P97-99,5, >P99), gab es allerdings auffällige

Unterschiede: Deutlich mehr Mädchen sind im Bereich der Adipositas oder extremen Adipositas anzusiedeln als dies bei Jungen der Fall ist. Während bei den Jungen nur ca. 40% (n=5) als (extrem) adipös zu bezeichnen sind, sind dies bei den Mädchen bereits über 80% (n=13)!

Tab: Gewichtskategorien zum Programmeintritt geschlechtsspezifisch verteilt

		Perzentile EU				Gesamt
		Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	extreme Adipositas	
Geschlecht	Mädchen	0	3	11	2	16
	Jungen	2	5	4	1	12
Gesamt		2	8	15	3	28

Der mittlere SDS-BMI aller TeilnehmerInnen lag zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung bei +1,97 (Standardabweichung 0,46). Mädchen wiesen einen mit 2,11 um durchschnittlich ~0,3 höheren SDS-BMI auf als die Jungen.

Tab: SDS-BMI zum Zeitpunkt der Eingangsuntersuchung

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Mädchen	2,1106	16	,39842
Jungen	1,7842	12	,49467
Insgesamt	1,9707	28	,46362

Gewichtsentwicklung: Allgemein, geschlechtsspezifisch und nach Gewichtskategorien beobachtet

Waren vor Programmeintritt noch 18 Kinder als adipös zu bezeichnen, waren dies nach Programmabschluss nur noch rund 11 Kinder.

Tab.: TNInnen kategorisiert nach Perzentilen zum Zeitpunkt der Eingangs- und Abschlussuntersuchung

		Vor X-TEAM		Nach X-TEAM	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Normalgewicht	2	7,1	4	14,3
	Übergewicht	8	28,6	13	46,4
	Adipositas	15	53,6	8	28,6
	extreme Adipo.	3	10,7	3	10,7
	Gesamt	28	100,0	28	100,0

Die mittlere SDS-BMI Entwicklung lag bei -0,12 und einer relativ hohen Standardabweichung von 0,32.

Tab: ΔSDS-BMI Verhalten

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
DeltaSDSBMI	28	-,92	,51	-,1243	,32469
Gültige Werte (Listenweise)	28				

Bei den Mädchen lag die mittlere SDS-BMI Reduktion mit -0,15 deutlich höher als bei den Jungen mit -0,09 (nicht signifikant). Bei der Ergebnisinterpretation sind jedoch unbedingt die unterschiedlichen Perzentilen zum Programmeintritt zu berücksichtigen. Eine Beurteilung, dass Mädchen im X-Team besser abschneiden als Jungen, kann daher nicht getroffen werden.

Tab: DeltaSDSBMI und Geschlecht

Geschlecht	Mittelwert	N	Standardabweichung
Mädchen	-,1500	16	,37919
Jungen	-,0900	12	,24588
Insgesamt	-,1243	28	,32469

Hinsichtlich der durchschnittlichen SDS-BMI Entwicklung im X-Team gibt es keinen signifikanten Zusammenhang. Jedoch ist zu beobachten, dass die zu Beginn extrem adipösen Kinder mit einer weiteren Gewichtszunahme von durchschnittlich 0,23 extrem schlecht abschneiden. Aufgrund der geringen Fallzahl sollte diese Aussage jedoch nicht generell auf das Programm bezogen werden.

Tab: DeltaSDSBMI und Gewichtskategorien

Perzentile EU	Mittelwert	N	Standardabweichung
Normalgewicht	-,0850	2	,27577
Übergewicht	-,1463	8	,41307
Adipositas	-,1887	15	,27422
extreme Adipositas	,2300	3	,19698
Insgesamt	-,1243	28	,32469

Programmerfolg und Teilnahmekonsequenz

Der Programmerfolg wurde nach den gängigen Kriterien der Δ SDS-BMI-Veränderung definiert, wobei eine Zunahme des SDS-BMI einem Misserfolg, eine Konstanz bzw. leichte Reduktion des SDS-BMI um bis zu 0,2 Punkte einem leichten Erfolg und eine Reduktion des SDS-BMI um mehr als 0,2 Punkte einem Programmerfolg entspricht. Die durchschnittliche SDS-BMI Reduktion im Verlauf des X-Team's beträgt ca. -0,12.

Tab.: Programmerfolg

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Misserfolg: SDS-BMI-Zunahme	10	35,7	35,7	35,7
Leichter Erfolg: SDS-BMI-Reduktion bis -0,2	5	17,9	17,9	53,6
Erwünschter Erfolg: SDS-BMI-Reduktion um mehr als -0,2	13	46,4	46,4	100,0
Gesamt	19	100,0	100,0	

Die Programmteilnahme der Kinder im ersten X-Team Jahr ist durchschnittlich. 2 Drittel der Kinder waren mindestens jede zweite Trainingseinheit anwesend.

Tab: Programmteilnahme

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 26-50% TE	10	35,7	35,7	35,7
51-75% TE	13	46,4	46,4	82,1
ab 76% TE	5	17,9	17,9	100,0
Gesamt	28	100,0	100,0	

Für den Programmerfolg war die konsequente und regelmäßige Programmteilnahme jedoch ein wesentliches Erfolgskriterium. Bei Kindern, die mindestens jedes zweite Mal oder öfters anwesend waren, fällt die SDS-BMI Reduktion (-0,16) mehr als doppelt so hoch aus, als bei Kindern, die nur unregelmäßig zum Programm erschienen waren (-0,65).

Tab.: Δ SDS-BMI und Programmteilnahme

Programmtteilnahme	Mittelwert	N	Standardabweichung
26-50% TE	-,0650	10	,44836
51-75% TE	-,1554	13	,23347
ab 76% TE	-,1620	5	,28648
Insgesamt	-,1243	28	,32469

6.2 Zweites und drittes Durchführungsjahr

Die Erfahrungen im ersten Durchführungsjahr und die neuen Möglichkeiten durch das im Jahr 2005 gestartete EU-Projekt „Kinder im Gleichgewicht“ führten wie erwähnt zu wesentlichen Veränderungen hinsichtlich des Ablaufs und der Evaluation des Projekts. Um die Motivation zu erhöhen und die umfangreiche Fragenbogenerhebung (BZGA) durchzuführen wurden Einführungs- und Abschlussabende mit einer Psychologin veranstaltet. Die ärztliche Untersuchung in Krankenhäusern, bei Bedarf auch mit stationärer Aufnahme, durchzuführen, bedeutete eine zusätzliche Hürde für Eltern und Kind. Weiters wurden für die Eltern Kautionsbeiträge für die Workshops eingehoben.

Die Teilnahme der Nachuntersuchungen mussten bei den TeilnehmerInnen dennoch mehrmals schriftlich und telefonisch urgiert werden, um Daten zu erhalten. Der Versuch über eine große Projektabschlussveranstaltung mit großem Aktivitätsplan, Preisverleihung und Datenerhebung musste mangels Teilname leider kurzfristig abgesagt werden. Derzeit wird gerade über das EU-Projekt eine T2 Erhebung durch Hausbesuche durchgeführt. Hierbei erfahren wir eine gute Resonanz.

Für die Auswertungen wurden ab dem zweiten Durchführungsjahr standardisierte Eingangs- und Schlussuntersuchungen an drei Krankenhäusern mit eigens eingerichteten Adipositasambulanzen erfasst. Hierzu konnten engagierte ÄrztInnen an den jeweiligen Krankenhäusern gewonnen werden. Die Daten wurden im aks zusammengeführt und nach Ulm zur Auswertung versendet. Zusätzlich wurden die

medizinischen Daten mit erhobenen BMI-Daten der Fitnessbetriebe im APV ergänzt, um einen Verlauf darstellen zu können, vor allem bei Kindern, die sich trotz mehrfachen Urgierens weigerten, die Abschlussuntersuchung durchführen zu lassen.

Die BZGA-Fragebogen zur Ernährung, Bewegung und dem Gesundheitsverhalten wurden direkt zu Prof. Dr. Holl nach Ulm zur Erfassung und dann zur Auswertung nach Bielefeld versendet.

6.2.1 Stichprobe

Stichprobe: In die Evaluation wurde das nachfolgend beschriebene Kollektiv einbezogen.

Ausgangsdatei: Euregio_T0_T1_Fragebögen_APV__17Juni08.xpt

Auswertungsprogramm: SPSS

Codierung der Zentren (ZNR) für Vorarlberg: 55, 90, 105

Datenmanagement:

Eingangserhebung/-untersuchung T0: Februar 2005 bis Mai 2006

Austrittserhebung/-untersuchung T1: Februar 2006 bis Mai 2007

Von 146 Kindern/Jugendlichen, die im Zeitraum Februar 2005 bis Mai 2007 in irgendeiner Form für das Programm X-Team registriert wurden und für die verwertbare Daten erfasst wurden, konnten 129 Kinder/Jugendliche, die am X-Team-Programm teilgenommen hatten, in die Evaluation einbezogen werden. Das sind all jene TeilnehmerInnen von denen BMI-Daten zu T0 (Programmeinstieg) und T1 (Programmabschluss nach einem Jahr) vorliegen. Von 17 Kindern/Jugendlichen fehlen exakte Daten zum Körpergewicht bzw. zur Körpergröße, da eine ärztliche Untersuchung fehlte.

Ein Fall (Laufende Nummer 78) wurde ausgeschlossen, da dieser Fall bzgl. DELTA-SDS-BMI ein extremer Ausreißer ist und die körperliche Messung nicht in einer ärztlichen Untersuchung gewonnen wurde!

Weiters wurden die Daten hinsichtlich der Teilnahme am Programm überprüft und folgende Vorgangsweise gewählt:

Regelmäßigkeit der Programmteilnahme: (Gemessen an der Variable BEHPBEW)

Die maximale Anzahl der Trainingseinheiten (TE) der Kinder beträgt 100 (pro Woche 2 Trainingseinheiten)! Da das APV in 45min Einheiten rechnet, wurden alle durchgeführten TEs mit 1,33 multipliziert.

Aus diesem Grund beträgt die maximale Programmteilnahme innerhalb der Variable

BEHPBEW $100 \times 1,33 = 133 = 100$ Prozent

Die Daten von 5 Kindern/Jugendlichen, die nicht am Bewegungstraining teilgenommen haben bzw. so frühzeitig aus dem Programm ausgestiegen sind, dass sie weniger als 20 % der Trainingseinheiten absolviert haben, wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Kinder und Jugendliche, die zwar an der ärztlichen Untersuchung teilgenommen haben, jedoch nicht ins X-Team eingestiegen sind bzw. lediglich das Schnuppertraining absolviert haben. (Kategorie 1)

- Sehr geringe Programmteilnahme (Kategorie 2): Mehr als 20% bis einschließlich 40% aller TEs
- Geringe Programmteilnahme (Kategorie 3): Mehr als 40% bis einschließlich 60% aller TEs
- Mäßige Programmteilnahme (Kategorie 4): Mehr als 60% bis einschließlich 80% aller TEs
- Konsequente Programmteilnahme (Kategorie 5): Mehr als 80% aller TEs

Programmteilnahme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1,00	5	3,4	3,9	3,9
	2,00	34	23,3	26,6	30,5
	3,00	54	37,0	42,2	72,7
	4,00	25	17,1	19,5	92,2
	5,00	10	6,8	7,8	100,0
	Gesamt	128	87,7	100,0	
Fehlend	System	18	12,3		
Gesamt		146	100,0		

Entsprechend der Teilnahme am Programm verbleiben von den 128 Fällen noch 123 Fälle, das sind jene, die mehr als 20% des Bewegungsprogramms absolvierten, in der weiteren Auswertung.

Geschlecht

Die TeilnehmerInnen sind gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt. 63 Mädchen und 60 Burschen nahmen am Programm Teil.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weiblich	63	51,2	51,2	51,2
	männlich	60	48,8	48,8	100,0
	Gesamt	123	100,0	100,0	

Alter

Die TeilnehmerInnen sind zwischen 1989 und 1998 geboren.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 89	2	1,6	1,6	1,6
90	2	1,6	1,6	3,3
91	9	7,3	7,3	10,6
92	21	17,1	17,1	27,6
93	26	21,1	21,1	48,8
94	18	14,6	14,6	63,4
95	16	13,0	13,0	76,4
96	13	10,6	10,6	87,0
97	12	9,8	9,8	96,7
98	4	3,3	3,3	100,0
Gesamt	123	100,0	100,0	

Bei Einstieg in das Programm sind die Kinder/Jugendlichen zwischen 6,6 und 16,5 Jahren alt. Der Mittelwert liegt bei 11,4 Jahren.

	APVALTTO
N Gültig	123
Fehlend	0
Mittelwert	11,3566
Median	11,5348
Minimum	6,61
Maximum	16,51

Körpergewicht zu Programmeinstieg (T0)

Beim Einstieg in das Programm lagen 4,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen auf der 90. Percentile bzw. ganz knapp darunter und können somit noch als normalgewichtig eingestuft werden. 28,5 Prozent der TeilnehmerInnen wiesen einen BMI zwischen der 90. und 97. Percentile auf und 66,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen hatten eine BMI über der 97. Percentile.

BMI Percentilen – Klassiert (T0)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= 90,00	6	4,9	4,9	4,9
90,01 - 97,00	35	28,5	28,5	33,3
97,01+	82	66,7	66,7	100,0
Gesamt	123	100,0	100,0	

6.2.2 Auswertungen

Körpergewicht am Ende der x-team-Teilnahme (T1)

Am Ende des X-Team-Jahres wiesen 12,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen einen BMI im Normalgewichtsbereich auf. 30,9 Prozent der TeilnehmerInnen wiesen einen BMI zwischen der 90. und 97. Percentile auf und noch 56,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen hatten eine BMI über der 97. Percentile.

BMI Percentilen – Klassiert (T1)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig <= 90,00	15	12,2	12,2	12,2
90,01 - 97,00	38	30,9	30,9	43,1
97,01+	70	56,9	56,9	100,0
Gesamt	123	100,0	100,0	

Die Auswirkungen auf das Körpergewicht der TeilnehmerInnen können auch wie folgt beschrieben werden:

- › Gewichtszunahme (1): Delta SDS BMI größer als 0 (Werte ab 0,01 und größer)
- › Leichte Gewichtsabnahme/-Konstanz (2): Delta SDS BMI kleiner gleich 0 und zugleich größer als -0,2 (Werte einschließlich 0 bis einschließlich -0,19)
- › Deutliche Gewichtsabnahme (3): Delta SDS BMI kleiner gleich -0,2 (Werte ab -0,2 und kleiner)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1 Gewichtskonstanz oder Zunahme	43	35,0	35,0	35,0
2 leichte Gewichtsreduktion	40	32,5	32,5	67,5
3 Gewichtsreduktion	40	32,5	32,5	100,0
Gesamt	123	100,0	100,0	

Das bedeutet, ein Drittel der Kinder und Jugendlichen hat durch die Teilnahme am X-Team das Körpergewicht mehr als 0,2 BMI SDS reduziert und damit entsprechend den Kriterien für ein ambulantes Gewichtsreduktionsprogramm erfolgreich abgenommen. Bei einem weiteren Drittel der Kinder/Jugendlichen bewirkte die Teilnahme am X-Team eine leichte Gewichtsreduktion (BMI SDS 0 bis -0,2). Keine Auswirkungen in Form einer Gewichtsreduktion ist beim letzten Drittel der TeilnehmerInnen zu verzeichnen.

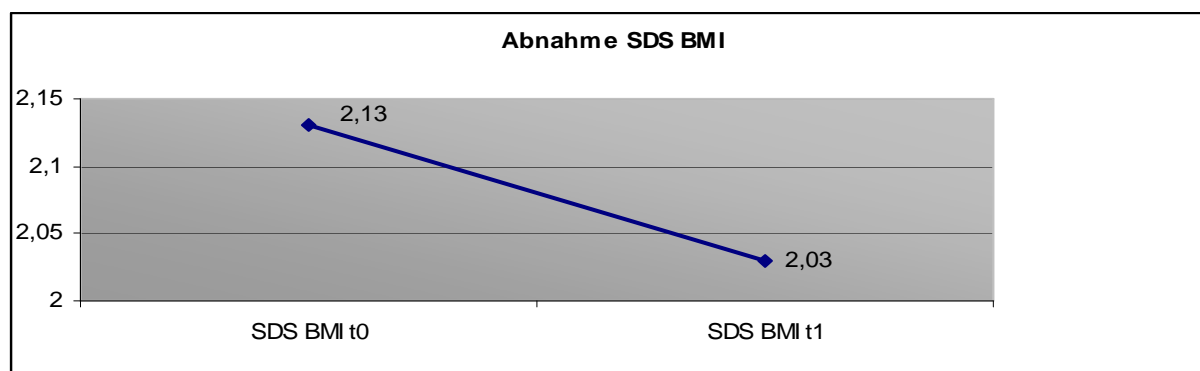
Auswirkungen der Programmteilnahme auf das Körpergewicht

	Programmteilnahme_5Kat				Gesamt 2,00
	>20-40%	>40-60%	>60-80%	>80%	
Gew. Zunahme	14	23	4	1	42
Leichte Gew.-Red.	12	19	6	2	39
Deutliche Gewichtsreduktion	7	10	15	7	39
Gesamt	33	52	25	10	120

Von den 35 Kindern/Jugendlichen, die mehr als 60 Prozent der Bewegungseinheiten absolvierten, haben 22 ihr Körpergewicht sehr erfolgreich reduziert (BMI SDS $-0,2$ oder darunter). Das heißt, bei regelmäßigem Bewegungstraining haben 2/3 der Kinder/Jugendlichen erfolgreich abgenommen. Lediglich 1/7 der TeilnehmerInnen hat trotz regelmäßigem Besuch der Trainingseinheiten nicht abgenommen. Von jenen Kindern und Jugendlichen, die weniger als 60% der Bewegungseinheiten absolvierten, konnte nur eine/r von 5 Teilnehmer/innen das Gewicht sehr erfolgreich reduzieren.

Je regelmäßiger die Teilnahme am Bewegungsprogramm, desto höher die Chance für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion.

Im Durchschnitt erreichen die Kinder, die am X-Team teilgenommen haben, durch das Programm eine Delta-SDS-BMI Senkung um $-0,1$.



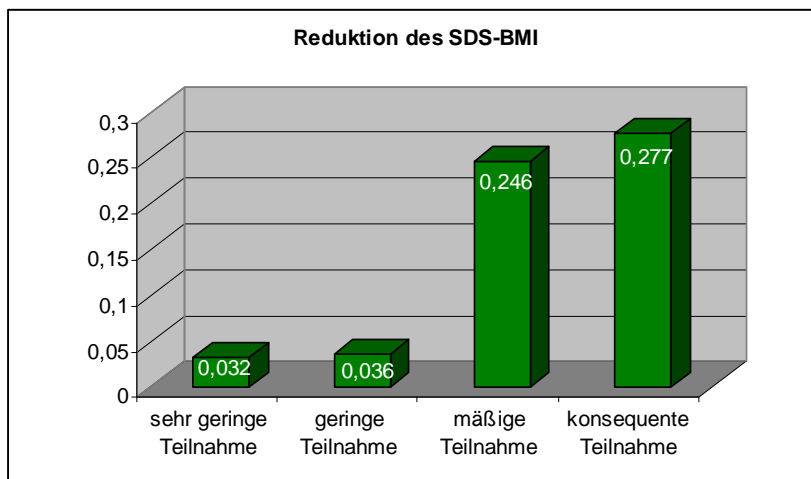
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
DELTA_SDS_BMI	123	-1,03	1,05	-,0971	,27143
Gültige Werte (Listenweise)	123				

Die beschriebene SDS-BMI-Abnahme ist auf einem Niveau von $\alpha=0,05$ hochsignifikant, sowohl parametrisch im T-Test als auch nichtparametrisch im Wilcoxon-Test. Die Abnahme des SDS-BMI korreliert signifikant mit der konsequenten Programmteilnahme der Kinder am X-Team! Dabei wurden die Kinder anhand der Teilnahme an den Bewegungseinheiten in verschiedene Kategorien eingeteilt (Siehe Tabelle).

Therapiekonsequenz Kinder und mittlere SDS-BMI-Abnahme

Programmtteilnahme	Mittelwert	N	Standardabweichung
20-40% Anwesenheit	-,0324	34	,26804
40-60% Anwesenheit	-,0356	54	,24466
60-80% Anwesenheit	-,2464	25	,26310
80-100% Anwesenheit	-,2766	10	,24897
Insgesamt	-,0971	123	,27143

In der folgenden Grafik wird deutlich, wie entscheidend die konsequente Teilnahme am Programm für den Therapieerfolg, speziell die Gewichtsreduktion ist.



Die Teilnahme der Eltern am Programm stellt einen weiteren Faktor für den Programmerfolg der Kinder dar. Kinder von Eltern, die bei fast allen Workshops des X-Teams anwesend waren, weisen mit einer BMI-SDS-Reduktion um -0,15 deutlich bessere Werte auf als der/die durchschnittliche X-Team TeilnehmerIn mit -0,1. Dieser Zusammenhang ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Workshopteilnahme der Eltern und SDS-BMI-Abnahme der Kinder

Elternteilnahme	Mittelwert	N	Standardabweichung
bis 20% Teilnahme	-,0073	10	,20207
20-40% Teilnahme	-,0838	22	,20870
40-60% Teilnahme	-,0167	6	,21610
60-80% Teilnahme	-,0896	33	,30350
80-100% Teilnahme	-,1541	42	,24360
Insgesamt	-,1013	113	,25277

Das Ernährungsverhalten hat sich teilweise verändert

Die Angaben zum Ernährungsverhalten vor und nach der Teilnahme am Programm weisen durchaus Unterschiede auf. Eindeutige Zusammenhänge zwischen der Änderung einzelner Verhaltensweisen oder der vermehrten bzw. verringerten Auswahl einzelner Lebensmittel sind jedoch statistisch nicht signifikant. Im Folgenden werden Auszüge aus den Ernährungsdaten kurz dargestellt:

Machst du zurzeit eine Diät um abzunehmen? (K0_F60)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, mein Gewicht ist OK	2	1,6	1,8	1,8
	Nein, aber eigentlich müsste ich abnehmen	83	67,5	72,8	74,6
	Nein, ich muss sogar zunehmen	2	1,6	1,8	76,3
	Ja, mache gerade eine Diät	27	22,0	23,7	100,0
	Gesamt	114	92,7	100,0	
Fehlend	System	9	7,3		
Gesamt		123	100,0		

Knapp ein Viertel der Kinder/Jugendlichen ist bereits zu Programmeintritt auf Diät. Dazu kommen noch 2/3, die sich bewusst sind, dass sie eigentlich abnehmen sollten. Nach der Teilnahme am X-Team halten 9% der Kinder/Jugendlichen ihr Gewicht für OK. 29% halten weiterhin Diät.

Machst du zurzeit eine Diät um abzunehmen? (K1_F60)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	11	8,9	12,9	12,9
	2	39	31,7	45,9	58,8
	4	35	28,5	41,2	100,0
	Gesamt	85	69,1	100,0	
Fehlend	System	38	30,9		
Gesamt		123	100,0		

Die Auswahl der Lebensmittel hat sich durch die Teilnahme am Programm bei einigen Jugendlichen verändert. Die folgende Tabelle listet auf, welcher Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen zu Programmbeginn und zu Programmende bestimmte Lebensmittel und Getränke **nie** konsumiert. Daraus geht hervor, dass nach dem X-Team deutlich mehr Kinder und Jugendliche angeben Vollkornbrot zu essen.

Dasselbe gilt für Müsli, Getreideflocken, Gemüse, Grüne Salate und Rohkost sowie Jogurt, Buttermilch und Topfen.

Interessant ist, dass beim Einstieg ins X-Team mehr Kinder/Jugendliche angaben nie Cola und Limonadengetränke zu konsumieren. Dieser Anteil ist deutlich zurückgegangen, was vermutlich damit in Verbindung steht, dass die TeilnehmerInnen lernen, dass keine Lebensmittel und Getränke verboten sind.

	<i>Frage</i>	<i>Programmeinstieg</i>	<i>Programmende</i>
Vollkornbrot	61	21 %	15%
Müsli, Getreideflocken, Frühstücksflocken	62	35 %	27%
Reis oder Nudeln	63	2 %	8%
Gemüse	64	11%	7%
Obst	65	8%	4%
Jogurt, Buttermilch, Topfen	66	21%	12%
Grüne Salate, Rohkost	67	24%	10%
Margarine, Butter	68	19%	26%
	<i>Frage</i>	<i>Programmeinstieg</i>	<i>Programmende</i>
Cola-, Limonadengetränke	69	55%	41%
Fruchtsaft	70	21%	21%
Schokolade, Süßigkeiten	71	25%	22%

7 Reflexion und Ausblick

Ein halbes Jahr vor Projektende am 28.11.2006 wurde ein Intervisionsworkshop mit VertreterInnen der Fitnessbetriebe, den Diätologinnen, Psychologinnen und den Adipositasambulanzen der Krankenhäuser veranstaltet. Ziel des Workshops war die Reflexion zu X-Team – was läuft gut, was kann verbessert werden, für die Planung vom X-Team Folgeprojekt. Die zahlreichen Erfahrungen der MitarbeiterInnen flossen in die Neuplanung des X-Team-Projekts, das im Herbst 2007 mit einer Pilotgruppe in Dornbirn gestartet wurde.

Die konkrete Ausarbeitung und die Neukonzeption des Projekts X-Team erfolgte im Adipositas Forum Vorarlberg. Wesentliche Themenschwerpunkte dabei bildeten:

- > Vorarlberger Gesamtkonzept für die Prävention, Therapie und nachhaltigen Betreuung übergewichtiger/adipöser Kinder und Jugendlicher in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen ÄrztInnen und SpitalsärztInnen
- > Verstärkte Aufklärung und Motivationsabklärung in den betroffenen Familien vor Programmaufnahme (wen, durch wen, wie viel)
- > Struktur des Programms: Eine Einjahresbetreuung zeigte sich im Verlauf als kaum durchführbar, der permanente Einstieg störte die Gruppendynamik, erschwerte den administrativen Aufwand, beeinflusste die Datenqualität und war eine immense Anforderung an BetreuerInnen und Familien. Nach vielen Diskussionen sind wir der Ansicht ein zweimaliger Einstieg, angelehnt an die Schulsemester, mit halbjährlicher Intensiv- und halbjährlicher Nachbetreuung wäre eine ideale Programmstruktur, die wir seit Herbst 2007 testen und für die wir eine gute Resonanz hinsichtlich Motivation bei Eltern und Kinder erhalten.
- > Ausbildung in 3 Modulen für alle X-Team MitarbeiterInnen über das Weiterbildungszentrum (EU-Projekt) und Vorarlberg Akademie (Land) – von September 2007 bis Anfang 2008 „Übungsleiter Gesundheitsförderung – Schwerpunkt Übergewicht im Kindes-/Jugendalter“. Hierzu gibt's es Überlegungen die Ausbildung standardisiert auch für verschiedene

Berufsgruppen, die Umgang mit übergewichtigen und adipösen Kindern/Jugendlichen haben, anzubieten.

- > Parallel wurden für die Berufsgruppen Elternberatung, Hebammen und Kinderkrankenschwestern eine dreimodulige Fortbildung entwickelt, die im Herbst 2008 in EU-Partnerregionen Schweiz und Vorarlberg umgesetzt wird.
- > Dokumentation und Evaluation: Das APV-System wird durch ein weiteres Programm, das derzeit entwickelt wird, erweitert (Verwaltung des Programms, nichtmedizinische Parameter), um einerseits den hohen administrativen Aufwand zu verringern, aber dennoch mittelfristig EU-Vergleichsdaten zu erhalten
- > Laufende Finanzierungsverhandlungen mit Kostenträgern (Gespräche mit Land, VGKK, ÄK sind erfolgt). Das Nachfolgeprojekt konnte bis dato aus Mitteln der EU, des Landes Vorarlberg und mit einem Drittel Selbstbehalt der TeilnehmerInnen finanziert werden.

Insgesamt ist X-Team ein sehr gutes, zeitgemäßes Programm, das lebt. Die inhaltlichen Säulen haben sich bewährt und sind auch in vergleichbaren ambulanten Programmen die zentralen Themen. Zahlreiche Erfahrungen und Erkenntnisse konnten in die Neukonzeption fließen und bilden Basis für die weitere Arbeit am nach wie vor brisanten Thema Übergewicht/Adipositas.

Nach fast drei Jahren Durchführung ist es gelungen die Brisanz des Themas Übergewicht durch das X-Team-Projekt bei der Bevölkerung, Politik und verschiedenen Kostenträgern bekannt zu machen. Gespräche bei potentiellen Kostenträgern haben eine klare Themensensibilisierung bestätigt und auch zu einem Anspruch auf Fortsetzung geführt. Wir freuen uns über die Entwicklung von X-Team wurden doch zahlreiche Maßnahmen, wie zwei EU-Projekte zu diesem Thema, die eigenständige Gründung des Adipositas Forum Vorarlberg (eine beispielhafte Initiative Vorarlberg Kinder- und JugendärztInnen) und auch das sehr umfangreiche Landesprojekt „Vorarlberg bewegt“ mitausgelöst. Für das im Juni 2008 abschließende EU-Projekt besteht ein Neuantrag für Interreg IV, der schon grundsätzlich positiv bestätigt wurde.

Die Durchführung des Projekts hatte neben dem direkten Nutzen für die beteiligten Familien ebenso den Effekt einer begleitenden intensiven Bewusstseinsbildung über verschiedene Medien (vor allem TV), Veranstaltungen und die Nutzung von Synergien mit anderen Projekten. Zahlreiche initiierte Maßnahmen und Aktivitäten zum Thema Übergewicht/Adipositas während den Projektdurchführungsjahren bestätigen den gegangenen Weg mit diesem Pilotprojekt, da die negative Entwicklung des Übergewichts und der Adipositas bei 6 bis 14-Jährigen über die letzten 3 Jahre in Vorarlberg gestoppt werden konnte. Den Trend umzukehren, wird unsere nächste große Herausforderung sein.

8 Literaturliste

¹ World Health Organization (WHO). (2006), Obesity and overweight. Factsheet Nr. 311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (letzter Zugriff: 3.1.2007)

² Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K. et al. (2006). Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Altern mit Zukunft. S. 74–91.

³ Jackson-Leach, R., Lobstein, T. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. International Journal of Pediatric Obesity. 1: S. 26-32.

⁴ Kamtsiuris, P., Lange, M. (2006). Überblick über Kennzahlen und Charakteristika des Kinder und Jugendgesundheits surveys, Robert Koch-Institut. http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/ppt_gesamt_kiggs.pdf (letzter Zugriff: 2.1.2007)