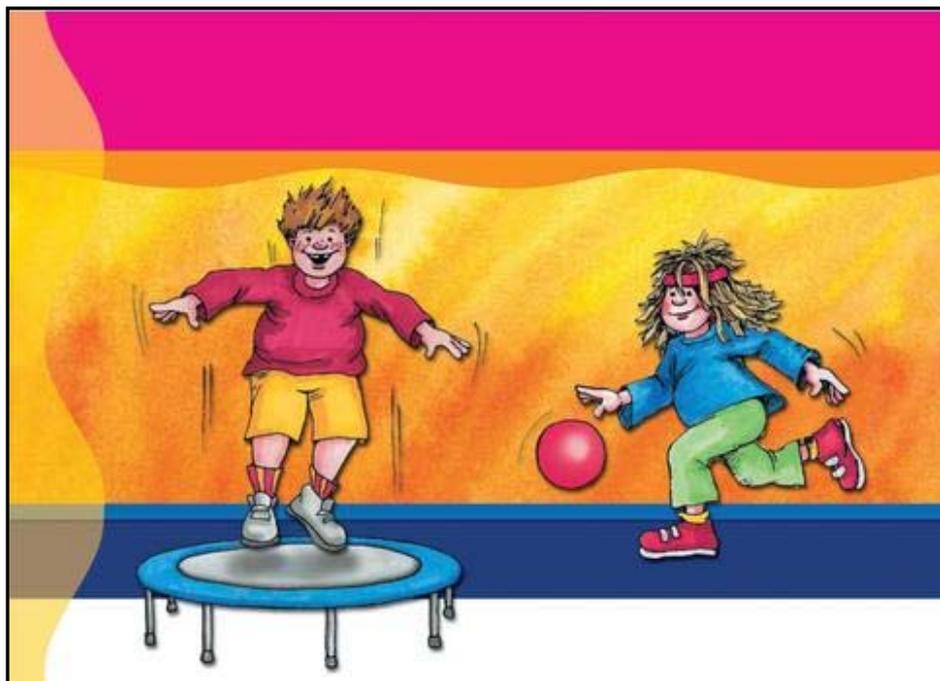


# Bielefeld



## Bielefelder Gesundheitsziele – Monitoring und Evaluierung

Abschlussbericht des Projekts *SchwerMobil*-Bielefeld



Kooperationsprojekt



Ernährungs-  
Beratung

Sabine Schulz  
Dipl.-Oecotrophologin

Gadderbaumer  
Turnverein e.V.

**BARMER**  
Deutschlands größte Krankenkasse



bielefelder bürgerstiftung

## Impressum:

### Herausgeberin:

Stadt Bielefeld

Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz

Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Postfach 33597 Bielefeld

Verantwortlich für den Inhalt: Cornelia Petzold

### Redaktion:

- Cornelia Petzold, Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz
- Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Stadt Bielefeld
- Britta Cassens, Fachbereich Gesundheit und Pflegepädagogik, Fachhochschule Bielefeld
- Dirk Lehmhöfer, Sportjugend im Sportbund Bielefeld
- Burkhard Wilm, ZIMD consulting & evaluation
- Dr. Peter Schmid, Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Stadt Bielefeld

### Bestellungen:

Telefon: 0521/51-5022

Fax: 0521/51-3406

E-Mail: [Gesundheitsamt@bielefeld.de](mailto:Gesundheitsamt@bielefeld.de)

Internet: <http://www.bielefeld.de> (Stichwort Gesundheitsberichterstattung bitte in die Suchfunktion eingeben)

## Vorwort

In Bielefeld hat sich eine Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz mit der Prävention von krankhaftem Übergewicht beschäftigt. Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist ein Gremium, das aus Mitgliedern des lokalen Gesundheitswesens, der Verwaltung, der Wissenschaft und der Politik besteht und von der Stadt Bielefeld moderiert wird. Sie hat zum Ziel, für die kommunale Handlungsebene eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch bessere Koordination und Abstimmung der Angebote zu erreichen.

Die Arbeit der AG „Adipositasprävention“ hat einen Impuls für die Weiterentwicklung von Ansätzen zur Bewegungsförderung und sinnvolle Ernährung für Kinder und Jugendliche gesetzt. Daraus ist ein gemeinsames Engagement zu dem Projekt „SchwerMobil-Bielefeld“ hervorgegangen, das in diesem Bericht vorgestellt und bewertet wird. Das Projekt wurde auf Wunsch der Kommunalen Gesundheitskonferenz in Kooperation mit der Sportjugend Bielefeld, der Barmer, der Bielefelder Bürgerstiftung, dem OPUS-Netzwerk, einer Bielefelder Kinderarztpraxis und drei Schulen im Bielefelder Stadtteil Gadderbaum durchgeführt.

Meinen besonderen Dank möchte ich den engagierten Personen aussprechen, die sich mit Überzeugung, Geduld und im Sinne eines lernenden Projektes mit immer neuen Herausforderungen erfolgreich für SchwerMobil-Bielefeld und die Schülerinnen und Schüler der Martinschule, der Realschule Bethel und des Gymnasiums Bethel eingesetzt haben:

Frau Cornelia Petzold, Geschäftsstelle für die Kommunale Gesundheitskonferenz

Herrn Dirk Lehmhoefer, Sportjugend Bielefeld

Frau Sabine Schulz, Kursleiterin für den Bereich Ernährung

Frau Sonja Lutz, Kursleiterin für die Bewegungsförderung

Herrn Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Stadt Bielefeld

Frau Sabine Wiethoff und Herrn Jürgen Uppenbrock, Barmer

Herrn Burkhard Wilm, Zentrum für innovatives Management im Dienstleistungssektor (ZIMD)

Frau Angelika Thon, OPUS-Netzwerk Bielefeld

Frau Britta Cassens, Praktikantin, Fachbereich Gesundheit & Pflegepädagogik, FH Bielefeld

Herrn Simon Siebolds, Praktikant der Sportjugend im Stadtsportbund Bielefeld

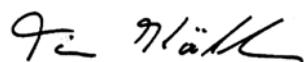
Frau Anja Böllhoff und Frau Gabriele Zillies, Bürgerstiftung Bielefeld

Frau Dr. Jutta Diekmann, Leiterin der Martinschule

Frau Birgit Dux, Realschule und Gymnasium Bethel

Herrn Dr. Schmid, Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Herrn Klaus Plümer und Nikolaus Bocter, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen



Tim Kähler

Beigeordneter der Stadt Bielefeld für Jugend, Soziales und Wohnen

# Inhaltsverzeichnis

<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>2. GESUNDHEITSZIELE DIE ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS THEMATISIEREN .....</b>	<b>9</b>
2.1. GESUNDHEITSZIELE DER WHO.....	9
2.2. GESUNDHEITSZIELE DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND.....	10
2.3. GESUNDHEITSZIELE IN NORDRHEIN-WESTFALEN .....	11
2.4. BIELEFELDER GESUNDHEITSZIELE UND DIE TEILZIELE VON SCHWERMOBIL-BIELEFELD.....	11
<b>3. EPIDEMIOLOGIE VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS .....</b>	<b>13</b>
3.1 DEFINITIONEN VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS .....	13
3.2. HÄUFIGKEITSRATEN VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS .....	14
3.2.1. Häufigkeitsraten in verschiedenen bundesdeutschen Studien .....	14
3.2.2. Übergewicht in den Einschuljahrgängen in Bielefeld .....	15
3.2.3. Adipositas in den Einschuljahrgängen Bielefelds .....	17
<b>4. LEITLINIE DER DEUTSCHEN DIABETES-GESELLSCHAFT, DER DEUTSCHEN ADIPOSITAS-GESELLSCHAFT UND DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG.....</b>	<b>19</b>
4.1. ENTSTEHUNGSFAKTOREN .....	19
4.2. BEGLEIT- UND FOLGEERKRANKUNGEN.....	20
4.3. VORTEILE EINER GEWICHTSVERMINDERUNG.....	21
4.4. NACHTEILE EINER GEWICHTSREDUZIERUNG .....	22
4.5. EMPFEHLUNGEN ZUR PRÄVENTION DER ADIPOSITAS.....	22
4.5.2. Indikation und Ziele.....	22
4.5.3. Empfehlungen zur Adipositasprävention.....	23
<b>6. HANDLUNGSEMPFEHLUNG.....</b>	<b>24</b>
<b>7. QUALIFIKATIONEN DER KURSLEITUNGEN.....</b>	<b>40</b>
7.1 QUALIFIKATIONEN DER KURSLEITUNGEN BEWEGUNG .....	40
7.2 QUALIFIKATIONEN DER KURSLEITUNGEN ERNÄHRUNG .....	40
<b>8. EVALUATION .....</b>	<b>40</b>
8.1 FRAGEBOGENRÜCKLAUF .....	42
8.1.1. Rücklauf Ergebnisevaluation.....	43
8.1.2. Rücklauf Prozessevaluation.....	44
8.2. EVALUATIONSERGEBNISSE .....	45
8.2.1. Befunde der Ergebnisevaluation .....	45
8.2.2. Ergebnisse der Prozessevaluation.....	47
8.3. INTERVIEW MIT DER ERNÄHRUNGSKURSLEITERIN .....	50
8.4. ERFAHRUNGSBERICHT DER PRAKTIKANTIN .....	53
8.5. TELEFONINTERVIEWS MIT DEN ELTERN NACH PROJEKTENDE .....	55
8.5.1. Zufriedenheit der Eltern .....	55
8.5.2. Zufriedenheit der Kinder .....	56
8.5.3. Effekte bei den Kindern .....	56
8.5.4. Effekte in der Familie.....	56
8.5.5. Was den Eltern nicht so gut gefallen hat.....	57
8.5.6. Was den Kindern nicht so gut gefallen hat.....	57
8.5.7. Anregungen zur Verbesserung von SchwerMobil-Bielefeld .....	57
8.5.8. Mitgliedschaft im Sportverein .....	57
8.6 RESÜMEE DER EVALUATIONSERGEBNISSE ANHAND DER ERWARTETEN ERGEBNISSE .....	58
<b>9. ERGEBNISSE DER REFLEXION – EMPFEHLUNGEN FÜR ANDERE PROJEKTE.....</b>	<b>59</b>
9.1. ZUSAMMENSETZUNG DER GRUPPE .....	59
9.2. ZEITLICHE GESTALTUNG .....	60
9.3. ZUSAMMENARBEIT MIT DEN SCHULEN .....	61
9.4. ELTERNARBEIT .....	61

9.5 WEITERE EMPFEHLUNGEN FÜR NEUE PROJEKTE.....	62
9.5.1. Auswahl der Zielgruppe und sozialräumliche Verortung.....	62
9.5.2. Bewegungskonzept.....	62
9.5.3. Ernährungskonzept.....	63
9.5.4. Personalressourcen.....	63
9.5.5. Projektkoordination.....	63
9.5.6. Evaluation .....	63
<b>10. PROJEKTTRANSFER .....</b>	<b>64</b>
<b>11. ANHANG.....</b>	<b>66</b>
11.1 ERLÄUTERUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....	66
11.1.1. Erhebungsinstrumente der Ergebnisevaluation .....	66
11.1.2. Erhebungsinstrumente der Prozessevaluation .....	68
11.2. ERHEBUNGSINSTRUMENTE .....	69
11.2.1. Elternfragebogen.....	69
11.2.2. Kinderbogen.....	72
11.2.3. Bewegungsbogen.....	75
11.2.4. Leitfaden Telefoninterview .....	76
11.2.5. Bögen für Übungsstunde Bewegung.....	78
11.2.6. Bögen für Übungsstunde Ernährung.....	80
11.3. LITERATUR .....	82
11.4. PRESSEARTIKEL .....	84

## Zusammenfassung

Das Projekt Schwer*Mobil*-Bielefeld wurde im Zuge einer Diplomarbeit zur Örtlichen Versorgungsstruktur von Adipositas und im Zuge des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes sowie eines entsprechenden Bewegungsangebotes der Sportjugend Bielefeld in das Leben gerufen. Es umfasste neben dem Bewegungsangebot auch ein Ernährungsangebot. Das Projekt wurde in einem Stadtteil angeboten und dauerte 1 Jahr.

Gesundheitsziele, die Übergewicht und Adipositas thematisieren, werden diskutiert. Das Projekt verfolgt unter dem Bielefelder Gesundheitsziel "Prävention und Gesundheitsförderung" verschiedene Teilziele. Grundlegende Zielsetzung des Projektes Schwer*Mobil*-Bielefeld ist es, die Gesundheitsressourcen von Kindern und ihren Familien zu stärken und zu verbessern. Die Kinder sollen Spaß und Erfolge in der Bewegung erleben und darüber eine langfristige Motivation für regelmäßiges Sporttreiben und Sich Bewegen aufbauen. Durch das Stärken der Kinder auf der motorischen Ebene erzielen wir auch eine Stärkung auf der Persönlichkeitsebene. Die Kinder sollen Essen als bewusste, lustvolle, vollwertige und lebensnotwendige Nahrungsaufnahme erfahren und selbstverantwortlich bestimmen und genießen können.

In Bielefeld sind im Mittelwert der Jahre 2003-2005 4,8% der 6-Jährigen übergewichtig und 3,6% adipös, d.h. insgesamt 8,6% der Kinder haben ein überhöhtes Körpergewicht. Übergewicht und insbesondere Adipositas, die als chronische Krankheit klassifiziert ist, gilt als z.T. beeinflussbarer Risikofaktor verschiedener anderer Erkrankungen. Bei einer Minderung des Körpergewichts überwiegen die gesundheitlichen Vorteile. Das umfangreiche Präventionskonzept von Schwer*Mobil*-Bielefeld befindet sich im Innenteil.

Die Vielzahl der Teilziele konnte mit dem Evaluationsinstrument insgesamt nicht berücksichtigt werden. Erschwerend kam hinzu, dass die Gruppengröße während der Projektdauer schrumpfte und dadurch, aber auch aufgrund geringer Bereitschaft bei den Eltern und einer Übungsleiterin, nicht alle Evaluationsinstrumente eingesetzt werden konnten und zuletzt nur in geringer Anzahl zur Verfügung standen. Vor dem Hintergrund, dass bisher jedoch wenig genügende Überprüfungen von Adipositas-Präventionsprogrammen existieren, ist das allgemein ein Problem. Ein begrenzter Einblick ist in das Projektgeschehen dennoch möglich.

Die Auswahl der Kinder und Jugendlichen geschah über verschiedene Schulen in einem Stadtteil. 16 Kinder nahmen zu Beginn des Projektes teil, gegen Ende waren es 5. Die Altersspanne betrug zu Beginn 7-13 Jahre. Die Gruppe der Kinder beschrieb zu Projektstart ihren körperlichen Zustand als eher gut. Ihre körperlichen Aktivitäten lagen eher im oberen

Bereich, während nur 50% der Familien gemeinsame Bewegungsaktivitäten verfolgten. Die Kinder essen am häufigsten 3 Mahlzeiten pro Tag – empfohlen werden jedoch allgemein 5 kleinere Mahlzeiten. Geselliges Essen im Familienverbund ist im Laufe der Woche eher die Ausnahme. Das konkrete Essverhalten erwies sich überwiegend als unproblematisch.

Das Bewegungs- sowie das Ernährungsangebot von *SchwerMobil*-Bielefeld wurde von den Kindern überwiegend gut bewertet. Auch den Eltern gefiel *SchwerMobil*-Bielefeld überwiegend gut. Die organisatorische Einbettung in den privaten und beruflichen Tagesablauf bereitete jedoch manchen Schwierigkeiten.

Kurzzeiteffekte konnten so gut wie keine bei der Evaluation festgestellt werden. Das ist kein überraschendes Ergebnis, da Prävention in diesem Bereich z.T. Neuland ist und die zur Anwendung gelangten Instrumente nur einen kleinen Teil abzeichneten.

## **1. Einleitung**

Die Entscheidung der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) zur Schwerpunktsetzung im Themenfeld „Adipositasprävention“ erfolgte nach der Reflektion der Versorgungssituation in Bielefeld, die auf Ergebnissen einer gesundheitswissenschaftlichen Arbeit der Universität Bielefeld beruhte. Das Ergebnis der Untersuchung war, dass die Angebote zur Adipositasprävention unzureichend koordiniert sind oder ganz fehlen. Dazu kam ein Umsetzungsbeschluss des Sozial- und Gesundheitsausschusses zum Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (2003), der zwei Workshops bei der Präsentation des Berichtes vorsah. Ein Workshop fand zum Thema Motorik und Koordination statt und beinhaltete auch Fragen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Parallel zu der Diskussion in der Kommunalen Gesundheitskonferenz befasste sich die Sportjugend NRW mit neuen Konzepten für Bewegungsangebote für übergewichtige Kinder, die unter dem Titel „Schwer*Mobil*“ in die gemeinsame Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz eingebracht wurden.

Der vorliegende Bericht stellt das Projekt „Schwer*Mobil*-Bielefeld“ als Modellprojekt in einem Bielefelder Stadtteil vor. Im Abschnitt 2 wird der Bezug zu Gesundheitszielen auf verschiedenen Ebenen hergestellt, die Übergewicht und Adipositas thematisieren. In Kapitel 2 wird auf das Ausmaß von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen eingegangen und anhand der Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Gesundheitsamtes der Stadt Bielefeld insbesondere die Situation in Bielefeld betrachtet. In den Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft werden Entstehungsfaktoren, Begleit- und Folgeerkrankungen skizziert und Empfehlungen für die Präventionsarbeit in diesem Behandlungsfeld gegeben, an denen sich das Projekt Schwer*Mobil*-Bielefeld orientiert hat.

Im farbig abgesetzten Teil des Berichtes finden sich die konkreten Planungsunterlagen für das Projekt, von der Beschlussvorlage für die KGK über die Konzeption bis hin zum Durchführungsplan. Diese sind schnell nutzbar für Nachahmerinnen und Nachahmer der Projektidee.

Eine Auswertung des Projektes schließt sich an. In der Darstellung lassen sich detailliert die vorhandenen Evaluationsergebnisse nachvollziehen (eine Erläuterung der Instrumente und die Instrumente selbst befinden sich im Anhang). Einbezogen wurden hier auch ein Interview mit einer Kursleiterin und der Erfahrungsbericht einer begleitenden Studienpraktikantin. Im Fazit werden noch einmal die erwarteten Ergebnisse mit den tatsächlichen in Bezug gesetzt und die Ergebnisse einer Reflektion aller Projektbeteiligten vorgestellt.

Zum Abschluss werden konkrete Empfehlungen für die Durchführung ähnlicher Projekte gegeben, die auch für eine Weiterentwicklung von Schwer*Mobil*-Bielefeld Berücksichtigung finden werden.

Die Darstellung des Projekttransfers rundet den Bericht ab, indem Impulse für weitere Entwicklungen in den Themenfeldern Bewegungsförderung und Ernährungsschulung in Bielefeld skizziert werden und perspektivisch neue Projektideen angerissen werden.

## **2. Gesundheitsziele, die Übergewicht und Adipositas thematisieren**

### **2.1. Gesundheitsziele der WHO**

Im Zieleprozess der WHO „Gesundheit21“, dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO (1998-2010), wird im Gesundheitsziel 4 „Gesundheit junger Menschen“ darauf hingewiesen, dass weniger „körperliche Betätigung und ungesunde Ernährungsgewohnheiten ... in vielen Ländern zu einer Zunahme der Fettleibigkeit unter jungen Menschen geführt“ haben: „Bleibt das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter bestehen – was häufig der Fall ist – bedeutet dies ein beträchtliches Gesundheitsrisiko für die Betroffenen.“<sup>1</sup> Entsprechend wird ein Teilziel 4.1. formuliert, das fordert, dass Kindern und Jugendlichen bessere „Lebensfertigkeiten“ und die Fähigkeit vermittelt werden sollten, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.<sup>2</sup>

In der Erläuterung zu Ziel 8, d.h. dem Themenbereich Prävention und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten, wird das Übergewicht und die Adipositas als z.T. beeinflussbarer Risikofaktor von verschiedenen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einige Krebsarten, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes mellitus (Typ 2 nicht insulinabhängig)) beschrieben, der in multisektoralen Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit angegangen werden sollte. Das wird im Teilbereich „Gesunde Lebensweisen“ ausführlich erläutert und mündet in das Gesundheitsziel 11 „Gesünder Leben“<sup>3</sup>: „Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.“ Im einzelnen soll dabei verfolgt werden:

- „Das Gesundheitsbewußtsein sollte beispielsweise in bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität erheblich zunehmen.“ (11.1)
- „Die Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit von und der Zugang zu hygienisch einwandfreien und gesunden Nahrungsmitteln sollten beträchtlich verbessert werden.“ (11.2)

Damit wird im Gesundheitszieleprozess der WHO an verschiedenen Stellen auf das Problem von überhöhten Körpergewicht bzw. Adipositas eingegangen. In der Gesamtbetrachtung

---

<sup>1</sup> WHO (1999): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Kopenhagen, S. 33.

<sup>2</sup> Ebd. S. 34.

<sup>3</sup> Ebd. 102.

existiert aber kein konkretes Ziel ausschließlich zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas.

## **2.2. Gesundheitsziele der Bundesrepublik Deutschland**

Das Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland, [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de), nennt gleichfalls nicht ausdrücklich ein Ziel zur Bekämpfung von überhöhten Körpergewicht oder Adipositas. Aber in den Zielen zur Prävention und Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2, werden im Ziel 1 „Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention)“ unter anderen Kinder und Jugendliche als Zielgruppen angeführt sowie Personen mit erhöhtem Risiko, unter anderen Personen mit Übergewicht.

Im bundesdeutschen Gesundheitsziel 3 „Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation)“ sollten Therapieziele bei adipösen Diabeteskranken die Motivation zur Gewichtsreduzierung, Ernährungsumstellung und zu mehr Bewegung sein. Darüber hinaus wird auf den steigenden Anteil adipöser Kinder im Themenbereich "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" hingewiesen, entsprechend werden Ziele zur Vermeidung von Fehlernährung und Bewegungsmangel formuliert:

- „Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit“ (Ziel 1)
- „Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Familie und Freizeit (Ziel 2)“

Diese Ziele werden für das Setting KiTa (Ziel 4 und 5) und Schule (Ziele 7 und 8), also jeweils für Kinder und Jugendliche, noch einmal wiederholt. In Hinsicht auf das hier interessierende Setting Schule wird zu Ziel 7 ein Teilziel zur Verhältnisprävention aufgestellt, und zwar das „Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche“ existieren und bezüglich des Ziels 8 wird ein Teilziel zum Verhalten aufgestellt, das „Angebote für bewegungsauffällige Kinder und Jugendliche“ vorhanden sind.

Mit diesen Aspekten bestehen unmittelbar Bezüge zu den weiter unten formulierten Zielen von *SchwerMobil*-Bielefeld. Insgesamt betrachtet, ist das Thema Übergewicht und Adipositas

in gesundheitsziele.de berücksichtigt, auch wenn es nur im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen bzw. Themen aufgegriffen wird.

### **2.3. Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen**

Die Bestandsaufnahme der ersten zehn Jahre der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele (1995-2005) nennt bereits unter dem Ziel 1 „Herz-Kreislauf-Krankheiten reduzieren“ die Adipositas als Risikofaktor für diese Erkrankungen. 31 % derjenigen Personen, die manifest koronar herzkrank waren, hatten in einer europäischen Vergleichsstudie Adipositas. Nach zu hohem Blutdruck und Fettstoffwechselstörungen war dies der drittgrößte Risikofaktor. Dabei gilt die Bekämpfung der Adipositas neben der Bekämpfung der anderen Risikofaktoren als wichtiger Bestandteil der Primärprävention koronarer Herzerkrankungen

In der Neufassung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele (2005-2010) erscheint das Ziel „Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren“ als krankheitsbezogenes Ziel Nr. 1. Wiederum wird als beeinflussbarer Risikofaktor diesbezüglich, d.h. bezüglich der häufigsten Krankheiten und Todesursachen, die Adipositas genannt. Das Teilziel 1 „Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausbauen“ beinhaltet als Strategie 1.1 „Settingorientierte vorbeugende Maßnahmen in den Alltag von Kindergärten und Schulen implementieren (Themenkreise: Übergewicht, Ernährung, Bewegungsmangel, Stressbewältigung, Genussmittelkonsum)“. Diese Strategie ähnelt sehr den Teilzielen von gesundheitsziele.de - Angleichungen zwischen den Bundesgesundheitszielen und den nordrhein-westfälischen Gesundheitszielen wurden bei der Neufassung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele bewußt vorgenommen - im Themenfeld „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“. Sie geht allerdings über dieses Themenfeld hinaus, da sie explizit die Vermeidung von Übergewicht benennt. Insgesamt betrachtet, wird aber bezüglich der Bekämpfung von überhöhten Körpergewicht und Adipositas nicht explizit ein ausschließliches Gesundheitsziel formuliert. Als Strukturziel 1 wird für den nordrhein-westfälischen Zieleprozess bis 2010 formuliert: „Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit fördern und Krankheit verhüten.“

### **2.4. Bielefelder Gesundheitsziele und die Teilziele von Schwer*Mobil*-Bielefeld.**

Sämtliche Zieleprozesse auf den vorgenannten administrativen Ebenen haben die Bekämpfung von überhöhten Körpergewicht und Adipositas zum Gegenstand. In allen Zieleprozessen gibt es jedoch keine alleinigen Ziele zur Bekämpfung von Übergewicht und Fettleibigkeit. Immer stehen sie im Kontext von anderen krankheitsbezogenen oder strukturbezogenen Gesundheitszielen.

Die in Bielefeld verabschiedeten Gesundheitsziele (2003-2007) beschreiben nicht das Gesundheitsproblem Übergewicht oder Adipositas. Es handelt sich um drei strategische Ziele - „Bürgerinnen- und Bürgerorientierung“, „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und „Prävention und Gesundheitsförderung“ - zu denen anhand konkreter Maßnahmen jeweils Teilziele formuliert werden können. Das geschieht in der Regel auf der Grundlage der städtischen Gesundheitsberichterstattung. So wurden die Handlungsempfehlungen des Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsberichts 2003 den Gesundheitszielen zugeordnet. Zum Gesundheitsziel „Prävention und Gesundheitsförderung“ befindet sich im Anschluss an das Kapitel „Gesundheit und soziale Lage der einzuschulenden Kinder“ die hier dokumentierte Maßnahme.<sup>4</sup> In einer Übersicht aller Handlungsempfehlungen des Berichts wurde dieser Maßnahme – neben wenigen anderen – die höchste Priorität zugeordnet.

Die Teilziele von *SchwerMobil*-Bielefeld lauten:

### **Projektziele für Kinder und Jugendliche**

#### ***In der Ernährung***

- Bewusstwerden des eigenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens
- Förderung des Geschmackserlebens und Kennen lernen der Nahrungsmittelvielfalt
- Erfahrung von kindgerecht vermittelten Grundlagen zu einer gesunden Ernährungsweise
- Zusammenhänge erkennen lernen zwischen gesunder Ernährungsweise und körperlichen Funktionsabläufen
- Hilfen entwickeln zum Lösen von Ernährungskonflikten (z.B. durch Rollenspiel)
- Förderung der Körperwahrnehmung und Genussförderung (wenn ein Kind gelernt hat seine Körpersignale wahrzunehmen und angemessen beantworten, wird es Probleme seltener mit dem Essen zu lösen versuchen)

#### ***In der Bewegung***

- Vermittlung von Freude an der Bewegung
- Ermöglichung von vielfältiger Körpererfahrungen
- Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität
- Förderung des Selbstwertgefühls und Stärkung der Selbstsicherheit
- Finden und Verwirklichen eigener Ziele

---

<sup>4</sup> Stadt Bielefeld (2003): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, S. 43. (Der Bericht kann von [www.bielefeld.de](http://www.bielefeld.de) als pdf-Datei heruntergeladen werden (bitte Stichwort Gesundheitsberichterstattung in die Suchfunktion eingeben.))

## **Projektziele für Eltern**

- Bewusstmachen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltes in der eigenen Familie
- Grundlagen einer gesunden Ernährungsweise kennen lernen
- Erkennen der Zusammenhänge zwischen Ernährungsverhalten und körperlichen Funktionsabläufen
- Stärkung der Entscheidungsfähigkeit bei der Auswahl von Nahrungsmitteln
- Erkennen der Bedeutung vielseitiger Körpererfahrungen und bewusster Körperwahrnehmung für die Entwicklung des Kindes
- Erkennen der Bedeutung von regelmäßiger Bewegung, Spiel und Sport für eine gesunde Entwicklung des Kindes
- Wahrnehmung und Realisierung eigener Ziele (Einarbeitung kreativer Ideen zur Eigenmotivation)
- Finden neuer Wege des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im familiären Alltag
- Integration und Verankerung eines veränderten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im Alltag

Die Teilziele sind in das Konzept der Handlungsempfehlung „SchwerMobil“ für die KGK eingebunden, die weiter unten eingefügt ist. Sie sind zugleich ein Teil der Grundlagen für die Evaluation.

## **3. Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas**

### **3.1 Definitionen von Übergewicht und Adipositas**

Das Übergewicht und die Adipositas werden entsprechend den von der Arbeitsgemeinschaft Adipositashilfe (AGA) bei Kindern und Jugendlichen empfohlenen BMI-Referenzwerten definiert. BMI ist der Body Mass Index, der Körpermassenwert, d.h. der Quotient aus dem Gewicht (kg) und der Körpergröße zum Quadrat (qm). Der BMI hat sich als Maßeinheit zur Berechnung von Übergewicht und Adipositas durchgesetzt, auch wenn mit ihm nicht der Körperfettgehalt berechnet werden kann.

BMI-Referenzwerte sind in diesem Fall - empirisch ermittelte – BMI-Werte innerhalb von Perzentilen, d.h. prozentualen Summenhäufigkeitsverteilungen. Sie sind aus verschiedenen Stichproben zu Gewicht und Größe von Kindern und Jugendlichen ermittelt worden. Diese BMI-Referenzwerte sind alters- und geschlechtsspezifisch, weil im Kindes- und Jugendalter

aufgrund des Wachstums unterschiedliche Stadien der körperlichen Entwicklung durchlaufen werden und diese nach Geschlecht wiederum unterschiedlich ausgeprägt sind. Im Folgenden werden auch Daten nach sog. „ethnischen Gruppen“ dargestellt. Diese werden nach den gleichen BMI-Referenzwerten berechnet.

#### Kriterien für Übergewicht und Adipositas im Kindes und Jugendlichenalter

- Übergewicht = BMI 90. bis 97. Perzentil
- Adipositas = BMI ab 97. Perzentil

Ein Kind ist übergewichtig, wenn sein BMI größer als der ermittelte BMI-Referenzwert der 90. und kleiner gleich den ermittelten BMI-Referenzwerten des 97. Perzentils ist. Adipös ist ein Kind dessen BMI größer als die BMI-Referenzwerte des 97. Perzentils ist.

Diese BMI-Referenzwerte enden in den BMI-Werten für Erwachsene mit Übergewicht bzw. Adipositas: Die Weltgesundheitsorganisation verwendet ab dem 18. Lebensjahr für Übergewicht das Kriterium eines BMI > 25 kg/qm und für Adipositas eines BMI > 30 kg/qm. Alter und Geschlecht finden dabei keine Berücksichtigung.

### 3.2. Häufigkeitsraten von Übergewicht und Adipositas

#### 3.2.1. Häufigkeitsraten in verschiedenen bundesdeutschen Studien

Die Häufigkeitsraten (im weiteren Prävalenzen) für Übergewicht und Adipositas bei Kinder und Jugendlichen variieren bei einem Vergleich von regional begrenzten Studien, weil verschiedene Bezugssysteme für die Ermittlung zugrunde liegen. So ist die Prävalenz für Übergewicht in den Jahren 1985-1999 bei fünf- bis zehnjährigen Kindern zwischen ca. 8,1% und 17,6% und für Adipositas zwischen 0,7% und 6,7% groß.

Bei 13- bis 15jährigen Kindern variiert sie „...zwischen 13,8% und 16,8% für Übergewicht sowie 5,1% und 7,9% für Adipositas. Deutlich niedriger dagegen sind die *repräsentativen* Zahlen in dem kürzlich erschienenen Jugendgesundheitsurvey der Universität Bielefeld. Danach waren bundesweit im Jahr 2002 etwa 4,6% der 12- bis 16jährigen Jugendlichen übergewichtig und 2,1% adipös. Als Referenz wurden in diesen Untersuchungen die 90. und 97. Perzentile für deutsche Kinder (AGA) verwendet.“<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Goldapp, Cornelia und Mann, Reinhard (2004): Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung Nr. 1 Jahrgang 27, S.14.

### 3.2.2. Übergewicht in den Einschuljahrgängen in Bielefeld

Die folgenden Daten beruhen auf den Schuleingangsuntersuchungen, die alle 6-Jährigen Kinder in Bielefeld erfasst. Die folgende Berechnung beruht auf Größen- und Gewichtsangaben, die weitgehend zuverlässig erfasst werden.

In Bielefeld hat sich das Übergewicht – entsprechend den Kriterien der AGA - unter den 6-jährigen Kindern von 1992/1994 bis 2003/2005 von 4,3% auf 4,8% vergrößert, dabei verlief diese Entwicklung jedoch nicht kontinuierlich (Abbildung 1). Der letzte Wert wurde 2001/2003 bereits schon einmal erreicht. Insgesamt ist die Entwicklung in den letzten Jahren annähernd gleichbleibend groß. Die Jungen haben dabei etwas seltener Übergewicht, ihre Prävalenz stieg von 1992/1994 von 4,1% auf 4,4%, allerdings mit einem Höhepunkt 1993/1995 (Abbildung 2). Die Mädchen sind häufiger übergewichtig, wenn auch nicht in jedem Jahr der Geschlechtsunterschied statistisch signifikant ist. Die Prävalenz für Übergewichtigkeit bei Mädchen stieg im Gesamtzeitraum von 4,5% auf 5,3%, allerdings auch nicht kontinuierlich.

Abbildung 1:

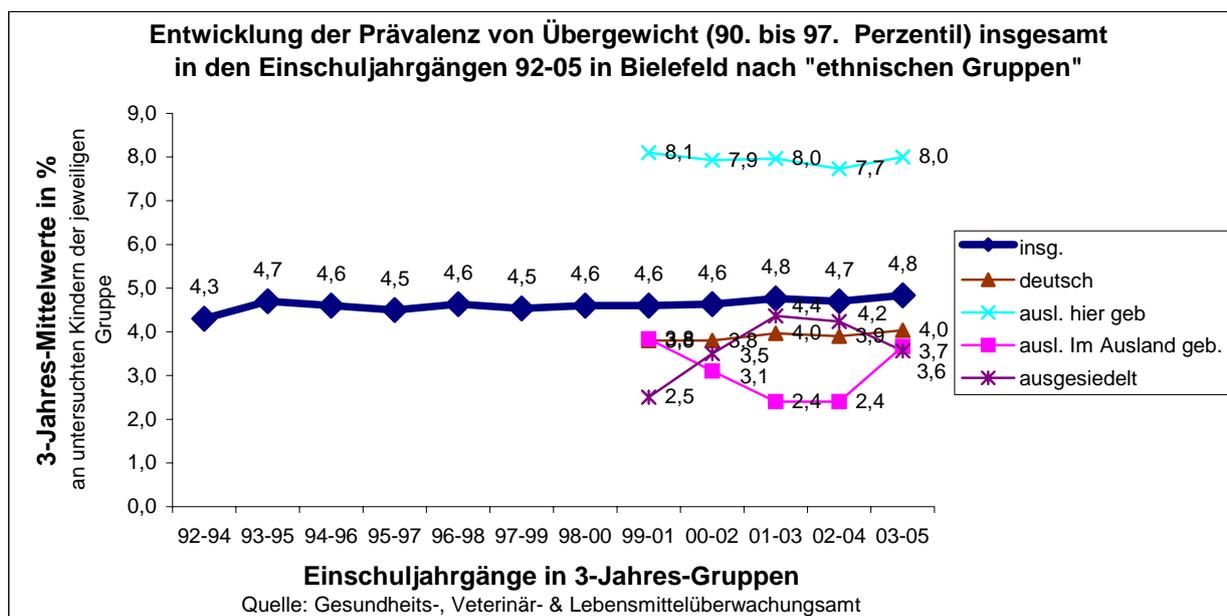
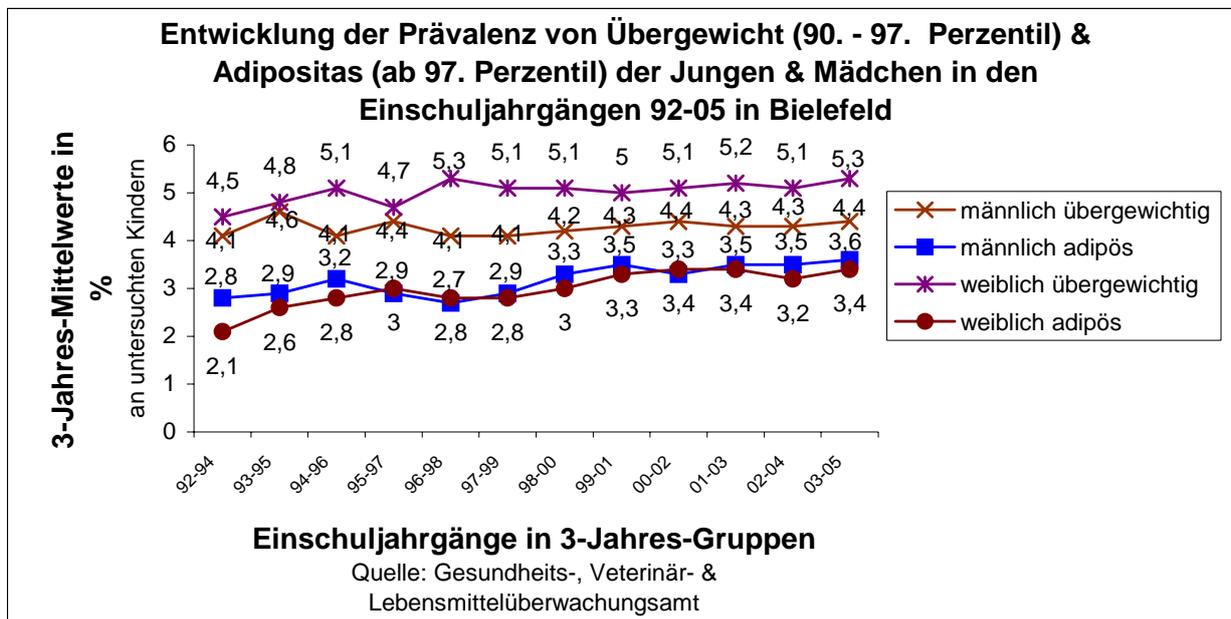


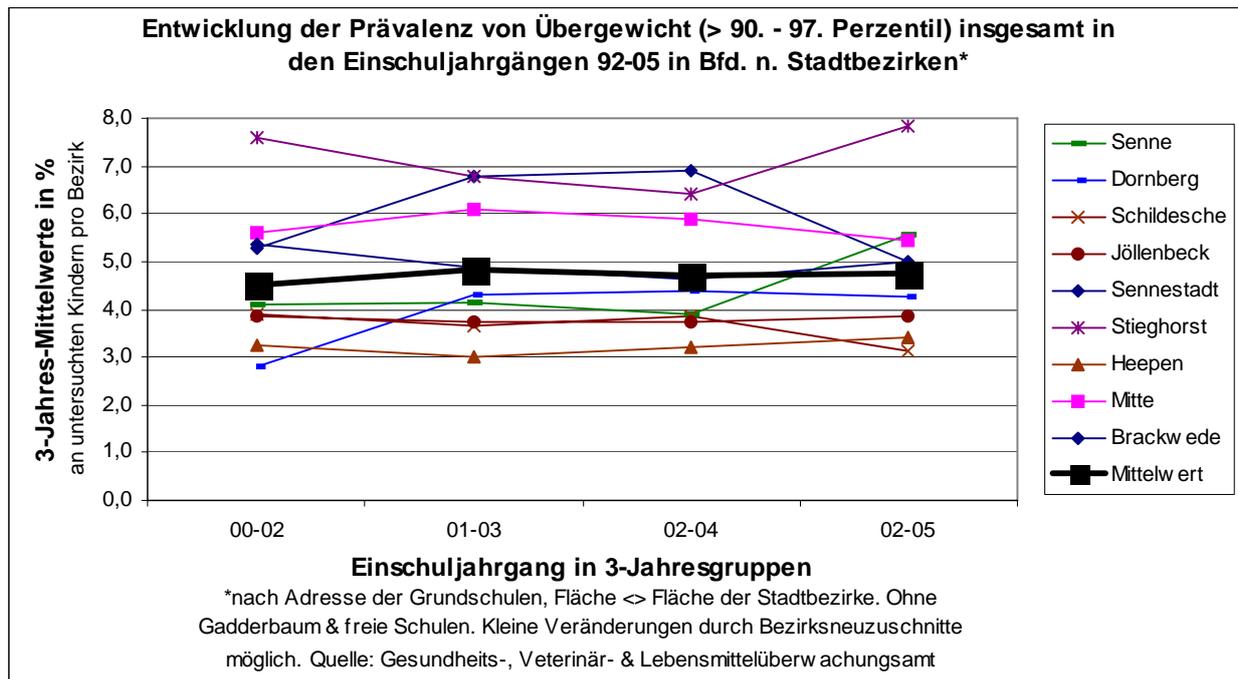
Abbildung 2:



Unter den „ethnischen“ Gruppen sind die deutschen Kinder unterdurchschnittlich häufig übergewichtig (Abbildung 1). Ihre Prävalenz steigt von 1999/2001 von 3,8% auf 4,0%. In etwa doppelt so häufig betroffen sind die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft: ihre Prävalenz entwickelt sich im Gesamtzeitraum von 8,1% auf 8,0% und ist somit zuletzt doppelt so groß wie diejenige der deutschen Kinder. Die im Ausland geborenen Kinder und die ausgesiedelten Kinder haben im Vergleich dazu in den letzten Jahren unterdurchschnittlich häufig Übergewicht. Aufgrund der kleinen konkreten Zahlen schwanken diese Prozentzahlen jedoch ausgeprägter, als die Zahlen der großen Gruppen.

In der Unterscheidung nach Stadtbezirken zeigt sich, dass die Prävalenz des Übergewichts im gesamten Zeitraum in Stieghorst am zweit größten oder - wie zuletzt - am größten ist (7,8%, Abbildung 3). Hier wäre im Einzelnen zu prüfen, wie dieser Anstieg in den letzten Jahren entsteht. Relativ kontinuierlich sind die Prävalenzen in Mitte (5,6% auf 5,4%) und Senne-stadt (5,3% auf 4,7%) ebenfalls größer als der Durchschnitt der Stadtbezirke, wobei Senne-stadt zuletzt fast wieder den Mittelwert erreicht. Zusammenfassend sind somit Stieghorst und Mitte die Stadtbezirke mit Übergewichtsraten, die sich deutlich vom Mittelwert unterscheiden. Für Gadderbaum können aus Datenschutzgründen keine Angaben gemacht werden (nur eine Grundschule).

**Abbildung 3:**



### 3.2.3. Adipositas in den Einschuljahrgängen Bielefelds

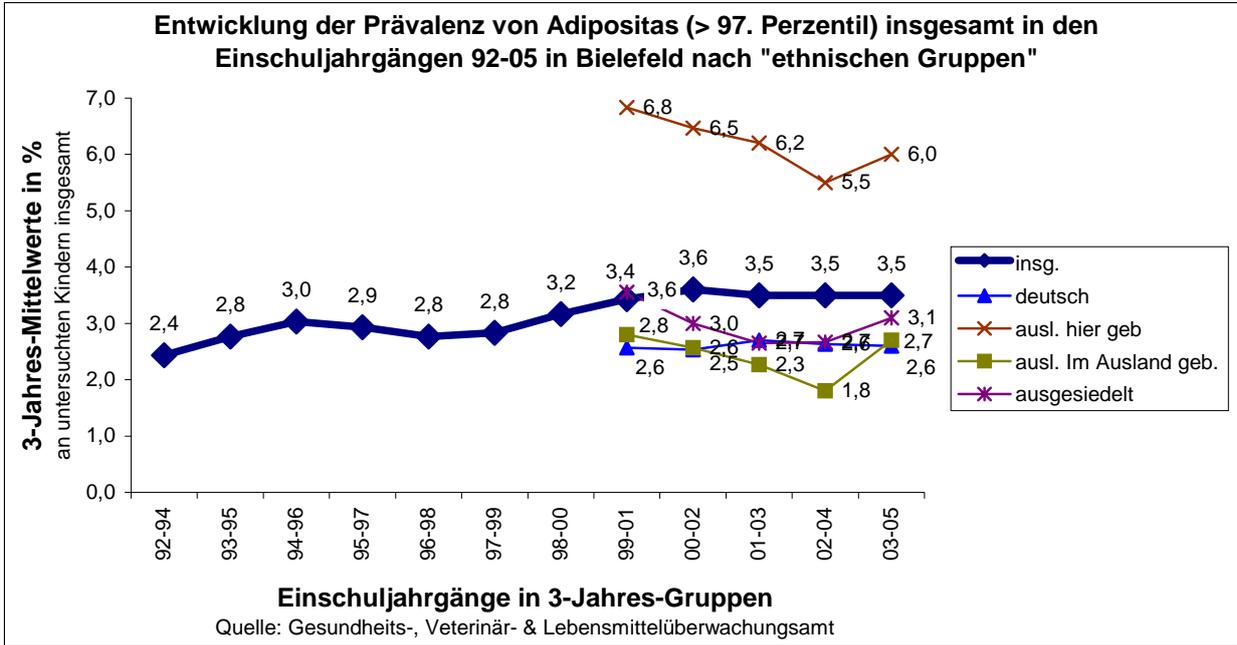
Die Wahrscheinlichkeit, dass 6-jährige Kinder unter Adipositas leiden, vergrößerte sich von 2,4% auf 3,6% bis zu den Jahren 2000/2002 (Abbildung 4). Danach verringerte sich die Adipositasrate minimal auf 3,5%, eine Größenordnung, die seitdem unverändert anhält.

Dabei sind entgegen den Angaben zum Übergewicht Jungen zu Beginn und am Ende des gesamten Beobachtungszeitraumes etwas häufiger von Adipositas betroffen als Mädchen (Abbildung 2). Ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt von 2,8 auf 3,6%, die somit zuletzt ihren Höhepunkt im Betrachtungszeitraum erreicht. Diejenige der Mädchen steigt von 2,1 auf 3,4%, wobei dieser Wert im Anschluss an die Jahrtausendwende bereits schon einmal erreicht wurde. Der Geschlechterunterschied ist zuletzt mit 0,2 %-Punkten jedoch sehr klein, während er beim Übergewicht zuletzt 0,9 %-Punkte beträgt zuungunsten der Mädchen.

Die deutschen Kinder sind ebenso wie bei Übergewicht im Vergleich zu den anderen sog. ethnischen Gruppen, insbesondere den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft, unterdurchschnittlich oft von Adipositas betroffen. Ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit ist mit 2,6% zu Beginn und Ende des Betrachtungszeitraums zudem stabil, d.h. auch zwischenzeitlich nur durch kleine Schwankungen gekennzeichnet (Abbildung 4).

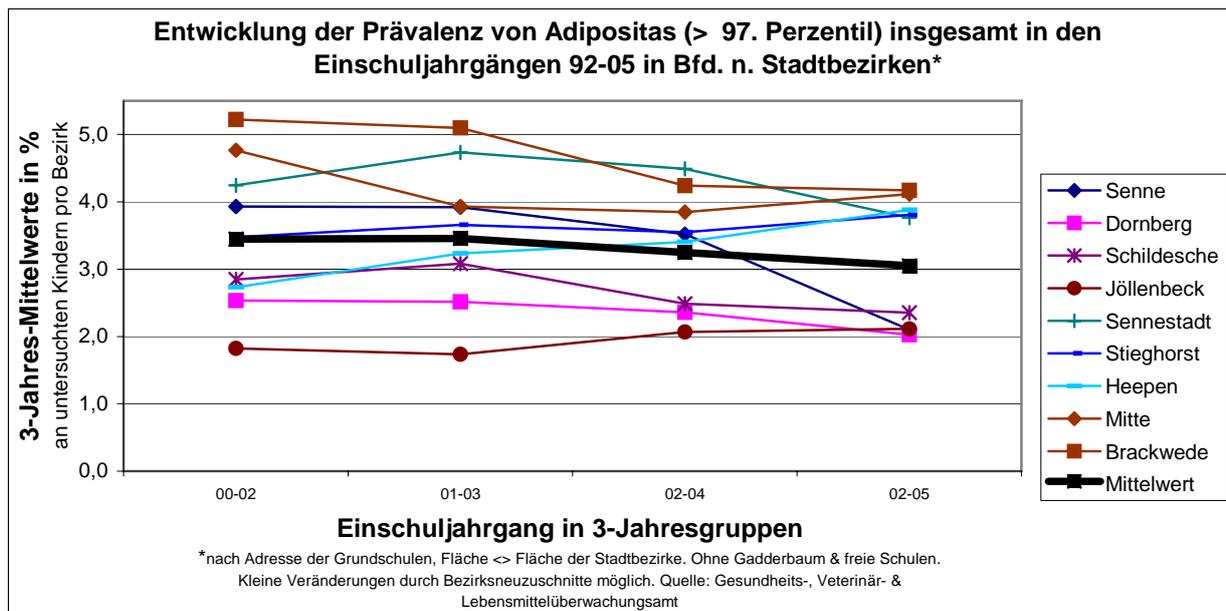
Der Unterschied zu den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft beträgt zuletzt jedoch 3,4 %-Punkte; diese Kinder erkranken mehr als doppelt so häufig an Adipositas. Ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit beträgt zuletzt 6%. Dabei kann erfreulicherweise seit der Jahrtausendwende ein längerfristiger Rückgang der Erkrankungswahrscheinlichkeit festgestellt werden, dem jedoch zuletzt ein Anstieg vom Tiefstwert 5,5% folgt. Die Adipositasraten der im Ausland geborenen und der ausgesiedelten Kinder schwanken aufgrund der kleinen Zahlen stärker, liegen aber - mit einer Ausnahme zu Beginn unter den ausgesiedelten Kindern - jedoch wie die Raten der deutschen Kinder unter dem gesamtstädtischen Wert.

**Abbildung 4**



In der sozialräumlichen Unterscheidung fällt zuerst auf, dass der Mittelwert der Stadtbezirke vom Höchstwert 3,5% 2001/2003 zurückgeht auf 3,1% (Abbildung 5). Diese Entwicklung unterscheidet sich von der gesamtstädtischen Rate, die wie oben beschrieben bei 3,5% die vergangenen Jahre stagniert. In diesem Mittelwert sind jedoch die freien Grundschulen sowie die Martinschule in Gadderbaum aus Datenschutzgründen oder weil sie keinen eigenen Bezirk haben, unberücksichtigt. Am größten, zwischenzeitlich auch mal am zweitgrößten, ist die Adipositasrate der 6-Jährigen in Brackwede (zuletzt 4,2%). Diese Rate liegt durchgängig deutlich über dem Mittelwert. Auch Mitte hat eine andauernd überdurchschnittlich große Adipositasrate (zuletzt 4,1%).

Abbildung 5:



Im Weiteren werden die Entstehungsfaktoren, Begleit- und Folgeerkrankungen, Vorteile und Nachteile der Gewichtsreduzierung sowie Empfehlungen zur Adipositasprävention wiedergegeben, wie sie in der Leitlinie der entsprechenden Fachgesellschaften entwickelt wurden.

#### **4. Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung<sup>6</sup>**

Die Leitlinie der verschiedenen Fachgesellschaften zur Prävention und Therapie der Adipositas wird im Folgenden weitgehend unkommentiert wiedergegeben, da sie einen Querschnitt der Empfehlungen zur Prävention und Therapie beinhaltet.

##### **4.1. Entstehungsfaktoren**

Als Entstehungsfaktoren für Adipositas werden erbliche Ursachen und erblich bedingte Risikofaktoren gesehen. Die Fachgesellschaften reihen aber auch die Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Disorder, eine Störung die mit anfallsartigen Verzehr von großen Mengen an Nahrung einhergeht) und Erkrankungen der inneren Drüsen (z.B. Unterfunktion der Schilddrüse, Überfunktion der Nebennierenrinde) hierunter ein. Es können aber auch bestimmte Medika-

<sup>6</sup> Entnommen aus: Evidenzbasierte Leitlinie – Prävention und Therapie der Adipositas, Hrsg.: Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, 2003. Die Leitlinie war bis 12/2004 gültig. Die neue Leitlinie war bei Niederschrift noch nicht verabschiedet. Aktueller Stand unter: <http://www.leitlinien.net>.

mente (z. B. manche Medikamente zur Behandlung von Depressionen, von Geisteskrankheiten, von Zuckerkrankheit oder von Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere sogenannte Betablocker, des Weiteren entzündungshemmende Stoffe, die unter dem Namen Kortison oder ähnlich bekannt sind) zur Adipositas führen. Darüber hinaus gibt es noch andere Ursachen wie z.B. Bewegungsmangel und -behinderung, Schwangerschaft etc.

#### **4.2. Begleit- und Folgeerkrankungen**

- Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels wie Zuckerkrankheit oder Diabetes mellitus Typ II (der früher nur bei Menschen mittleren und hohen Alters beobachtet wurde und heute zunehmend auch schon in Kindheit und Jugend auftritt, bei dem Übergewicht oder Fettsucht nicht die Ursache aber den Auslöser der Erkrankung darstellt) sowie dessen Vorformen und manchen Sonderformen wie der Schwangerschaftsdiabetes.
- Andere Störungen des Stoffwechsels wie Fettstoffwechselstörungen, Gicht und deren Vorformen, die mit Erhöhung der Harnsäure im Blut einhergehen sowie Störungen der Blutgerinnung.
- Bluthochdruck.
- Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere die Erkrankung der Herzkranzgefäße mit Brustenge und/oder Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzmuskelschwäche.
- Krebs insbesondere der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses sowie der Eierstöcke, der Brust, der Vorstehdrüse, der Niere und des Dickdarms.
- Regulationsstörungen der Botenstoffe (Hormone) wie Erhöhung der männlichen Hormone bei der Frau, erniedrigte Werte der männlichen Hormone beim Mann.
- Lungenkomplikationen wie Luftnot bei Anstrengung, Atemregulationsstörungen insbesondere nächtlicher Art mit Tagesmüdigkeit (SAS = Schlaf-Apnoe-Syndrom).
- Magen-Darm-Erkrankungen wie Gallensteinleiden, Leberverfettung und Leberentzündung, Speiseröhrentzündung (mit oder ohne Sodbrennen).
- Verschleißerscheinungen des Bewegungsapparates besonders der Knie und der Hüften und der Wirbelsäule.

- Erhöhtes Risiko bei operativen Eingriffen und Narkosen.
  
- Allgemeine Beschwerden wie verstärktes Schwitzen, Gelenkbeschwerden, Atemnot bei körperlicher Belastung.
- Seelische Folgen durch vermehrte Neigung zu Depressionen und Ängstlichkeit bis hin zum sozialen Rückzug.
  
- Aussonderung, Selbstwertminderung mit Depressionsneigung.
  
- Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

#### **4.3. Vorteile einer Gewichtsverminderung**

Eine Vielzahl von Forschungsstudien hat die Vorteile selbst einer mäßigen Gewichtssenkung bewiesen. Die Vorteile einer Gewichtsreduzierung um 10 kg sind:

##### In Bezug auf die Sterblichkeit:

- Senkung der Gesamtsterblichkeit um über 20 %.
- Senkung des Sterblichkeitsrisikos im Zusammenhang mit der Zuckerkrankheit um über 30 %.
- Senkung der fettsuchtassoziierten Krebstodesfälle um über 40 %.

##### In Bezug auf den Blutdruck:

- Senkung des Blutdrucks bei Patienten mit hohem Blutdruck durch eine Gewichtsreduktion von 10 kg um 7 mm Hg systolisch und 3 mm Hg diastolisch. Eine Gewichtsabnahme durch ein Gewichtsreduktionsprogramm verringert das Blutdruckrisiko.

##### Diabetes mellitus Typ II:

- Senkung des Hb1c (Marker-Laborwert für die Güte der Blutzuckereinstellung) um 1 bis 3 % bei fettsüchtigen Typ II-Diabetikern durch eine Gewichtsabnahme von 5 bis 10 kg.
- Abnahme des Blutzuckerwertes im Nüchternzustand um 30 bis 40 mg/dl pro 10 kg Gewichtsreduktion.
- Senkung des relativen Risikos (im Sinne einer Wahrscheinlichkeit) für die Verschlechterung einer Vorstufe der Zuckerkrankheit zur echten Zuckerkrankheit durch eine Gewichtsreduktion von 3,5 bis 5 kg um 58 %.

### Blutfette:

Eine Reduktion des Körpergewichts um 10 kg geht einher mit

- Senkung des Gesamtcholesterins um durchschnittlich 10 %,
- Senkung des LDL-Cholesterins („böses Cholesterin“) um 15 %,
- Erhöhung des HDL-Cholesterins („gutes Cholesterin“) um 8 %,
- Senkung der Neutralfette um 30 % jeweils in Abhängigkeit vom Ausgangswert.

#### **4.4. Nachteile einer Gewichtsreduzierung**

Bei Gewichtsabnahme besteht ein erhöhtes Risiko für Gallensteinerkrankungen. Die Gallensteinbildung ist umso häufiger, je schneller und ausgeprägter die Gewichtsabnahme ist. Im Zusammenhang mit drastischer Gewichtsreduktion kann es zu einer Abnahme der Knochendichte kommen. Bei weißen Frauen, die nach dem 50. Lebensjahr eine Gewichtsabnahme begannen, wurde eine erhöhte Inzidenz von Hüftfrakturen festgestellt. Der Einfluss von Gewichtsschwankungen auf die Knochendichte gilt als noch nicht ausreichend untersucht. Gesundheitliche Nachteile durch „Weight cycling“ konnten bislang nicht nachgewiesen werden. Genauso fehlt Evidenz für die Annahme, dass Diäten bzw. Gewichtsreduktionsprogramme die Entwicklung von Essstörungen fördern.

#### **4.5. Empfehlungen zur Prävention der Adipositas**

##### 4.5.2. Indikation und Ziele

Die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen ergibt sich aus folgenden Erkenntnissen:

- mit zunehmender Dauer und Ausprägung der Adipositas wird die Behandlung immer schwieriger und komplexer;
- die gesundheitlichen Folgeerscheinungen der Adipositas sind nach Gewichtsverlust nicht immer umkehrbar;
- die Prävalenz der Adipositas ist mittlerweile in den meisten Industrienationen so hoch, dass die verfügbaren Ressourcen nicht mehr ausreichen, um allen Betroffenen eine Behandlung anzubieten.

Primäres Präventionsziel auf Bevölkerungsebene ist eine Gewichtsstabilisierung, da das mittlere Körpergewicht Erwachsener bis zu einem Alter von 65 Jahren kontinuierlich zunimmt.

Bei einem BMI zwischen 25 und 29,9 sollte eine mäßige Gewichtssenkung angestrebt werden, um die Entwicklung von Komorbiditäten und Adipositas zu verhindern.

#### 4.5.3. Empfehlungen zur Adipositasprävention

Zur Frage, welche Präventionsmaßnahmen geeignet und effektiv sind, gibt es wenige Untersuchungen. Kinder und Eltern aus Familien mit erhöhtem Adipositasrisiko können eine sinnvolle Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen sein. Studien zeigen, dass ein effektives Betreuungsprogramm zu einer langfristigen Gewichtsreduktion bei Kindern führt, wenn die Eltern der Kinder als Zielgruppe für Verhaltensänderung einbezogen sind. Präventionsprogramme bei Erwachsenen, die auf eine gesunde Lebensweise und die Bekämpfung kardiovaskulärer Risikofaktoren zielen, zeigten hinsichtlich des Körpergewichts nur eine minimale Wirkung oder waren unwirksam. Grundsätzlich wird ein gesunder Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Bewegung und Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, d.h. fettmoderat, stärkebetont, ballaststoffreich, als sinnvoll angesehen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Um eine ausgewogene Energiebilanz zu erreichen, sollten bevorzugt Lebensmittel mit geringer Energiedichte, d.h. hohem Wasser- und Ballaststoffgehalt, aber niedrigem Fettgehalt, ausgewählt werden. Sportliche Betätigung im Sinne einer Ausdauerbelastung führt in der

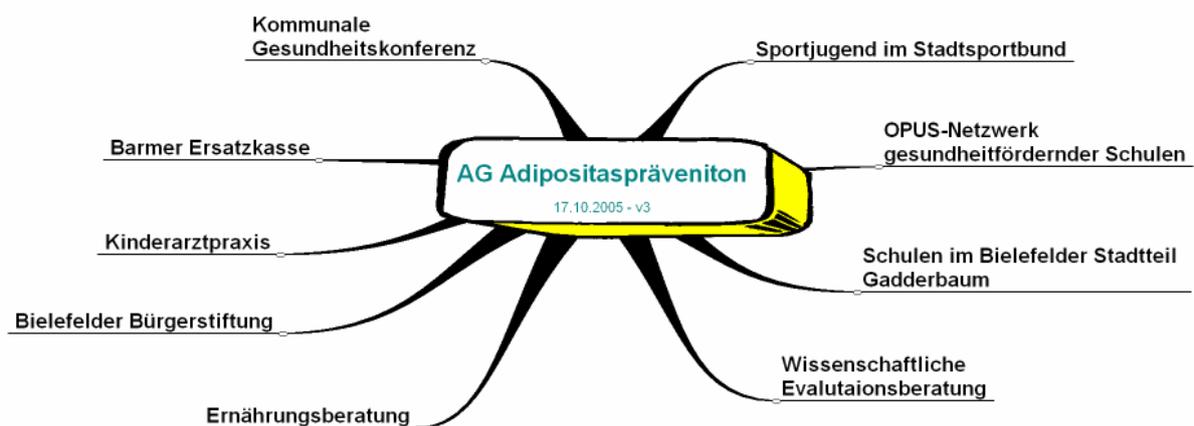
Muskulatur zu einer vermehrten Fettsäureoxidation und trägt damit zur Vermeidung von Übergewicht bei.

Eine eindeutige Empfehlung der Fachgesellschaften bzgl. der Art von Präventionsmaßnahmen gibt es bisher nicht. Ein Problem ist hierbei, dass es nicht genügend evaluierte Präventionsprogramme gibt. Diejenigen bevölkerungsbezogenen Programme, die wissenschaftlich begleitet wurden, haben bisher keinen nennenswerten Effekt auf die Prävention von Adipositas gezeigt.<sup>7</sup> Allerdings gibt es Beispiele von Präventionsprogrammen sowohl für Kinder als auch Erwachsene, die zumindest kurzfristig einen Effekt erzielten. *SchwerMobil-Bielefeld*, auf dessen Hintergrund im Weiteren eingegangen wird, knüpft in Teilen an die bisher dargestellten Grundlagen an.

## **5. Hintergrund von *SchwerMobil-Bielefeld***

Die KGK hat sich vor dem Hintergrund der Diskussion um die Versorgung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen entschieden, ein eigenes Projekt zur Adipositasprävention ins Leben zu rufen. Eine Projektgruppe wurde beauftragt, hierzu einen Umsetzungsvorschlag zu erarbeiten. Der Gruppe gehörten Experten aus folgenden Institutionen an (Abbildung 6):

**Abbildung 6:**



<sup>7</sup> Weltgesundheitsorganisation (2004): Which are the known causes and consequences of obesity, and how can it be prevented? Zusammenfassung der Studie von: Östman J, Britton M, Jonsson E, eds. Treating and preventing obesity: an evidence based review. The Swedish Council of Technology Assessment in Health Care (SBU). Weinheim, Wiley-VCH, 2004.

## **6. Handlungsempfehlung**

Die Arbeitsgruppe legte der Kommunalen Gesundheitskonferenz in ihrer Sitzung am 26. November 2003 die folgende Handlungsempfehlung vor, welche die Konzeption für das Angebot „Schwer*Mobil*“ beinhaltet. Das oberste Ziel des Projektes ist es, die psychosozialen und körperlichen Gesundheitsressourcen von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu stärken und zu verbessern.

Beschlussvorlage für die Kommunale Gesundheitskonferenz am 28.11.2003

Anlagen:

1. Konzeption für das Angebot SchwerWohil (Fördergruppen)
2. Jahresprogramm SchwerWohil
3. Finanzierungsplan

#### 1. Hintergrund:

Angeregt durch die steigende Zahl von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen und die verstärkte Nachfrage nach einem sinnvollen Kursangebot zur Adipositasprävention will die Sportjugend Bielefeld in Kooperation mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz und weiteren Partnern ein Angebot für diese Zielgruppe in Bielefeld machen.

In Deutschland sind laut Landesgesundheitsbericht 2002 des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 10,6 % der Jungen und 11,4 % der Mädchen unter elf Jahren übergewichtig. Neuere Untersuchungen nennen gar Zahlen bis zu 30 %. Die Universität Bielefeld kommt in einer neuen Untersuchung bei Grundschülerinnen zu dem Ergebnis, dass das Problem „Übergewicht“ mit Eintritt in die Schule sich vervielfacht. Die daraus resultierenden Folgekrankheiten und Folgekosten werden in spätestens 10 Jahren die Gesellschaft belasten.

Wenn Kinder und Jugendliche „aus den Fugen geraten“ und an Übergewicht leiden, sind nicht selten die Lebensgewohnheiten der Familien die auslösende Ursache. Mangelnde Bewegung, eine geringe körperliche Wahrnehmungsfähigkeit, eine ungesunde Ernährungsweise und der Missbrauch des Essens als Erziehungsmittel sind begünstigende Faktoren für die Entstehung von Übergewicht im Kindesalter. Die Erfahrungen zeigen, dass es nicht sinnvoll ist, betroffene Kinder und Jugendliche mit einem straffen Diätprogramm zur Gewichtsabnahme zu bringen oder ihre Familien belehrend zu einer gesünderen Lebensweise zu ermahnen. Solche Maßnahmen weisen allenfalls einen kurzfristigen Erfolg auf.

Dem Konzept „SchwerWohil“ (s. Anlage 1) liegt eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Problematik zu Grunde. Nicht allein die Betrachtung und/oder Umstellung der Essgewohnheiten rückt in den Blickpunkt, sondern auch das Kind/Jugendliche in seiner Körperlichkeit und seinen Bewegungsgewohnheiten. Ziel ist, für eingefahrene Abläufe und Verhaltensmuster im Alltag zu sensibilisieren und Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern in der Suche, im Entdecken und Ausprobieren neuer Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten zu unterstützen.

Dieses Angebot versteht sich ausschließlich als präventive Maßnahme, deren Ziel es ist, Kinder, Jugendliche und Eltern in verschiedenen Lernbereichen kreativ und aktiv zu unterstützen und gemeinsam neue Wege zu entdecken.

## 2. Ziele der Maßnahme / des Projektes SchwerMobil:

Oberziel:

Gesundheitsziel „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Grundlegende Zielsetzung des Angebotes ist es, die psychosozialen und körperlichen Gesundheitsressourcen von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien zu stärken und zu verbessern. Die Kinder und Jugendlichen sollen Spaß und Erfolge in der Bewegung erleben und darüber eine langfristige Motivation für regelmäßiges Sporttreiben und Sich Bewegen aufbauen. Durch das Stärken der Kinder und Jugendlichen auf der motorischen Ebene soll auch eine Stärkung auf der Persönlichkeitsebene erreicht werden.

Damit verbunden sollte eine bewusste Ernährung und Bewegung als gesunde und lebensverlängernde Maßnahme für ein selbstbestimmtes, zufriedenstellendes Leben wahrgenommen und angenommen werden. Diese Zielsetzung bezieht sich sowohl auf die Kinder/Jugendlichen als auch deren Eltern.

Teilziele:

### Projektziele für Kinder und Jugendliche

#### *In der Ernährung*

- Bewusstwerden des eigenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens
- Förderung des Geschmackserlebens und Kennen lernen der Nahrungsmittelf Vielfalt
- Erfahrung von kindgerecht vermittelten Grundlagen zu einer gesunden Ernährungsweise
- Zusammenhänge erkennen lernen zwischen gesunder Ernährungsweise und körperlichen Funktionsabläufen
- Hilfen entwickeln zum Lösen von Ernährungskonflikten (z.B. durch Rollenspiel)
- Förderung der Körperwahrnehmung und Genussförderung (wenn ein Kind gelernt hat seine Körpersignale wahrzunehmen und angemessen beantworten, wird es Probleme seltener mit dem Essen zu lösen versuchen)

#### *In der Bewegung*

- Vermittlung von Freude an der Bewegung
- Ermöglichung von vielfältiger Körpererfahrungen
- Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität
- Förderung des Selbstwertgefühls und Stärkung der Selbstsicherheit
- Finden und Verwirklichen eigener Ziele

### Projektziele für Eltern:

- Bewusstmachen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in der eigenen Familie
- Grundlagen einer gesunden Ernährungsweise kennen lernen

- Erkennen der Zusammenhänge zwischen Ernährungsverhalten und körperlichen Funktionsabläufen
- Stärkung der Entscheidungsfähigkeit bei der Auswahl von Nahrungsmitteln
- Erkennen der Bedeutung vielseitiger Körpererfahrungen und bewusster Körperwahrnehmung für die Entwicklung des Kindes
- Erkennen der Bedeutung von regelmäßiger Bewegung, Spiel und Sport für eine gesunde Entwicklung des Kindes
- Wahrnehmung und Realisierung eigener Ziele (Einarbeitung kreativer Ideen zur Eigenmotivation)
- Finden neuer Wege des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im familiären Alltag
- Integration und Verankerung eines veränderten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens im Alltag

### 3. Maßnahmebeschreibung:

Das Projekt zur Adipositasprävention SchwerWoh! wird zunächst modellhaft in einem Bielefelder Stadtteil, und zwar in Gadderbaum durchgeführt. Der Zeitrahmen umfasst ein Jahr; der Beginn des Projektes ist für Februar 2004 geplant.

Aus dem Stadtteil Gadderbaum beteiligen sich vier Schulen (mit vier Schultypen) an dem Projekt: die Martinschule (Grundschule), die Bodelschwingh-Realschule und das Bodelschwingh-Gymnasium sowie die Mamre-Patmos-Schule (Schule für lern-, geistig- und körperlich behinderte Kinder).

Das Angebot richtet sich schulübergreifend an übergewichtige Kinder, Jugendliche und deren Eltern. Die einzelnen Schulen können auf Wunsch ihren Bedarf an Unterstützung in der Unterrichtsgestaltung für alle SchülerInnen zu den Themen Ernährung und Bewegung sowie den Beratungsbedarf für die Eltern individuell mit den Projektträgern vereinbaren.

Das Angebot umfasst:

- Ernährungs- und Bewegungsschulung in Fördergruppen für Kinder und Jugendliche
- Elternseminare zu den Themen Ernährung und Bewegung
- individuelle Ernährungsberatung für die Familien

Auf Anfrage

:

- Lehrer- und Lehrerinnenfortbildung
- Begleitung im Unterricht
- Vermittlung von Unterrichtsmaterialien zu beiden Themenkomplexen

Träger des Projektes sind:

- Kommunale Gesundheitskonferenz
- Sportjugend Bielefeld
- Barmer Ersatzkasse Bielefeld

Kooperationspartner:

- Gadderbaumer Turnverein als Träger der Bewegungsangebote
- Schulen im Stadtteil Gadderbaum (Martinschule, Bodelschwingh-Realschule, Bodelschwingh-Gymnasium, Mamre-Patmos-Schule)
- Kinderarztpraxis Dr. Müller u.a. in Gadderbaum
- OPUS-Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (im Schulamt)
- Kassenärztliche Vereinigung WL, Kooperationsstelle
- Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt Stadt Bielefeld

Finanziert wird das Projekt durch:

- Bielefelder Bürgerstiftung
- Barmer Ersatzkasse Bielefeld
- Kommunale Gesundheitskonferenz

#### 4. Auswertung und Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation wird mit Unterstützung der Universität Bielefeld, durchgeführt. Eine Evaluation des gesamten regionalen Angebotes zur Adipositasprävention und -therapie ist von Frau Prof. Brand, Fachhochschule für Sozialwesen in Bielefeld geplant.

Für die Projektträger sind folgende Rückmeldungen zur Erfolgsanalyse von Bedeutung:

- der Übungsleitung der Fördergruppen an die Kinder, Jugendlichen, die Eltern und an die Schulen über die erreichten Fortschritte und ihre Entwicklung
- der Schulen an die Übungsleitung über Fortschritte und Entwicklungen der Kinder/Jugendlichen
- der Kinder/Jugendlichen an die Übungsleitung über ihre Zufriedenheit durch mündliche/schriftliche Abfrage (Bilder-Tagebuch, Hat Spaß gemacht/ Weniger Spaß gemacht/ Keinen Spaß gemacht, Ich habe Neues ausprobiert z.B. ...Das konnte ich vorher noch nicht z.B. ...)
- der Eltern an Übungsleitung über die Zufriedenheit der Eltern (mündliche Rückmeldung/Fragebogen) Hat meinem Kind Spaß gemacht, es motiviert..., Das hat mein Kind vorher nicht gekonnt ..., Mein Kind hat größeres/gleiches/weniger Zutrauen zu sich selbst als vorher, Mein Kind hat sich darin ... entwickelt, Mein Kind hat sich im Verhalten dabei ... verändert.

## 5. Koordination des Projektes:

Die Koordination der Maßnahme übernimmt die Arbeitsgruppe „Adipositasprävention“, unterstützt von der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Sportjugend Bielefeld.

## 6. Ergebnisberichte:

Nach der Projektlaufzeit wird der Kommunalen Gesundheitskonferenz ein Abschlussbericht auf der Grundlage der Evaluation vorgelegt. Zwischenberichte über den Verlauf des Projektes werden zu den Sitzungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz gegeben.

## 7. Erwartetes Ergebnis:

### Für den Bereich Bewegung:

Es wird erwartet, dass übergewichtige Kinder und Jugendliche motiviert werden können, sich mehr zu bewegen durch:

- Integration von Bewegung in den Alltag
- Fortführung einer im Projektrahmen kennen gelerntem oder neu belebten Sportart

Indikatoren zur Erfolgsmessung:

- Befragung
- Anmeldung in einem Sportverein / in einer Bewegungsgruppe

### Für den Bereich Ernährung:

Es wird erwartet, dass übergewichtige Kinder und Jugendliche aus den Fördergruppen wie auch ggf. die Schüler/innen einzelner Klassen nach dem Projekt mehr Grundwissen über Ernährung haben und durch praktische Anwendung vertrauter sind mit gesunder Ernährung.

Indikatoren zur Erfolgsmessung:

- Befragung
- Etablierung von neuen Unterrichtseinheiten zu Ernährung

# SchwerMobil

## **Konzeption eines speziellen Angebotes aus „Bewegung, Spiel und Sport“ und „Gesundheits- und Ernährungsberatung“ für übergewichtige Kinder und Jugendliche**

(erarbeitet von G. Ebeling, D. Lehnhoefer, A. Thon, C. Petzold mit Unterstützung der AG „Adipositasprävention“)

### **Konzeption für die Fördergruppenarbeit**

#### **Inhalte des Bewegungsangebotes SchwerMobil**

##### *Allgemeine Übungen, Spiele und kindgemäße Wissensvermittlung*

- zum Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls und Körperbildes und zum Aufbau von Bewältigungsstrategien
- zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und zur sensomotorischen Wahrnehmung
- zum Abbau von psychologischen und physiologischen Bewegungshemmungen
- zur Verbesserung der Koordination und Kommunikation
- zur Stärkung psycho-sozialer Fähigkeiten und der Persönlichkeit
- zur Stärkung des Haltungsaufbaus, der Ausdauer und der Ganzkörperkraft
- zur Förderung von Beweglichkeit und der Geschicklichkeit

Ermöglichen vielfältiger Bewegungserfahrungen über das Bauen von Bewegungslandschaften mit Turnhallengeräten

- Balancieren, Hängen/Hangeln, Klettern/Steigen, Wälzen/Rollen, Rutschen
- Stützen/Stützsprünge, Schaukeln/Schwingen
- Ziehen/Schieben, Heben/Tragen, Raufen/Ringen
- Rollen, Rutschen, Fahren, Gleiten

Förderung der Körperwahrnehmung durch Spiele und Übungen

- Auditive Wahrnehmung
- Taktile Wahrnehmung
- Kinästhetische Wahrnehmung (Bewegungsempfindung)
- Visuelle Wahrnehmung
- Vestibuläre Wahrnehmung (Gleichgewicht)

Förderung motorischer Grundfertigkeiten über Spiele, Übungen und Bewegungslandschaften

- Kraft
- Beweglichkeit
- Ausdauer

Förderung ~~koordinativer~~ Grundfertigkeiten über Spiele, den Einsatz von Kleingeräten und Alltagsmaterialien sowie Bewegungs- und Gerätelandschaften

- Gleichgewicht
- Orientierung im Raum
- Anpassung an Geräte/Partner/Raum
- Augen-, Hand-, Körper- Hand, Körper – Fußkoordination
- Geschicklichkeit
- Reaktion
- Komplexe ~~koordinative~~ Leistungen (Bewegungsverbindungen)

Förderung des Sozialverhaltens durch spezielle Spiele / Übungen und ~~situative~~ Steuerung

- Belastbarkeit, Durchhaltevermögen
- Selbstsicherheit, Selbständigkeit
- Kontaktfähigkeit
- Kooperationsfähigkeit
- Konfliktverhalten/Durchsetzungsfähigkeit
- Einfühlungsvermögen

Förderung des emotionalen / ~~motivationalen~~ Verhaltens durch ~~situative~~ Steuerung und Motivation / Verstärkung Einzelner

- Selbstkonzept: Leistungseinschätzung, Erfolgs- und Misserfolgserwartung, Selbstsicherheit
- Motivation: Interesse, Einstellung, Neugier, Antrieb, Ausdauer
- Gefühle: Frustrationstoleranz, Stimmungen, Einstellungen, Stabilität, Selbst-, Fremdwahrnehmung

## **Inhalte der Ernährungsschulung Schwer/Mobil**

Die Kinder sollen Essen als bewusste, lustvolle, vollwertige und lebensnotwendige Nahrungsaufnahme erfahren und selbstverantwortlich bestimmen und genießen können.

Durch:

1. Wahrnehmungsschulung
2. Wissensaneignung
3. Verhaltenstraining
4. Praxis- und genussorientierte Umsetzung

zu 1. Wahrnehmungsschulung

- Naturbelassene Produkte wie Obst, Gemüse, Nüsse, Getreidekörner (wieder) „schmecken“ lernen
- Unterschiedliches Geschmacksempfinden beschreiben und sich darüber austauschen
- Geschmacksunterschiede zwischen frischen und Fertigprodukten empfinden
- Hunger / Sattsein empfinden
- Eigenes Ernährungsverhalten reflektieren

zu 2. Wissensaneignung

- Verschiedene Nahrungsmittelgruppenkennnen lernen (Ernährungskreis oder –pyramide)
- Bedeutung der Nährstoffe für die Funktionen des Körpers / Energiebilanz
- Anteil von Zucker bzw. „versteckten“ Fetten in „beliebten Schlickereien“, Snacks, speziellen „Kindergerichten“ und Fertiggerichten
- „gesunde“ Alternativen kennen lernen
- saisonale und lokale Nahrungsmittelangebote (auch in Hinblick auf den ökologischen Aspekt)
- Sinn und Unsinn von „Light“-Produkten
- Bedeutung der Mahlzeiten im Tagesablauf kennen lernen / Leistungsfähigkeit
- Gewicht / Übergewicht und Auswirkungen auf den Körper
- Essen und seine Funktionen:
  - als Nahrungsaufnahme
  - als kulturspezifische Nahrungsauswahl und -zubereitung
  - als soziales Ereignis (Familie, Feiern)
  - als Ersatzhandlung

### zu 3. Verhaltenstraining

- „Bewusstes“ Essen zu festgesetzten Mahlzeiten – auch geplanten Zwischenmahlzeiten
- Genießen lernen (Essgeschwindigkeit, Geschmack differenzieren, Atmosphäre schaffen)
- Essplatzgestaltung (Sets, Geschirr, Dekoration usw.)
- Konzentration auf das Essen (Ausschaltung anderer Tätigkeiten)
- Geschmackstraining (frischer, saisonaler Lebensmittel versus Fertiggerichte)
- Zubereitung vollwertiger Zwischen- und Hauptmahlzeiten
- Reflexion der täglichen Nahrungsaufnahme / Ernährungsprotokoll
- Stimmungen und Gefühle im Zusammenhang mit Essen reflektieren
- Alternativen zur Ersatzhandlung Essen kennen und anwenden lernen

### zu 4. Praxis- und genussorientierte Umsetzung

Punkte 1 – 3 werden in der Gruppe möglichst praxisnah vermittelt, d.h.:

- durch sinnliche Erfahrung (Sehen, Schmecken, Riechen, Fühlen)
- durch den Austausch eigener Alltagserfahrungen
- durch praktisches Ausprobieren (Kochen, Einkaufen, Probieren)
- durch „Tests“ der neu gelernten Möglichkeiten zu Hause
- durch gemeinsame Feiern

### **Angebote im Modellprojekt Bielefeld-Gaderbaum:**

- Offene Informationsveranstaltung für Kinder und ihre Eltern

Dieser Informationsnachmittag bzw. -abend (ca. 1,5 Std.) bietet allen interessierten Eltern und Kindern Gelegenheit, sich mit den Inhalten und dem Ablauf des Projektes vertraut zu machen. Nach einer gemeinsamen Runde werden Eltern und Kinder in 2 getrennten Gruppen informiert. Das Projekt wird für die Kinder in spielerischer Weise vorgestellt. Die Veranstaltung dient der Entscheidungsfindung und der Klärung von Fragen. Anschließend kann eine verbindliche Anmeldung erfolgen.

- Bewegungsangebote für Kinder mit Übergewicht

Die Bewegungsangebote finden wöchentlich für die Altersgruppen 6 – 8 Jahre und 9 – 12 Jahre in der Turnhalle statt. Ziel ist es, Bewegung und Sport wieder als positive Freizeitbeschäftigung zu erleben und in den „Familien – und Kinderalltag“ zu integrieren. Dafür ist es notwendig, den Leistungscharakter aus den Angeboten zu nehmen, der häufig im schulischen Sportunterricht und im Vereinssport besteht.

Die Kinder bekommen die Gelegenheit, vielseitige Körper- und Bewegungserfahrungen zu machen. Dabei soll Spaß und Freude an der eigenen Bewe-

gungs- und Körperausdrucksfähigkeit geweckt und gefördert werden. Das Bewegen mit „Gleichen“ motiviert und baut Hemmschwellen ab.

Mindestens für ein halbes Jahr erhalten die Kinder die Möglichkeit an einer der Bewegungsgruppen teilzunehmen. Die Teilnahme kann verlängert werden, Ziel bleibt jedoch, die Kinder wohnortnah in Sportvereine oder Bewegungsgruppen zu integrieren

- **Ernährungsseminare für Kinder / Jugendliche**

Das Thema „Ernährung“ wird in vielfältiger Weise, vorwiegend kreativ, an einigen Nachmittagen mit den Kindern/Jugendlichen erarbeitet. Grundlage ist eine gesunde, vollwertige Ernährungsweise, wobei aber auch der Aspekt des Genusses im Vordergrund stehen soll. Mit den Kindern/Jugendlichen werden wichtige körperliche Funktionsabläufe, die im Zusammenhang mit der Ernährung stehen, erarbeitet. Das Zubereiten von einfachen kleinen Zwischenmahlzeiten, das Herausfinden eigener Vorlieben und das Finden von Alternativen zu den herkömmlichen "Snacks" machen ebenfalls einen wichtigen Teil der Kurseinheiten aus.

- **Elternseminare**

In dieser Seminarreihe geht es darum, die häufig stressreichen und belastenden Situationen, die rund um das Thema Essen innerhalb der Familie entstehen können, zu entschärfen und neue, effektivere Handlungsmöglichkeiten zu entdecken und zu erproben. Die Elternseminare finden zu Beginn, während und zum Ende des Ernährungskurses für die Kinder und Jugendlichen statt. Der letzte Abend, nach Ablauf des Projektjahres, ist als Auswertungsabend und zum Entwickeln der weiteren Perspektiven gedacht. Die Eltern bzw. die Familien haben eine wichtige unterstützende Funktion für die am Projekt teilnehmenden Kinder/Jugendlichen.

Teil der Elternseminare ist die Vermittlung einer vollwertigen gesunden Ernährungsweise. Besonders berücksichtigt werden die Schwierigkeiten, die bei einer Ernährungsumstellung sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld auftreten können. Weiterer wichtiger Bestandteil der Elternarbeit ist das Einbeziehen regelmäßiger körperlicher Bewegung in den Familienalltag. Den Eltern wird die unterstützende Wirkung von Bewegung sowohl im Hinblick auf das körperliche Geschehen als auch auf die Psyche erläutert.

- **Ernährungsberatung für die Eltern ggf. mit ihren Kindern / Jugendlichen**

Die Eltern erhalten im Rahmen des Angebotes eine individuelle Ernährungsberatung als Einzelberatung, ggf. auch mit ihren Kindern (1 Stunde). In diesem Rahmen können ggf. Perspektiven für eine vertiefende Beratung und/oder therapeutische Begleitung der Kinder entwickelt werden.

---

### Konzept und Inhalte sind angelehnt an die Konzepte

- SchwerMobil

- Sportjugend NRW / LandesSportBund NRW
- „Wenn Kinder aus den Fugen geraten“  
Gesundheitszentrum des Marien - Hospitals in Wesel
- "Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen" I - IV  
Klaus Balster / Sportjugend NRW

#### Literatur:

„Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis“, Schwerpunktthema: Übergewicht und Adipositas, 4 / 2003, dgvt-Verlag

„Ein Handbuch für lebendiges Gesundheitslernen...“ Hrsg. Medusana-Stiftung, Schneider Verlag, Stuttgart 2002

„Modellprojekt Gesundheitsförderung“, Projektabschlussbericht, Hrsg. C. Petzold, Bielefeld 1999

„Ernährung und Gesundheit“, Materialien für die Grundschule, Hrsg. BZgA, Ernst Klett Schulbuchverlag, Stuttgart 1998

„Leben und arbeiten“, Lernbereich Technik/Wirtschaft, Fach Haushaltslehre, H. Begemann, A. Thon u.a., Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1986

[www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de)

[www.kids-ernaehrung.de](http://www.kids-ernaehrung.de)

Anlage 2

## Jahresprogramm Schwerföbil (Zeitplan)

### der Sportjugend Bielefeld, des Gadderbaumer Turnvereins und der Barmer Ersatzkasse Bielefeld

Das Spiel- und Sportangebot soll ein Jahr lang (abzüglich der Ferien sowie der Ernährungsseminare) an ca.35 Wochenterminen durchgeführt wird.

Ziele ( siehe auch Ziele und Inhalte des Projektes )

- Vermittlung von Freude und Spaß an der Bewegung
- Wiederentdecken und Entwickeln des Körperbewusstseins
- Steigerung des Selbstwertgefühls und Selbstbewusstsein
- Leistungsverbesserung sowohl im Bereich der koordinativen Fähigkeiten als auch der sportmotorischen Fertigkeiten und Fähigkeiten im Ausdauerbereich
- Vermittlung von Spielkompetenz
- Hinführung zum „Lifetimesport“
- Unterstützung der Körpergewichtsreduktion und –konstanz

Schwerpunkte:

- Freude an der Bewegung
- Körpergefühl
- Verbesserung der Grundlagen motorischer Hauptbeanspruchung (Koordination, Flexibilität, Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit)
- Gruppengefühl
- Motivationsschulung – Durchhaltevermögen
- Leistungsvergleich

Programm

#### 1. „Einstiegs- und Kennenlernphase“

ca. 1. bis 6. Treffen

- Kennenlernen der TeilnehmerInnen „*Wer ist wer*“
- Kennenlernen der Umgebung „*Wo ist was*“
- Kennenlernen der Fähigkeiten „*Wer kann was*“
- Bildung einer Gemeinschaft „*Was können wir gemeinsam*“
- Anfreunden mit dem Sport

Wesentliche Elemente dieser Phase sind der Aufbau und die Erweiterung der Stärken der Kinder und Jugendlichen, die Vermittlung von Selbstbewusstsein und die Schulung der Eigenwahrnehmung.

In dieser Startphase geht es zunächst darum, Spaß an der Bewegung zu entdecken und zu versuchen, durch spielerische und vielfältige Angebote Zutrauen in vielleicht schon verschüttete eigene Fähigkeiten wieder zu finden. Sie beinhaltet attraktive Spiele, Aufbauten und Rahmenbedingungen, die einen hohen Aufforderungs-Charakter besitzen. Einführung eines Bewegungstagebuches.

## 2. „Aufbauphase“

ca. 7. bis 15. Treffen

- Vertiefung von Spaß und Freude an der Bewegung
- Aufbau von körperlichen Grundlagen im Sinne von Fitness und Ausdauer
- Vermittlung von Bewegungserfahrungen mit vielen positiven Erlebnissen und Schaffen von positiven eigenwirksamen Erfahrungsmöglichkeiten
- Aufbau der Sozialkontakte innerhalb der Gruppe

In dieser Phase geht es zum einen darum, die bisherigen Elemente mit positiven Erlebnissen zu verstärken und zum anderen körperlichen Grundlagen der Kinder/Jugendlichen gezielt mit Haltungs- und Ausdauerübungen zu fördern. Inhalte können auch sein: Bewegungslandschaften zu Themen, die die Kinder/Jugendlichen selbst auswählen. Neben Kooperations- und Teamspiele und –übungen zur Stärkung der Gruppe können auch von den Kindern/Jugendlichen selbst gewählte Stundeninhalte wichtig werden.

## 3. „Lern- und Übungsphase“

ca. 16. bis 28. Treffen

- Förderung von koordinativen Fähigkeiten
- Förderung von motorischen Fähigkeiten
- Haltungsschulung
- Schulung konditioneller Fähigkeiten

Gezieltes Üben und Lernen variiert mit spielerischen Stundenangeboten. Ansetzend an den Stärken und Interessen der Kinder/Jugendlichen werden verstärkt Übungen für Bewegungsabläufe und das Körpertraining eingesetzt. Wiederkehrende Trainings zum Aufbau konditioneller Fähigkeiten. Verstärkter Einsatz von Wahrnehmungsmethoden zur Steigerung des Körperbewusstseins. Neben breitensportlichen Inhalten gibt es auch erste sportartspezifische Übungen.

## 4. „Orientierungs- und Übergangsphase“

ca. 29. bis 35. Treffen

- Schulung sportspezifischer Fertigkeiten
- Vermittlung von Spielkompetenz
- Förderung individueller Begabungen
- Schulung konditioneller Fähigkeiten



➤ **Vorstellung und Vermittlung weiterführender Angebote**

In dieser Phase soll versucht werden, verstärkt das Bedürfnis nach selbständigem Sporttreiben zu wecken. Die individuelle Eigenorganisation (evtl. auch in Kleingruppen der TeilnehmerInnen) wird Thema. Lösungsversuche in der Gruppe unter Einbeziehung der Fortsetzung der Gruppe sind eventuell ebenso möglich. Die Möglichkeiten von freizeitsportlichen Aktivitäten im privaten Umfeld unter Einbeziehung von Familie und Freundeskreis sollen ausgelotet werden. Aktivität und Bewegung als „Lifestyle“ und Herausbildung als Teil der Identität der Kinder/Jugendlichen wird hier angestrebt. Der Blick über den Kurs hinaus beinhaltet auch das Kennenlernen von Sportarten, von anderen Vereinsgruppen und deren Übungsleitungen. Persönliche Kontakte sind hier besonders wichtig. Eventuell ist auch die Fortsetzung des Kurses möglich und sinnvoll.

## **7. Qualifikationen der Kursleitungen**

### **7.1 Qualifikationen der Kursleitungen Bewegung**

Für das Bewegungsangebot wurde eine Leitung mit einer den Anforderungen des Konzeptes entsprechenden Qualifikation in der sportlichen Kinder- und Jugendarbeit gesucht und gefunden.

#### **1. Kursleitung**

- Studentin der Erziehungswissenschaft Universität Bielefeld
- Übungsleiter - C – Lizenz „Breitensport“ des Deutschen Sportbundes (DSB)
- Übungsleiter – B – Lizenz „Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter“ des LandesSportBundes (LSB)
- Übungsleiter – R – Lizenz „Rehabilitation“ (DSB)
- Zusatzqualifikationen: Abenteuer- und Erlebnissport mit Kindern, Psychomotorik, Bewegungsförderung im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern, Kindertänze
- Mehrjährige Erfahrung als Übungsleiterin im Kinderturnen eines Sportvereines
- Mitarbeiterin im Lehrteam und Team „Bewegungsförderung für Kinder“ der Sportjugend Bielefeld

#### **2. Kursleitung**

- Student der Sportwissenschaft Universität Bielefeld mit Profil „Entwicklung in Jugend und Kindheit“; Zusatzkurs „Sportförderunterricht“
- Mitarbeiter im Team „Bewegungsförderung für Kinder“ der Sportjugend Bielefeld

### **7.2 Qualifikationen der Kursleitungen Ernährung**

- Diplom-Oecotrophologin (Hochschulstudium Universität Bonn)
- Zertifikat Ernährungsberaterin VDOE
- Fortbildungen zum Thema Kinder, Jugendliche und Ernährung: Familien mit Kindern in der Beratung (VDOE), Das Essen ist mein liebster Feind (VDOE), Essen „lernen“ (VDOE), Immer Zirkus ums Essen (BzGA Köln)
- 16-jährige Berufserfahrung als Ernährungsberaterin (im Kinder- und Jugendbereich mit Individueller Ernährungsberatung, Kursen an Familienbildungsstätte, Kindergärten- und Schulprojekten)

## **8. Evaluation**

Die Evaluation von *SchwerMobil*-Bielefeld wird durchgeführt, um zu sehen, ob die Zielsetzungen des Projektes wie oben unter 2.4. dargestellt, erreicht werden konnten. Die Evaluation findet im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele statt, um im Jahr 2007 zu erfassen, wie die Zielsetzungen von *SchwerMobil*-Bielefeld als Teilziele im Bielefelder Gesundheitsziele-Prozesses auch einen Beitrag zu deren Zielerreichung geleistet haben.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit.

Für die wissenschaftliche Begleitung von *SchwerMobil*-Bielefeld wird auf zwei Ebenen gesorgt:

- Die Projektergebnisse werden Frau Prof. Brand von der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Sozialwesen zur Verfügung gestellt, die eine Evaluation des gesamten regionalen Angebotes zur Adipositasprävention und –therapie plant
- Mit der wissenschaftlichen Begleitung des laufenden Projekts wurde Herr Wilm von der Firma ZIMD consulting & evaluation beauftragt.
- Die Entwicklung der Evaluationsinstrumente, die Koordination ihres Einsatzes, die Auswertung der Erhebungsdaten und die Ergebnisdarstellung wurden durch Herrn Cremer geleistet, der für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Stadt Bielefeld zuständig ist.

Um die Evaluation vorzubereiten und zwischen allen Beteiligten abzustimmen, wurde von ZIMD consulting & evaluation ein Evaluationsworkshop durchgeführt. Dabei konnten die Projektziele des Konzepts mit allen Projektbeteiligten - insbesondere den Durchführenden – durchgesprochen und z.T. neu formuliert werden. Die sich dabei ergebenden Abweichungen von den im Konzept beschriebenen Zielen entsprachen dem prozessualen Charakter des Projektes.

Im Anschluss des Evaluationsworkshops zeigte sich bei der Operationalisierung der Ziele, dass nicht alle Ziele durch den Einsatz von Dokumentations- oder Fragebögen überprüft werden konnten. Einige Ziele waren zu allgemein formuliert. Z.T. fehlte die Zeit zu ihrer Operationalisierung oder eine Überprüfung wurde als zu umfangreich eingeordnet. Die Überprüfung der Persönlichkeitsstärkung durch das Bewegungsangebot von *SchwerMobil*-Bielefeld wurde so komplett aus der Evaluation herausgenommen, da dies ein größeres Erhebungsdesign erfordert hätte.

Ein Blick auf vergleichbare Evaluationsinstrumente zeigte, dass insbesondere im Bereich Ernährung Ziele auf dem Workshop nicht durchgesprochen werden konnten. Hier wurde zusätzliche Fachliteratur hinzugezogen, um ein angemessenes und die Ziele abdeckendes Evaluationsinstrumentarium zusammenzustellen. Das Ergebnis wurde mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AfÖG) und ZIMD consulting & evaluation abgestimmt und leicht überarbeitet. Anzahl und der Umfang der Fragebögen wurden gekürzt.

Unnötige Datenproduktion sollte damit entsprechend Datenschutzgesetz NRW vermieden werden. Eine Übersicht der verschiedenen Erhebungsinstrumente befindet sich in Tabelle 1. Eine ausführliche Beschreibung der Erhebungsinstrumente befindet sich im Anhang (11.1 und 11.2). Im Folgenden werden der Fragebogenrücklauf und die Evaluationsergebnisse beschrieben. Die Evaluation umfasst die Ergebnisse des Projektes und den Projektprozess selbst.

**Tabelle 1: Überblick über die Evaluationsinstrumente**

<b>Instrument</b>	<b>zeitlich</b>	<b>inhaltlich (Stichworte)</b>
<b>Elternbogen</b>	Zu Beginn & Ende der Maßnahme	- Soziodemographie Kind/Eltern - Einschätzung Lebensqualität des Kindes bzgl. Gesundheit - Bewegungsaktivitäten - Ernährung (inkl. Frage aus NRW Gesundheitssurvey 2002) - Daten für BMI
<b>Kinderbogen (füllen die Kinder aus)</b>	Zu Beginn & Ende der Maßnahme	- Einschätzung Lebensqualität des Kindes bzgl. Gesundheit - Bewegungsaktivitäten - Ernährung (inkl. genormte Skala von Warschburger zu konkretem Essverhalten)
<b>Bewegungsbogen (füllt Übungsleiterin Sportjugend aus)</b>	Zu Beginn & Ende der Maßnahme	-Daten für BMI -Kondition/Bewegungsfähigkeit
<b>Übungsleiterinnenbogen</b>	11x während der Maßnahme	- Qualität der Übungsstunde (nach Beurteilungsbogen von Warschburger)
<b>Übungsstundenbogen Kinder</b>	11x während der Maßnahme	- Qualität der Übungsstunde (nach Beurteilungsbogen von Warschburger)
<b>Leitfadeninterview mit der Übungsleiterin</b>	Während der Maßnahme	- Organisation, Konzeption, eigene Rolle, Gruppe, Kontakt zu den Eltern, Anregungen zur Fortführung
<b>Ernährungsleiterinnenbogen</b>	12x während der Maßnahme	- Qualität der Übungsstunde (nach Beurteilungsbogen von Warschburger)
<b>Ernährungsstundenbogen Kinder</b>	12x während der Maßnahme	- Qualität der Übungsstunde (nach Beurteilungsbogen von Warschburger)
<b>Ernährungstagebuch Kinder</b>	Nach Bedarf / noch ungeklärt	- Bogen erklärt sich selbst
<b>Ernährung-Einzelberatungen (füllt Ernährungsberaterin aus)</b>	Insofern Interesse der Eltern	- Notizenbogen / qualitativ - Kinder & Eltern nehmen gemeinsam teil
<b>Leitfadeninterview mit der Ernährungskursleiterin</b>	Während der Maßnahme	- Organisation, Konzeption, eigene Rolle, Gruppe, Kontakt zu den Eltern, Anregungen zur Fortführung
<b>Erfahrungsbericht der Praktikantin während der Ernährungsstunde</b>	Während der Maßnahme	
<b>Schatzkiste / Buch Ernährungstipps</b>	am Ende der Maßnahme	- Qualitative Überprüfung der Wissensvermittlung - wird von den Kindern erstellt
<b>Telefoninterview mit ausgewählten Eltern</b>	nach Maßnahmeende	- Gefallen/Nicht-Gefallen des Projekts bei Eltern sowie Kindern, - Projekteffekte - Verbesserungsvorschläge
<b>Reflexionssitzung der AG Adipositasprävention</b>	nach Maßnahmeende	- Zufriedenheit mit den erreichten Ergebnissen - Empfehlungen zur Optimierung

Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

## 8.1 Fragebogenrücklauf

Insgesamt wurden weniger Fragebögen ausgefüllt als erwartet (s.u.). Dies hat unterschiedliche Gründe. Da die Dokumentationsdichte zum Ende des Angebots deutlich abnahm, konnte

für die Ergebnisevaluation kein Vorher-Nachher-Vergleich durchgeführt werden (vgl. Tabelle 2 und 4).

### 8.1.1. Rücklauf Ergebnisevaluation

Zu Projektbeginn wurden lediglich von drei Eltern Fragebögen ausgefüllt. Erwartet wurde, dass von allen 16 Kindern zu Beginn auch Elternbögen vorliegen. Die Mitnahme des Fragebogens durch die Kinder und Jugendlichen (im Umschlag mit Anschreiben und Rückschlag) erwies sich als ungeeigneter Weg, die Eltern in die Evaluation einzubinden. Ein Elternabend, der u.a. auch an den Elternfragebogen erinnern sollte, fiel mangels Teilnahme von Eltern aus. Aufgrund der schrumpfenden Beteiligung wurde nach den Sommerferien nochmals ein Elternfragebogen verschickt, es kam aber nur zu zwei Rückmeldungen. Zum Projektende beteiligte sich nur noch ein Elternpaar an der schriftlichen Befragung, obwohl bei den Telefoninterviews - siehe unten - nochmals darum gebeten wurde, den Fragebogen auszufüllen.

Kinderbögen wurden zu Beginn des Projektes von sieben Kindern mit Unterstützung des GBE-Mitarbeiters und mit Hilfe der Übungsleiterin am Anfang einer Übungsstunde ausgefüllt. Der dafür erforderliche Zeitaufwand - insbesondere für die Unterstützung der jüngeren Kinder - und die Unruhe der sehr heterogen zusammengesetzten Gruppe, brachten den Ablaufplan für die Übungsstunde unter Zeitdruck. Ein nochmaliger Einsatz des Kinderbogens wurde nach den Sommerferien nicht erwogen, da ein großer Teil der Kinder nicht mehr erreichbar war, so dass kein sinnvoller Vergleich hätte angestellt werden können.

**Tabelle 2: Rücklauf Ergebnisevaluation**

	Projektbeginn	Projekthalbzeit*	Projektende
<b>Elternbogen</b>	3	2	1
<b>Kinderbogen</b>	7	Nicht durchgeführt	Nicht mehr durchgeführt
<b>Bewegungsbogen</b>	0	Nicht geplant	Nicht mehr durchgeführt
<b>Telefoninterviews mit Eltern</b>	Entf.	Entf.	3
<b>Reflexionssitzung der AG</b>	Entf.	Entf.	Teilnehmende: Sportjugend (o. Übungsleiterin), Gesundheitsamt (Geschäftsführung KGK und Sachbearbeiter GBE), Barmer (o. Ernährungskursleiterin), ZIMD consulting & evaluation

\*Ursprünglich nicht vorgesehen, aber wegen Gruppenschrumpfung nach den Sommerferien durchgeführt. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt.

Der Bewegungsbogen konnte nicht eingesetzt werden, da zu Beginn die Zusammensetzung der Gruppe sehr heterogen war, und die volle Aufmerksamkeit der Übungsleiterin erforderte.

Insgesamt gesehen, konnten von den geplanten Datenerhebungen für die Ergebnisevaluation nur sehr wenig realisiert werden. So fehlen insbesondere Erhebungen über Bewegungsaktivitäten oder für die Berechnung des BMI. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde von der Leitungsgruppe entschieden, zusätzlich Telefoninterviews mit ausgewählten Eltern durchzuführen. Von fünf geplanten Interviews konnten drei durchgeführt werden: Zwei mit Eltern, deren Kind bis zum Ende am Projekt teilnahm, eines mit Eltern, die nach der Sommerpause ihr Kind nicht mehr zu SchwerMobil-Bielefeld schickten. Ein Interview kam nicht zustande. Das fünfte Interview konnte wegen ungenügender Deutschkenntnisse der Mutter nicht zu Ende geführt werden.

### 8.1.2. Rücklauf Prozessevaluation

Das Problem des Teilnehmerrückgangs nach den Sommerferien, ist auch bei der Prozessevaluation zu erkennen. Bei der letzten dokumentierten Ernährungsstunde lag nur der Bogen eines Kindes vor (Tabelle 4). Insgesamt wurden jedoch 36 Bögen von 10 Kindern ausgefüllt. Von der Kursleiterin liegen 7 Bögen vor. Schwierig gestaltete sich die Evaluation der Bewegungsstunde. Die Unterschiedlichkeit der Gruppenzusammensetzung führte dazu, dass nur in der Anfangsphase evaluiert wurde. Es liegt nur ein Bogen der Übungsleiterin vor, 10 Bögen von 7 Kindern sowie ein von der Übungsleiterin erstelltes Ankreuzbild für die Kinder.

Sowohl der Bogen für die Ernährungsstunde als auch der Bogen für die Bewegungsstunde, den die Kinder jeweils ausfüllen sollten, konnte darüber hinaus insbesondere bei den jüngeren Teilnehmenden nur mit Unterstützung eines Erwachsenen ausgefüllt werden. Zwar wurde der Fragebogen kindgerecht angepasst, aber diese Anpassung war nicht genügend. Zudem war die Altersspanne der Gruppe mit 7 bis 13 Jahren sehr groß, so dass es unmöglich war, einen altersgerechten Fragebogen zu konstruieren. Erschwerend wirkte neben dem Beteiligungsrückgang der Kinder aber auch die eingeschränkte Evaluationsbereitschaft der Übungsleiterin.

**Tabelle 3: Rücklauf Prozessevaluation der Bewegungsstunde**

	Insg.	18.05.04	25.05.04	06.07.04
<b>Fragebögen Kinder</b>	10	3	Ankreuzbild für alle	7
<b>Fragebögen Übungsleiterin</b>	1			X

Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Die Ernährungstagebücher wurden zwar von einigen Kindern geführt, jedoch nicht zurückgegeben. Vertiefende Einzelgespräche zwischen der Ernährungskursleiterin und den Eltern fanden nicht statt. Das Interview mit der Ernährungskursleiterin konnte durchgeführt werden, mit der Übungsleiterin nicht. Die Evaluation beruht auf Freiwilligkeit, so dass es keinen Zwang zur Teilnahme an der Evaluation gab.

**Tabelle 4: Rücklauf Prozessevaluation der Ernährungsstunde**

	Insg.	16.03.04	23.03.04	11.05.04	01.06.04	22.06.04	13.07.04	21.09.04	09.11.04
Fragebögen Kinder	36	10	4	4	4	4	7	2	1
Fragebögen Ernährungs-kursleiterin	7	X	X	X	X	X	X		X

\*Ernährungstagebücher wurden nicht zurückgegeben. Gespräche zwischen der Ernährungskursleiterin und den Eltern fanden nicht statt. Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

## 8.2. Evaluationsergebnisse

Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse sind deskriptiv und beinhalten Aussagen, die nur für die Gruppe SchwerMobi-Bielefeld gelten.

### 8.2.1. Befunde der Ergebnisevaluation

Es werden hier nur die Daten des Kinderbogens ausgewertet, da die Zahl der Elternbögen sehr klein ist. Auch wenn die Kinderbögen nur für den Beginn des Projektes vorliegen, so erlauben sie immerhin einen Blick auf die Ausgangssituation der Teilnehmenden.

Die Frage nach der Lebensqualität „Bist du zur Zeit körperlich fit und gesund oder fühlst du dich krank? Wie ist also Deine Gesundheit?“, ergab einen Median von 2,0 (innerhalb des Antwortbereichs von 1 „sehr gut“ bis hin zu 5 „sehr schlecht“), d.h., dass die Kinder ihren körperlichen Zustand überwiegend als „eher gut“ bezeichneten. Die statistischen Werte von Varianz und Standardabweichung weisen auf eine breitere Streuung der Messwerte hin (Varianz 1,952, Standardabweichung 1,397), d.h., dass sich einige Kinder auch deutlich schlechter fühlten. Der Vergleich mit den Angaben der Eltern konnte, wie bereits beschrieben, nicht durchgeführt werden.

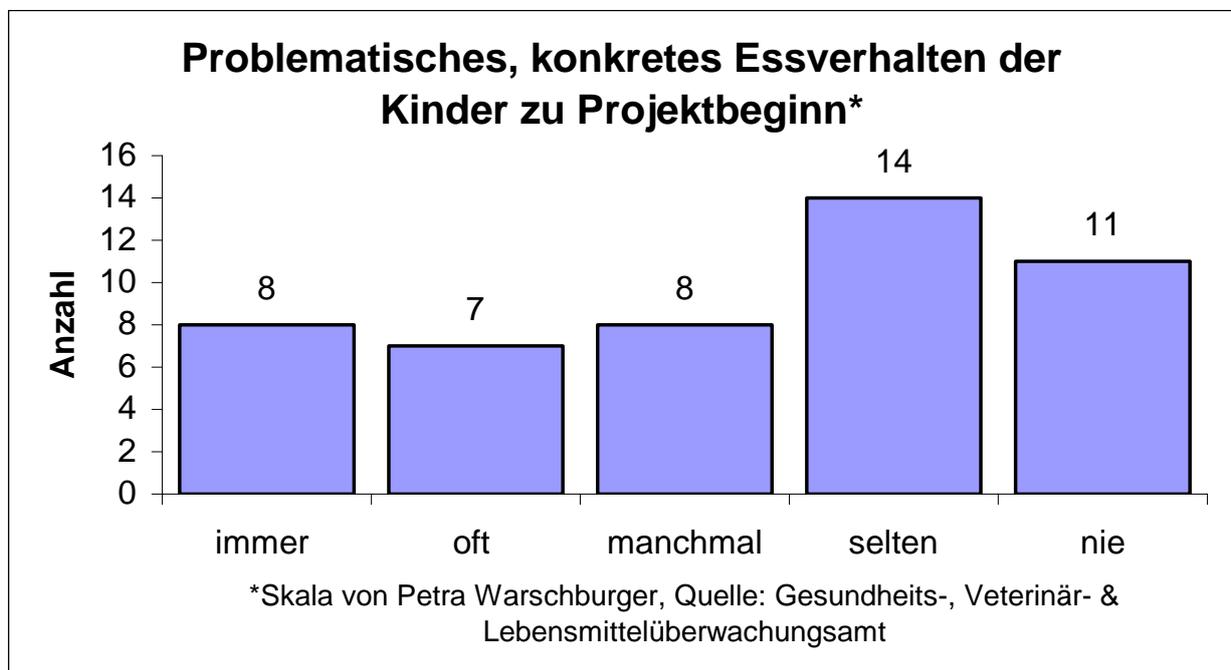
Die Frage, wie oft in der Woche Sport getrieben wird, wurde am häufigsten mit 2-4 Stunden beantwortet (42,9%, Median 2,0, Varianz 1,619 und Standardabweichung 1,272). Das Ergebnis liegt damit entgegen den Erwartungen eher im oberen Bereich körperlicher Aktivität.

Die Streuung der Messwerte ist kleiner als bei der Frage nach der gesundheitlichen Lebensqualität.

Der Vergleich der ersten beiden Frageergebnisse zueinander, zeigt, dass das Kind, welches sich am schlechtesten fühlte, auch am wenigsten Sport betrieb. Ein Umkehrschluss ist jedoch anhand der Messwerte nicht möglich. Ein Signifikanztest auf einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und sportlicher Aktivität ist aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl nicht möglich.

Die Frage nach gemeinsame Aktivitäten in der Familie (Fahrradtouren, Spaziergänge, Wanderungen, etc.) beantworteten 50% der Kinder mit ja und 50% mit nein. Von einem Kind lagen hierzu keine Aussagen vor. Unter den Kindern, die die Frage bejahten, ist es überwiegend das Fahrradfahren, das als gemeinsame Familienaktivität betrieben wurde, insbesondere im Sommer. Die Fragekonstruktion lässt jedoch vermuten, dass entsprechend den genannten Beispielen geantwortet wurde. Vergleicht man die Werte mit dem Ergebnis auf die Frage nach der Häufigkeit sportlicher Aktivitäten in der Woche, ergeben sich widersprechende Ergebnisse.

**Abbildung 6**



Bei der Frage nach den werktags üblicherweise eingenommenen Mahlzeiten gaben alle Kinder an, Frühstück, Mittagessen und Abendessen einzunehmen. Zusätzlich nahmen 42,9% der Kinder ein zweites Frühstück und 28,6% eine Zwischenmahlzeit zu sich. Diejenigen, die eine Zwischenmahlzeit einnahmen, nahmen auch ein zweites Frühstück ein, d.h.

28,6% der Kinder hatten 5 Mahlzeiten (oder mehr) am Tag. Welche Lebensmittelmengen etc. dabei jeweils verzehrt wurden, war in dieser Form nicht zu erheben. Aber das Ergebnis zeigt, dass der größere Anteil der Kinder nicht der Empfehlung von 5 kleineren Mahlzeiten pro Tag folgte. Überwiegend wurden drei Mahlzeiten (57,1%) eingenommen.

Im Familienverbund aßen die meisten Kinder 3 mal pro Woche (66,7%, Median 3,0, Varianz 14,267, Standardabweichung 3,777). Damit scheint geselliges Essen im Laufe der Woche eher die Ausnahme als die Regel zu sein. Am Wochenende wurde ebenfalls am häufigsten 3 mal zusammen gegessen (40%, Median 3,6, Varianz 2,300, Standardabweichung 1.517).

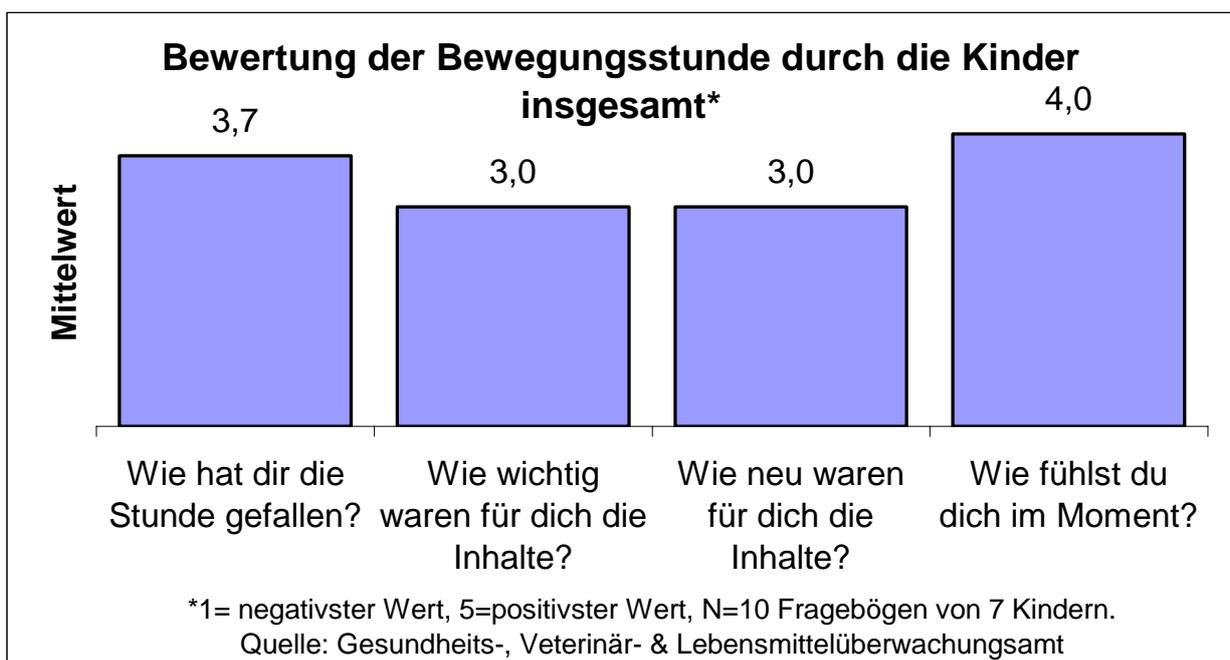
Die Antworten auf die Frage „Wie isst Du?“, der eine genormte Skala zum konkreten Essverhalten mit 9 Einzeltitems zugrunde liegt, ergaben, dass problematisches Essverhalten bei den Kindern überwiegend selten vorkommt (Abbildung 6). Auf einen Vergleich mit den Normwerten dieser Skala wurde aufgrund der kleinen Zahl verzichtet.

Obwohl das konkrete Essverhalten in der Summe unproblematisch war, ist hinsichtlich der Geselligkeit und Kommunikation beim Essen, dass nämlich überwiegend nicht im Familienverbund gegessen wurde, ein eher "negativ" zu wertender Befund vorhanden.

### 8.2.2. Ergebnisse der Prozessevaluation

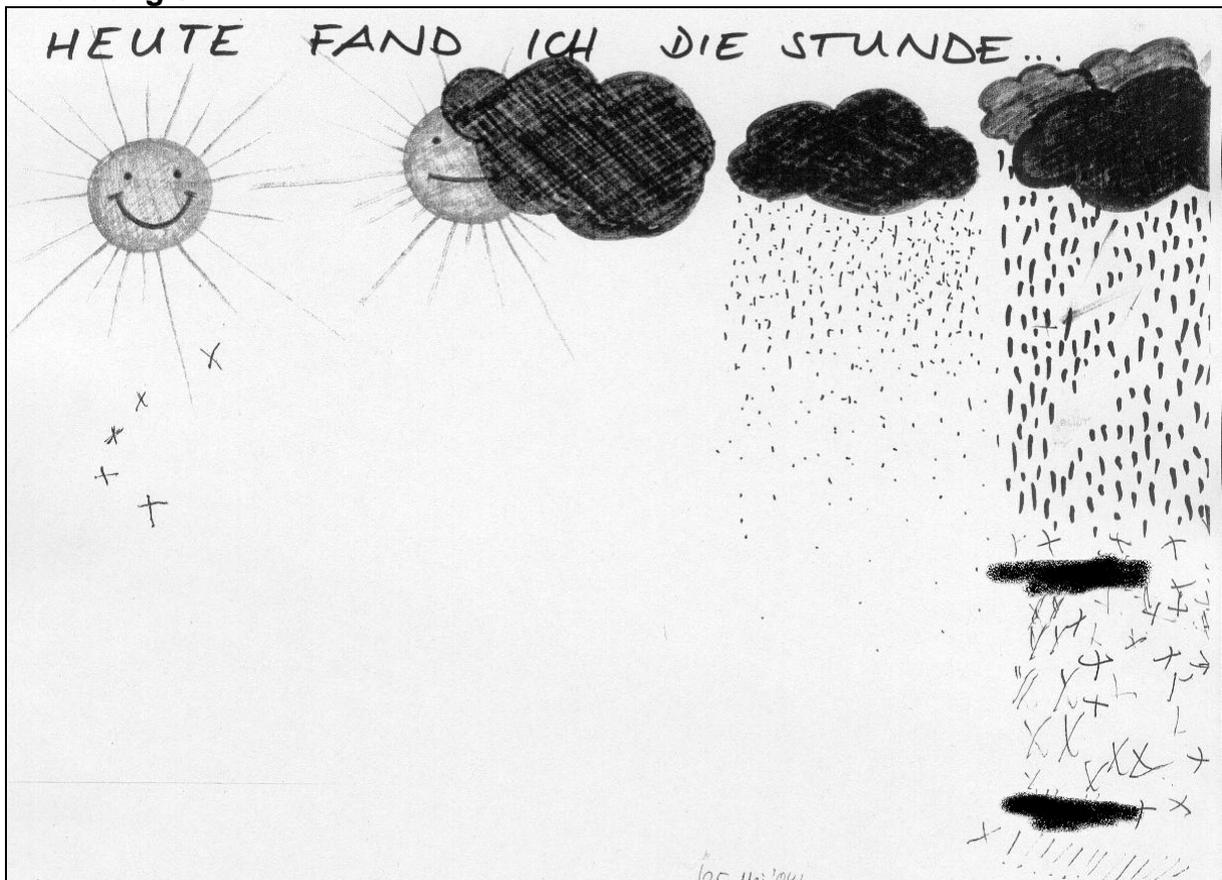
Aus den jeweils am Ende der Bewegungsstunde ausgefüllten Kinderfragebogen geht hervor, dass sich die Kinder überwiegend „ziemlich wohl“ fühlten (Abbildung 7). Die Stunde hat ihnen überwiegend auch „ziemlich gut gefallen“.

**Abbildung 7:**



Hingegen war sie für sie lediglich „etwas wichtig“ und waren auch die Inhalte nur etwas „neu“. Nach einer Bewegungsstunde wurde kein Fragebogen an die Kinder verteilt, sondern den Kindern wurde die Möglichkeit gegeben, auf einem Bild mit verschiedenen Wettersymbolen Kreuze zu platzieren. Dies machten sie offensichtlich mehrmals und bewerteten eine Bewegungsstunde im Mai 2004 deutlich negativ (Abbildung 8), was mit der heterogenen Zusammensetzung der Gruppe zu Beginn des Projektes zusammenhängen mag. Augenscheinlich machten sie sich dabei aber einen Spaß daraus, indem sie den Regen verlängerten und wie gesagt viel zu viele Kreuze platzierten. Insofern ist die qualitative Aussage des Bildes genau zu deuten.

**Abbildung 8:**



Quelle: Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Die Inhalte der Ernährungsstunde waren den Kindern ziemlich wichtig (3,9). Sie fühlten sich auch eher ziemlich wohl (3,6) und die Stunden gefielen ihnen überwiegend (3,5; Abbildung 9). Die Themen waren für sie jedoch nur teilweise neu. Bis auf die Antworten zur Frage nach der Wichtigkeit, waren die Wertungen der Kinder nach den Ernährungsstunden etwas weniger positiv als nach den Bewegungsstunden. Dies entspricht den Angaben der Eltern in den oben dargestellten Telefoninterviews. Dabei ist jedoch zu beachten, dass viel weniger Evaluationsbögen aus den Bewegungsstunden vorliegen.

Abbildung 9:

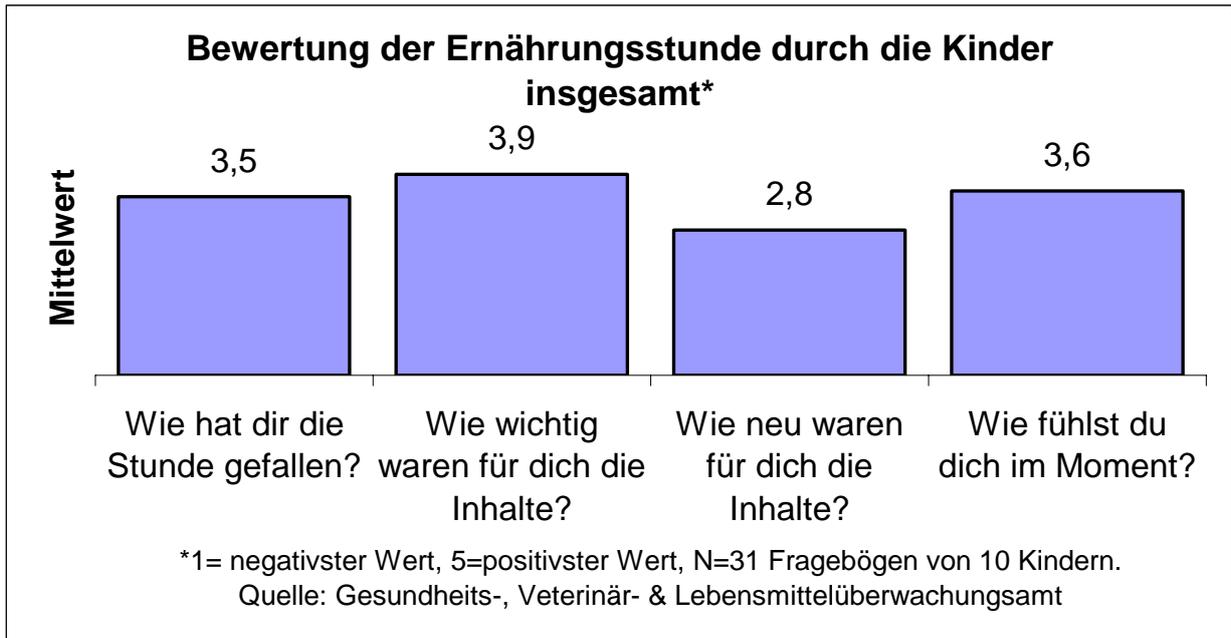
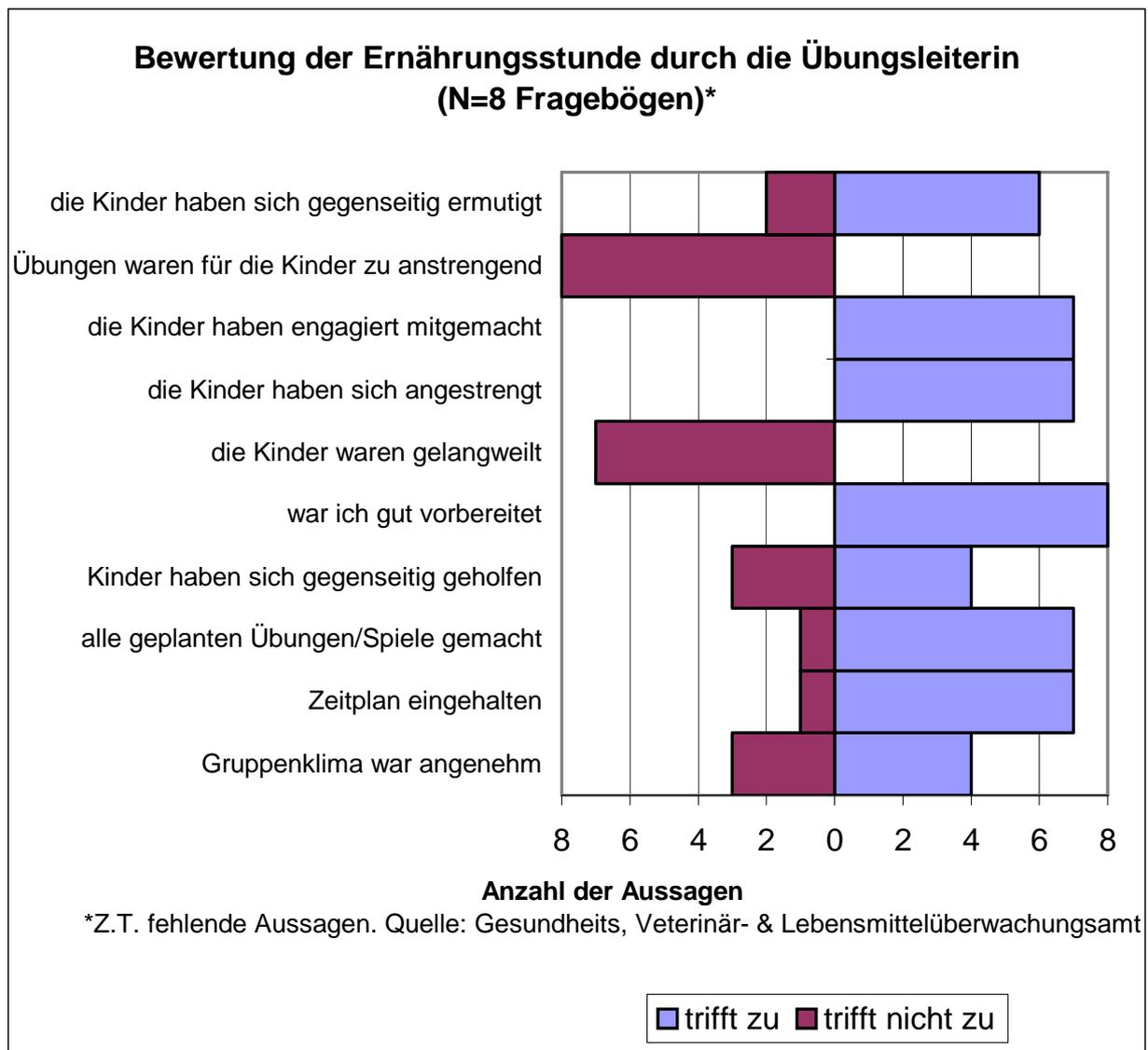


Abbildung 10:



Die Selbstbewertung der Leiterin des Ernährungskurses ergab ein insgesamt positives Bild der Kurse, wies aber auch einige Differenzierungen auf (Abbildung 10). Die Aspekte Gruppenklima und gegenseitige Hilfe wurden deutlich seltener als zutreffend gewertet als das Engagement, die Motivation, die Anstrengungsbereitschaft und die gegenseitigen Ermutigungen der Kinder. Die geplanten Übungen und Spiele konnten fast immer durchgeführt werden, die Übungen waren nicht zu anstrengend und die Vorbereitungen gut.

### **8.3. Interview mit der Ernährungskursleiterin**

Nach den Sommerferien ist SchwerMobil-Bielefeld in die zweite Halbzeit gegangen. Die Kursstunden wurden bisher mehrfach evaluiert. Im folgenden Leitfaden-Interview durch Frau Cassens hat Frau Schulz, die Kursleiterin der Ernährungsstunde, eine ausführlichere Rückmeldung und Einschätzung zu SchwerMobil-Bielefeld gegeben.

#### **Wie haben Sie sowohl die Organisation der praktischen Tätigkeit, als auch die Organisation mit und durch die Projektleitung erlebt?**

*Zur Organisation vor Ort lässt sich sagen, dass diese immer zufriedenstellend war. Absprachen mit dem Hausmeister der Schule habe ich selbst getätigt. Die Räumlichkeiten waren zugänglich und die Größe des Raums war für die Gruppe angemessen. Alle Materialien und die Küchenzeile waren nutzbar.*

*Terminabsprachen und Organisation mit der Projektleitung haben per e-Mail, Telefon und Anrufbeantworter gut geklappt.*

*Für mich war die Arbeit innerhalb eines solchen Projektes Neuland, da ich sonst für Träger arbeitete. Zusammen mit der Barmer sind wir relativ spät zu dem Projekt gestoßen, daher war der Informationsfluss zu Beginn etwas stockend und Zuständigkeiten mussten geklärt werden.*

#### **Wie sind Sie mit der Konzeption zurecht gekommen?**

*Ich habe die Kursstunden nach den Vorgaben des Projektes gestaltet. Nach meiner Einschätzung hat es sich als sinnvoll erwiesen, dass das Konzept Wahrnehmungsschulung und Verhaltenstraining beinhaltet. Jedoch bereitet der praktische Anteil der Nahrungszubereitung und was alles dazu gehört, den Kindern mehr Spaß als Wissensaneignung. Besonders, weil die Kinder unterschiedliche Vorkenntnisse haben, und manche Dinge schon aus der Schule bekannt sind. Die Tageszeit (welche) hat sich für die Durchführung der Stunde als problema-*

*tisch erwiesen. Nach einem Schultag sind die Kinder müde, und möchten nicht mit Dingen konfrontiert werden, mit denen sie in der Schule schon zu tun hatten. Bewegung oder auch praktische Arbeit ziehen sie dem Stillsitzen und Zuhören vor. Letzteres habe ich zwar spielerisch mit Handpuppe, Würfeln, Karten ziehen usw. gestaltet, mit dem „Selbst-Kochen-Dürfen“ waren die Kinder aber am meisten zu begeistern.*

*Daher sollte das Konzept den Schwerpunkt auf praktische Tätigkeiten setzen oder der Termin wegen den theoretischen Inhalten in die Vormittagsstunden verlegt werden.*

### **Wie haben Sie sich in der Rolle der Kursleitung erlebt?**

*Insgesamt sehr positiv habe ich erlebt, dass die Kinder das gemacht haben, was ich ihnen gesagt habe. Zwar gab es auch Störfaktoren, aber die Kinder haben ihre Aufgaben erfüllt. Es zeigt sich jedoch, dass die enorme Heterogenität der Gruppe, zu dem auch ein hyperaktives Kind gehört, eine Herausforderung dar stellt. Diese Faktoren machen die Arbeit mit der Gruppe manchmal schwierig, auch wenn insgesamt die Arbeit mit Kindern sehr angenehm ist und mir Spaß macht. Das Problem des extremen Störens spiegelt aber wohl die allgemeine Situation in Tagesstätten und Schulen wieder.*

*Nachdem ich die Stundengestaltung ausschließlich auf das gemeinsame Kochen ausgerichtet habe, waren die Kinder mit mehr Interesse dabei. Besonders gefreut hat es mich zu sehen, wie die Kinder das gemeinsame Essen an einem schön gedeckten Tisch genossen haben.*

*Der enge zeitliche Rahmen der Kursstunde (insgesamt 75 Minuten) für Vorbesprechung, gemeinsame Zubereitung, Essen, Aufräumen, Spülen und Ausfüllen der Evaluationsbögen stellte jedoch eine weitere Herausforderung dar.*

*Als angenehm erlebt habe ich, dass ich das mir vorgenommene Programm dennoch immer durchführen konnte. Eine große Unterstützung war für mich die Zusammenarbeit mit Ihnen.*

### **Wie beurteilen Sie die Gruppe im Hinblick auf die Projektziele?**

*Im Hinblick auf die Erreichung der Projektziele sind nur begrenzte Angaben möglich.*

*Das Vorwissen von den Kindern ist sehr unterschiedlich. Manche haben viele Erfahrungen mit gesunden Lebensmitteln und andere eher wenig. Ob auch zu Hause eine Verhaltensänderung eintritt, kann ich z. Zt. nicht beurteilen. Im Kurs selbst fiel auf, dass die Kinder sich auf die Gruppe einlassen. Rituale einhalten, gemeinsam am Tisch essen, inne halten und das Essen vor der Mahlzeit erschnuppern, probieren, auch wenn vorher gesagt wurde, dass sie es nicht mögen etc., wurde es gut angenommen. In wie weit das zu Hause weiter geführt wird, ist in der nächsten Projektphase zu behandeln. Ich bin sicher, dass durch das Tun in*

*der Gruppe die Dinge verinnerlicht werden und damit auch zu Hause weiter Anwendung finden. Das, was selbst getan und auch erspürt wird, wird am ehesten umgesetzt.*

*Das Ziel der Gewichtsstabilisierung/-reduktion ist sicherlich möglich, am besten unter der Voraussetzung, dass das Programm komplett in Anspruch genommen wird. Leider fehlt die Mitarbeit der Eltern. Es wurde noch keine Einzelberatung gewünscht und an dem Elternabend hat fast gar keine Beteiligung statt gefunden. Zwar ist die Gruppe für das eigene Erleben und Beobachten wichtig, aber ausschließlich über die Treffen in der Gruppe können Ziele nicht erreicht werden. Im Einzelgespräch könnten individuelle Probleme und Gewohnheiten in einem besonders geschützten Raum besprochen werden. Ein Elternabend bietet ideale Möglichkeiten zur allgemeinen Informationsvermittlung, für praktische Anregungen für den Alltag und ggf. auch Austausch der Eltern untereinander zu Lösungsmöglichkeiten von Problemstellungen.*

*Wenn die Eltern das Programm nicht in Anspruch nehmen, können Inhalte nicht in die Familien transportiert und umgesetzt werden. Damit ist eine Verhaltensveränderung in der Familie insgesamt deutlich erschwert.*

#### **Wie hat sich der Kontakt mit den Eltern der teilnehmenden Kinder dargestellt?**

Kontakt zu den Eltern hat vereinzelt statt gefunden. Eine Mutter war eher an meiner Arbeit an sich interessiert. Eine andere Mutter wollte konkrete Pläne für ihr Kind haben. Trotz meines Angebotes der Einzelberatung, wurde dieses nicht in Anspruch genommen. Auch außerhalb des Kurses gab es keine, z.B. telefonischen, Anfragen.

#### **Haben Sie Anregungen für eine erneute Durchführung dieses Projekte?**

*Es wäre zu überlegen, ob die Kursstunde verlängert werden könnte. Die Zeit ist insgesamt sehr knapp bemessen. Es können nur Gerichte gekocht werden, die sehr schnell zubereitet sind. Wenn 120 min. zur Verfügung stünden, könnte alles mit mehr Ruhe vorbereitet und besprochen werden. Auch für das Essen wäre mehr Zeit und das Aufräumen und Ausfüllen der Fragebögen könnte in einer angenehmeren Atmosphäre geschehen.*

*Wichtig wäre auf jeden Fall, die Eltern mehr einzubeziehen, weil das Programm von der ganzen Familie getragen werden muss, wenn es Wirkung zeigen soll.*

*Um die Eltern stärker zu fordern, sollten sie mehr Verpflichtung erfahren. Evtl. könnte dies durch einen höheren finanziellen Eigenanteil erreicht werden, der bei regelmäßiger Teilnahme erstattet wird.*

*Sehr positiv habe ich die Unterstützung durch Frau Cassens erfahren. Die Aufsicht und Betreuung kann individueller statt finden, und führt somit zu mehr Ruhe und Ausgewogenheit in der Gruppe.*

### **Möchten Sie noch ergänzend etwas zu dem Projekt sagen?**

Insgesamt möchte ich sagen, dass die Durchführung eines solchen Programms sehr wichtig ist. Auch wenn es eine Herausforderung ist mit Kindern zu arbeiten, die, wenn sie Essprobleme haben, auch häufig in einer schwierigen familiären Situation leben. Jedoch kann mit einfachen Dingen viel erreicht werden. Wenn z.B. gelernt wird, sich für das Essen Zeit zu nehmen, dann lässt sich schon viel verändern. Große Umkrepelungen sind oftmals gar nicht nötig. Besonders, weil in den Schulen häufig Unterricht gegeben wird, auf den aufgebaut werden kann.

### **8.4. Erfahrungsbericht der Praktikantin**

*Es ist Dienstag Nachmittag, halb zwei. Zusammen mit der Kursleiterin der Ernährungsstunde (Sabine Schulz) warte ich gespannt, wie viele Kinder heute kommen werden. Die Anwesenheit der Kinder war bisher in jeder Stunde sehr unterschiedlich.*

*Wir haben den Raum in der Martinschule schon soweit vorbereitet. Zunächst werden wir alle im Stuhlkreis zusammen sitzen und verschiedene Dinge besprechen, um später an der Kochzeile ein leckeres Gericht zu zaubern. Heute soll es Blitzpizza geben.*

*So langsam kommen die Kinder in den Raum. Manche werden von ihren Eltern gebracht, andere kommen alleine. Sie alle haben schon einen Schultag hinter sich und sehen teilweise recht müde aus. Ein Kind begrüßt uns mit den Worten: „Nur dass das klar ist: Ich bin nicht freiwillig hier!“ Ich bin gespannt, wie die Stunde heute wird.*

*Nachdem alle Kinder begrüßt worden sind und die ersten neugierigen Fragen gestellt und beantwortet wurden, setzten wir uns in den Stuhlkreis. Die Puppe Tobi ist heute wieder dabei. Mit Hilfe von Sabines Hand verwandelt sich die ansonsten leblose Puppe mit der großen roten Nase, in ein wachsaames und erklärungsfreudiges Kerlchen. Auch Tobi begrüßt die Kinder und versichert allen, wie sehr er sich über ihr zahlreiches Erscheinen freut (heute sind acht Kinder gekommen). In einem netten Gespräch findet er heraus, ob die Kinder schon mal gekocht, und wenn ja, was sie gekocht haben. Die Finger schnellen in die Höhe, manche Kinder reden auch so drauf los. Viele haben schon Erfahrung in der Küche.*

*Als nächstes holt Tobi aus seiner Tasche einige Gläschen hervor. Es soll nun darum gehen, an den Inhalten zu schnuppern und zu erraten, um welche Gewürze und Kräuter es sich handelt. Insgesamt sind die Kinder gut bei der Sache. Ein Kind mag nicht an dem Glas schnuppern, zwei weitere lenken die Aufmerksamkeit stark auf sich, indem sie sich gegenseitig zu Unfug anstiften.*

*Einige Kinder kennen die Gewürze: „Das steht auch bei uns im Garten..., wie heißt das noch...?“ und „Ja, das kenne ich. Das nehmen wir auch immer zum Kochen!“ sind häufig von mir gehörte Kommentare.*

*Die Zeit schreitet voran und die Kinder werden langsam immer unruhiger. Es wird Zeit, mit den Vorbereitungen an der Kochzeile zu beginnen.*

*Dafür teilen wir die Kinder in zwei Gruppen; vier Kinder zu Sabine, vier Kinder zu mir. Tobi sitzt auf dem Tisch und schaut uns zu. Sabine erklärt nun, was zu machen ist. Alle benötigten Utensilien liegen bereits parat. „Wer möchte Tomaten schneiden?“ fragt Sabine. Einige Kinder rufen „Ich!“ und zwei beginnen mit dem Messer zu arbeiten. Ich bin recht angespannt, denn „mein Kind“ ist nicht ganz bei der Sache – und so ein Messer ist schließlich gefährlich. Insgesamt erledigt der Junge seine Aufgabe gut, und wenn ich ihm erkläre, wie er was zu machen hat, ist er auch mit Eifer bei der Sache. Es läuft alles rund.*

*Nicht alle Kinder können gleichzeitig beschäftigt werden. Manche toben durch den Raum, malen an der Tafel oder ärgern sich gegenseitig.*

*Die nächsten Aufgaben müssen erledigt werden, und wir sind bemüht, dass alle Kinder einige Handgriffe für das Essen erledigen. Eines darf das Öl auf das Fladenbrot träufeln, eines die Tomaten und Zucchini darauf verteilen, ein weiteres schneidet die Kräuter klein und wieder ein anderes verrührt den Frischkäse zusammen mit den andern Zutaten. Alles klappt recht gut.*

*Als die Unruhe steigt, frage ich, wer denn schon mal mit mir den Tisch decken und die Servietten falten möchte. Zusammen mit vier Kindern gehe ich in den Raum, in dem wir heute essen werden. Dort steht schon das Geschirr und weitere Dinge, die wir benötigen. Zuerst wird der Tisch schön gedeckt. Ein Kind legt die lila Tischdecke auf, ein anderes verteilt die Teller und das Nächste stellt die Holzsonne mit den Teelichtern auf den Tisch. Dann setzen wir uns an einen anderen Tisch und ich zeige, wie wir die Servietten falten wollen. Die Kinder sind völlig ruhig und passen auf. Nachdem ich fertig bin, verteile ich die anderen Servietten und gebe den Kindern, die doch noch nicht so genau wissen, was sie machen sollen, Hilfestellung. Zwischendurch fliegt die Tür auf und ein Junge ruft: „Essen ist gleich fertig!“ Die Ergebnisse unserer Faltbemühungen werden auf den Tellern verteilt.*

*Wir gehen wieder zurück zu den anderen. Dort wird schon aufgeräumt und abgewaschen. Ich verteile wieder Aufgaben an die Kinder; „Du kannst mit abtrocknen und Du kannst die Sachen wieder weg räumen.“ Je später es wird, desto unruhiger werden die Kinder. Nachdem alles wieder sauber ist, gehe ich mit allen Kindern wieder zurück in den Essensraum. Alles tobt wild durcheinander, und ich habe Mühe, Ruhe einkehren zu lassen. Ich bitte alle Kinder schon mal an den Tisch, und nachdem es endlich wieder etwas stiller geworden ist, frage ich, was die Kinder in ihren Ferien machen werden. Alle sind erstaunlich ruhig als jeder der Reihe nach erzählen darf, wohin die Urlaubsreise gehen wird.*

*Als jedes Kind einmal an der Reihe war, kommt Sabine schon mit der Blitzpizza zur Tür herein. Sie schneidet sie in kleinere Stücke und die Kinder stellen sich der Reihe nach an, um eine Portion auf ihren Teller zu bekommen. Die ersten Sprüche werden laut. „Ich mag keine Tomaten!“, „Ich vertrage keine Zucchini!“, „Ich esse kein Gemüse“ und „Iiihhh, wie ekelig!“ klingen in unseren Ohren. Wir bleiben ruhig und Sabine sagt: „Probiert doch erst mal!“*

*Als jeder Teller bestückt ist, alle an ihrem Platz sitzen und die Kerzen brennen, sollen die Kinder die Augen schließen und mit der Nase an der Pizza schnuppern. Es riecht wirklich lecker!*

*„Guten Appetit! Und lasst es Euch schmecken!“*

*Während des Essens ist es angenehm ruhig. Die Kinder unterhalten sich in gemäßiger Lautstärke. Zwar müssen zwei Jungen unbedingt ein wenig stören, aber es hält sich in Grenzen. Ein paar Kinder fischen die Tomate vom Brot, andere essen alles auf – obwohl es vorher „Iiihhh!“ war. Es gibt Nachschlag für jeden der möchte, bis alles aufgegessen ist.*

*Die Zeit ist wie im Flug vergangen und die ersten Kinder drängen zum Aufbruch. Aber vorher muss noch der Fragebogen ausgefüllt werden. Leider klappt das nicht so reibungslos. Zwei Kinder kreuzen alle Felder an, die nur angekreuzt werden können; andere sind ungeduldig wenn wir ihre Kennnummer nicht sofort parat haben. Nach einigen Minuten haben wir es dann doch geschafft.*

*„Wir wünschen Euch schöne Ferien!“ können Frau Schulz und ich gerade noch sagen, da sind die Kinder auch schon zur Tür raus.*

*Heute brauchen wir ausnahmsweise mal nicht abwaschen. Die Hausmeisterin ist so freundlich, das für uns zu machen, weil der Raum mit den Abwaschbecken anderweitig gebraucht wird. Sabine und ich räumen auf, packen alles zusammen und tauschen unsere Gedanken und Gefühle zur Stunde aus. Insgesamt war es gut heute. Auch wenn es manchmal anstrengend ist – wie freuen uns auf das nächste Mal!*

## **8.5 Telefoninterviews mit den Eltern nach Projektende**

Zuletzt werden die Ergebnisse der Telefoninterviews dargestellt, die noch mal ein Teil der Ergebnisevaluation sind.

### **8.5.1. Zufriedenheit der Eltern**

Den interviewten Eltern hat SchwerMobil-Bielefeld überwiegend gut gefallen. Die „Beratung“ bzw. den „Vortrag“ sowie die Vorstellung der beteiligten Personen beim ersten Elternabend fanden die Eltern gut, auch wie auf die Fragen eingegangen wurde. Für einen kleinen Teil der Eltern war jedoch der Termin des Bewegungsangebotes nach den Sommerferien nicht mehr

zu halten, weil der Stundenplan des Kindes sich geändert hatte. Schwierig war auch das Einhalten der Mittagessenszeit und dann der Hin- und Rücktransport des Kindes zur Schule, an der das Bewegungsangebot durchgeführt wurde. Das war für die ein oder andere Person irgendwann „nicht mehr machbar“. Kritisiert wurde, dass die Gruppe anfangs sehr „schwierig“, mit Kindern mit Behinderungen, zusammengesetzt war. Andererseits fand das Verfolgen eines integrativen Ansatzes, wie es zu Anfang unter Einbezug der Kinder einer Sonderschule auch geplant war, Zustimmung. Kinder mit Behinderungen können „fittere“ Kinder als Anstoß gebrauchen. Das Bewegungsangebot stieß auf eine etwas positivere Resonanz als das Ernährungsangebot. Befürchtet wurde vereinzelt, dass der Projektname demotivierend wirken könnte.

### 8.5.2. Zufriedenheit der Kinder

Gegenüber ihren Eltern werteten Kinder das Bewegungsangebot überwiegend als hervorragend, „Turnen war Spitze“. Auch das Ernährungsangebot war „ganz gut“, nicht gemocht wurde jedoch bisweilen das ein oder andere Essen. Ein kleinerer Teil der Kinder war anfangs bei dem Bewegungsangebot dabei, dann ließ jedoch die Lust nach – z.B. weil man sich in der Gruppe nicht wohl fühlte. Eine Ernährungsstunde wurde auch schon mal als „blöd, da gab es nichts zu essen, wurde nur geredet“ oder als „zu theoretisch“ bezeichnet. So gut wie keinem Kind verging während der Laufzeit von *SchwerMobil-Bielefeld* sowohl die Lust am Ernährungs- als auch am Bewegungsangebot. Allgemein stand das Bewegungsangebot höher in der Gunst der Kinder als das Ernährungsangebot, ein Ergebnis, in dem sich die Elternbewertungen widerspiegeln.

### 8.5.3. Effekte bei den Kindern

Die Eltern berichteten überwiegend, dass durch *SchwerMobil-Bielefeld* hinsichtlich des Bewegungsverhaltens kein Effekt eingetreten ist. Lediglich vereinzelt wurde beobachtet, dass Kinder allgemein mehr Bewegungserfahrungen gemacht haben und diesbzgl. motivierter wirkten. Zum Teil gab es auch Kinder, die bewegungsmäßig bereits auf „einem hohen Level“ waren. Zusammenfassend kann skizzenhaft gesagt werden, dass nach Einschätzung der Eltern die Kinder in diesem einen Jahr in etwa „auf dem gleichen Level geblieben“ sind.

Ebenfalls hat sich nur sehr vereinzelt die Ernährung geändert: Überwiegen sagten die Eltern explizit, dass sie beim Ernährungsverhalten auch keine Veränderungen beobachtet haben.

### 8.5.4. Effekte in der Familie

Veränderungen in der Ernährung oder Bewegung innerhalb der Familien werden mit wenigen Ausnahmen nicht berichtet. „War sowieso schon Thema in der Familie“ (gemeint ist das Übergewicht), so eine exemplarische Aussage.

#### 8.5.5. Was den Eltern nicht so gut gefallen hat

Die Zeitplanung, insbesondere hinsichtlich der Bewegungsstunde, gefiel nicht. Es wurde auch angemerkt, dass die einzelne Bewegungsstunde zu kurz (ca. 1 Stunde einmal pro Woche) war und zu oft ausfiel.

#### 8.5.6. Was den Kindern nicht so gut gefallen hat

Das Ernährungs- und das Bewegungsangebot hat den Kindern überwiegend gut gefallen. Dabei wurde, wie bereits erwähnt, das Ernährungsangebot etwas weniger gut bewertet. Verunsicherung entstand durch das häufigere Ausfallen der Bewegungsstunde. Manchmal gefiel auch die „Kocherei“ nicht so.

#### 8.5.7. Anregungen zur Verbesserung von SchwerMobil-Bielefeld

Es wurde angeregt, dass Eltern und Kinder stärker zusammen einbezogen werden sollten und auch die psychosozialen Komponenten einen stärkeren Eingang finden könnten, um auf den „Hunger nach Sinn, nach etwas“ einzugehen und z.B. persönliche Erfahrungen mit Essensauffälligkeiten zu besprechen. Dieses Ergebnis steht etwas im Widerspruch zu dem anfänglich, auf einem Elternabend angebotenen Vorhaben, ein gemeinsames Fest zu veranstalten, das dann jedoch nicht angenommen wurde. Ferner wurde vorgeschlagen, nur ein Bewegungsangebot zu machen und später am Nachmittag zu beginnen. Für den Ernährungskurs wurde angeregt, das Essen auch mehr für das Auge anzurichten, z.B. mit Salat. Es wurde darüber hinaus darauf hingewiesen, dass für jüngere Kinder weniger Beratung im Stadtgebiet existiert als für ältere, insbesondere Ernährungsberatung.

#### 8.5.8. Mitgliedschaft im Sportverein

Hier zeigte sich nicht wirklich eine Zielerreichung ab. Ziel war es ja, Kinder an „life-time-sport“ heranzuführen, belegt durch die Mitgliedschaft im Verein. Die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich, da Kinder z.B. bereits zuvor Mitglied in einem Sportverein waren oder die Teilnahme an SchwerMobil-Bielefeld mit einer Vereinsmitgliedschaft verbunden war.

## 8.6 Resümee der Evaluationsergebnisse anhand der erwarteten Ergebnisse

In der Konzeption von *SchwerMobil*-Bielefeld wurden die folgenden Ergebnisse erwartet:

- Bewegungsbereich:
  - Integration von Bewegung in den Alltag
  - Fortführung einer im Projektrahmen kennen gelernter oder neu belebter Sportart
- Bereich Ernährung:
  - Mehr Grundwissen über Ernährung
  - Mehr Vertrautheit mit gesunder Ernährung

Konnten die erwarteten Ergebnisse erreicht werden? In der Zusammenschau der Evaluation zeigt sich, dass die erwarteten Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl nicht statistisch überprüft werden konnten. Wir können also nicht sagen, ob die teilgenommenen Kinder oder Jugendlichen durch *SchwerMobil*-Bielefeld mehr Bewegung in ihren Alltag integriert haben. Wir wissen nicht, ob eine bekannte Sportart neubelebt oder eine neu kennen gelernte Bewegungs- bzw. Sportart verfolgt wird. Wir können auch nicht beurteilen, ob sich das Grundwissen über Ernährung bei den Kindern vergrößert hat und eine größere Vertrautheit mit gesunder Ernährung existiert. Darüber hinaus konnten zentrale Angaben, die einen Vorher-Nachher-Vergleich erlaubt hätten, zum einen aufgrund mangelnder Rückmeldungen seitens der Eltern und der Leiterin des Bewegungsangebotes, zum anderen aufgrund des Teilnehmerückgangs, nicht erhoben werden. Unklar bleibt, ob sich das Bewegungsverhalten der Kinder und innerhalb der Familie durch *SchwerMobil*-Bielefeld verbessert hat. Wir wissen nicht, ob das familiäre Essen häufiger stattfindet und ob statt 3 auch 5 kleinere Mahlzeiten pro Tag eingenommen werden oder ob sich das unproblematische, konkrete Essverhalten noch mehr verbessert hat. Aussagen darüber, wie viele Kinder bzw. Jugendliche übergewichtig oder adipös waren, können nicht gemacht werden, weil zentrale Daten für die Berechnung des Body-Mass-Index zwar erhoben werden sollten, aber nicht erhoben wurden.

Wir wissen hingegen, dass die Kinder zu Beginn von *SchwerMobil*-Bielefeld hinsichtlich ihrer körperlichen Aktivitäten rege waren. Bewegungsaktivitäten innerhalb der Familie kamen hingegen etwas seltener vor. Hinsichtlich der Ernährung zeigte sich, dass die Kinder überwiegend nur 3 Mahlzeiten am Tag einnehmen, obwohl von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung 5 kleinere Mahlzeiten pro Tag empfohlen werden. Während der Woche findet geselliges Essen innerhalb der Familie nur 3 mal statt. Das konkrete Essverhalten der Kinder ist nicht auffällig. Die Prozessevaluation zeigt, dass beide Angebote eher gut bis sehr gut als schlecht gewertet wurden. Dabei besteht eine eindeutige Präferenz für das Bewegungsan-

gebot, wobei diesbezüglich festzuhalten ist, dass nur sehr wenige Evaluationsbögen von dem Bewegungsangebot vorliegen, und diese auch nur für die erste Projekthälfte.

Vor dem Hintergrund dessen, dass die medizinischen Dienste der Krankenkassen in verschiedenen Bundesländern keine verbindliche Empfehlungen zur Ausgestaltung von Schulungsprogrammen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche aussprechen können, weil gesicherte Studien fehlen, sollten die Evaluationsergebnisse nicht zu kritisch betrachtet werden. Anders als Evaluationen von niedrigkomplexen Interventionen wie z.B. Impfkampagnen, muss die Evaluation von Intervention bzw. Prävention (und auch Therapie) bei Übergewicht und Adipositas komplexere Fragestellungen verfolgen. So sehen auch die vorgenannten medizinischen Dienste großen Forschungsbedarf, „... und zwar für Grundlagenforschung, klinische Effekte (Wirksamkeitsnachweis, Nebenwirkungen) und Fragen der Versorgung (Indikationsstellung und Durchführung), wobei zwischen Interventionen zur Prävention oder Behandlung von Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern und/oder Jugendlichen zu unterscheiden wäre.“<sup>9</sup>

## **9. Ergebnisse der Reflexion – Empfehlungen für andere Projekte**

Im Folgenden sollen hier Aspekte zur Projektdurchführung von *SchwerMobil*-Bielefeld angeführt werden, die aus der Erfahrung der Planungsgruppe „Adipositasprävention“ eine Optimierung darstellen. Sie sind als Empfehlungen für „Nachahmerinnen und Nachahmer“ von *SchwerMobil*-Bielefeld zu verstehen bzw. würden bei einer Wiederholung des Projektes in Bielefeld Berücksichtigung finden. Es sind dies die Ergebnisse der Reflexionssitzung.

### **9.1. Zusammensetzung der Gruppe**

Als problematisch hat sich in der Praxis die enorme Heterogenität der Gruppe erwiesen. Die teilnehmenden Kinder waren von ihren Voraussetzungen, Fähigkeiten und Interessen sehr verschieden. Ursprünglich war eine zeitweise Teilung der Gruppe nach Altersgruppen in Sechs- bis Acht-Jährige und Neun- bis Zwölf-Jährige geplant. Dies würde eine bessere Ansprache ermöglichen. Darüber hinaus wird eine Trennung nach Geschlecht entweder generell bei der Bewegungsförderung oder zumindest bei bestimmten Kurseinheiten empfohlen, die geschlechtersensible Themen beinhalten – entweder in der theoretischen Auseinandersetzung oder bei praktischen Übungen. Dies konnte in Bielefeld jedoch aufgrund der geringen Gruppengröße nicht umgesetzt werden.

---

<sup>9</sup> T. Böhler et al. (2004): Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in: Gesundheitswesen, 66:748-753, Stuttgart, S. 752-753.

Zunächst war auch die Beteiligung der Mamre-Patmos-Schule (Schule für körperlich und geistig behinderte Kinder) vorgesehen, die sich mit den anderen Schulen des Bielefelder Stadtteils um die Teilnahme beworben hatte. Die Konzeption von *SchwerMobil*-Bielefeld ist für Kinder mit normalen geistigen und körperlichen Fähigkeiten angelegt, aber auf Wunsch der Schule sollte der Versuch gestartet werden, Kinder mit Behinderungen in den Kurs zu integrieren. Nach wenigen Terminen der Ernährungs- und Bewegungsschulung stellte sich allerdings heraus, dass die Kinder mit Behinderungen eine aufwendigere und fachlich qualifiziertere Betreuung benötigten als im vorhandenen Projektrahmen leistbar war. Um die Umsetzung des Angebotes nicht zu gefährden, wurde in der Planungsgruppe beschlossen, den Kurs ohne die Kinder dieser Schule fortzuführen. In der Evaluation wurde deutlich, dass der Versuch der Integration der behinderten Kinder in die hier konzipierte Kursform negative Auswirkungen hatte. Der Mamre-Patmos-Schule wurde das Angebot gemacht, bei der Umsetzung eines ähnlichen Konzeptes speziell für diese Schule beratend zur Verfügung zu stehen. Für beide Angebotsbereiche Bewegung und Ernährung ist ein speziell integratives Konzept erforderlich.

## **9.2. Zeitliche Gestaltung**

Die Kurszeiten wurden auf Anraten der Schulleitung und in Absprache mit den Eltern der teilnehmenden Kinder direkt im Anschluss an den Unterricht gelegt. Dies erwies sich nur zum Teil als sinnvoll. Sicherlich ist dadurch ein einfacherer Zugang möglich, indem die Kinder keine Zeit mit Weg und Mittagspause zu Hause überbrücken müssen. Wenn eine längere Pause in der Schule eingerichtet würde, wäre natürlich eine Betreuung für die Kinder erforderlich. Dies ist u.U. in Schulen mit Ganztagesangebot oder in einer ausgedehnten gesicherten Halbtagesbetreuung möglich.

Allerdings wurde deutlich, dass Schwierigkeiten in der Motivation und Konzentrationsfähigkeit entstehen, wenn keine längere Pause zwischen dem Schulvormittag und dem Kurs liegt. Dies gilt insbesondere für die Ernährungsschulung, zu der auch kleinere Theorieeinheiten gehören, bei denen die Kinder still sitzen und aufmerksam sein müssen. Die Beschäftigung mit theoretischen Anteilen im Kursangebot fiel vielen Kindern schwer. Für den Bereich Bewegung lässt sich feststellen, dass es im Sinne der Ziele des Projektes auf jeden Fall sinnvoll ist, die Bewegungsförderung einmal wöchentlich stattfinden zu lassen und die Ernährungsschulung zusätzlich wöchentlich anzubieten. Dies erfordert allerdings ein entsprechendes Engagement der teilnehmenden Familien (Zurückstellung anderer Freizeitaktivitäten, ggf. zusätzliches Bringen und Abholen der Kinder)

Auch der Zeitrahmen für die einzelne Kurseinheit war aufgrund der Rahmenbedingungen der Schule (Turnhallenzeiten, Küchennutzungszeiten) nicht ideal. Sowohl für den Bereich der Ernährungsschulung als auch für die Bewegungseinheiten würde sich eine Verlängerung der

Stunde anbieten. Insbesondere für die Ernährungsschulung war die Zeit insgesamt recht knapp bemessen und ließ nur „schnelle Gerichte“ zu, bei denen jedoch auch Vorarbeit geleistet werden muss. Wenn noch eine kurze Vorbesprechung stattfinden soll, Gewürze erschnuppert werden, die Nahrung zubereitet und in Ruhe gegessen wird, im Anschluss noch aufgeräumt und Fragebögen ausgefüllt werden, ist die Zeit schnell gefüllt.

Insgesamt ist zu empfehlen, Projekte parallel zum Schuljahresverlauf anzubieten. Bei *SchwerMobil*-Bielefeld ergaben sich durch den Kursverlauf über die Sommerferien hinweg diverse Schwierigkeiten für die Durchführung. Nachteilig waren neue Unterrichtszeiten für die teilnehmenden Kinder, eine neue Freizeitplanung oder auch die nicht rechtzeitig abgeschlossene Renovierung der genutzten Turnhalle.

### **9.3. Zusammenarbeit mit den Schulen**

Eine gute Koordination mit den beteiligten Schulen ist für die erfolgreiche Umsetzung des Projektes enorm wichtig. Sinnvoll wäre, in jeder Schule eine feste Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zu haben, die/der sich um die Vermittlung der Familien in das Kursangebot kümmert und das Bindeglied zwischen den externen Projektdurchführenden und den Kindern und Eltern darstellt. Die Zielgruppe sollte durch die Schule bzw. die Lehrer mobilisiert und verbindlich in den Kurs vermittelt werden.

Außerdem sind inhaltliche Absprachen mit den Schulen wichtig. Häufig sind die Themen Ernährung und Bewegung schon im Unterricht angesprochen worden, die Kursleiter des Projektes können dann ihre Stunden darauf aufbauen. Auf der anderen Seite bietet das Projekt *SchwerMobil*-Bielefeld Beratung für die Schulen zur Unterrichtsgestaltung an. Dies wurde im Bielefelder Projekt nicht in Anspruch genommen. Empfehlenswert ist eine Abstimmung mit dem gesamten Lehrerkollegium einer Schule sowohl für das Kursangebot als auch die ergänzenden Angebote für die Schule. In zukünftigen Projekten empfiehlt es sich, die Verantwortlichkeiten der beteiligten Schulen konkret zu beschreiben und verbindlich zu vereinbaren.

### **9.4. Elternarbeit**

Im Bereich der Elternarbeit hat sich in vielen Projekten bewährt, sie mit einer stärkeren Verpflichtung zu verknüpfen. Da die Inhalte des Projektes auf die gesamte Familie zielen, ist es von großer Bedeutung, dass den Eltern alle Möglichkeiten des Projektes nahe gebracht werden und sie eingebunden werden. Die angestrebten Verhaltensänderungen der Kinder werden im Wesentlichen von der Familie mit getragen, so dass der langfristige Erfolg solcher

Maßnahmen wie sie in Schwer*Mobil*-Bielefeld angeboten wurden, von der Mitarbeit der Eltern abhängt.

Die Einzelberatungen für den Bereich Ernährung, die für die Familien im Rahmen des Projektes unentgeltlich angeboten wurden, wurden in der Form nicht nachgefragt. Es fanden eher Elterngespräche am Rande der Kurstreffen statt. Dies könnte aufgegriffen werden, um die Hemmschwelle für Gespräche niedriger zu setzen. Hier könnte eine zweite Mitarbeiterin/ein zweiter Mitarbeiter hilfreich sein, die/der vor oder nach der Kurseinheit eingesetzt wird. Es scheint wichtig, informelle Kontakte und Gespräche zu ermöglichen. Dies kann zur Vereinbarung vertiefender Einzelberatung führen, die insbesondere bei Kindern mit ausgeprägten Gewichts- und damit möglicherweise zusammenhängenden Verhaltensproblemen notwendig ist.

Die Elternarbeit sollte in verbindlicher Form zwischen den beteiligten Schulen und den Projektdurchführenden vereinbart werden. Elternabende sollten kontinuierlich angeboten und von Seiten der Schule mit einer verbindlichen Teilnahme verknüpft werden.

## **9.5 Weitere Empfehlungen für neue Projekte**

### 9.5.1. Auswahl der Zielgruppe und sozialräumliche Verortung

- Eine gezielte Ansprache von Kindern ausländischer Herkunft, die hier geboren sind, insbesondere mit einem türkischen Migrationshintergrund, wird empfohlen.
- Die Durchführung von Schwer*Mobil*-Bielefeld in Kooperation mit Schulen mit einem großen Anteil von übergewichtigen und adipösen Kindern ist sinnvoll.
- Die Projektdurchführung sollte möglichst auf einen größeren Schulkomplex oder nahe beieinanderliegende Schulen bezogen sein.
- Identifikation über Daten der Schuleingangsuntersuchungen und der Untersuchungen in den 9. Jahrgängen.

### 9.5.2. Bewegungskonzept

- Die Unterschiedlichkeit der Eingangsvoraussetzungen (Übergewicht und Bewegungsstörungen) sollten abgegrenzt werden
- Bewegungsspiele „brauchen“ große Gruppen
- Alternative Spiele/Aktionen sollten für kleine Gruppen bereit gehalten werden
- Alterskriterium (6-9 oder 9-12 Jahre) und Gruppenmindestgröße (12 TN) sollten auf jeden Fall eingehalten werden
- Die Projektdurchführung sollte im Sinne eines lernenden Projekts geschehen. Bei Bedarf sollten Anpassungen auf Veränderungen geschehen.

### 9.5.3. Ernährungskonzept

- Wichtig ist eine ausgewogene Theorie-Praxis-Mischung
- Die Praxis-Kochbeispiele sollten mit den Kindern abgestimmt werden
- Im Ernährungsteil ist der Kurs am besten mit zwei Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen auszustatten
- Die Effekte im Hinblick auf Wahrnehmung von Essen, Kocherfahrung und Verhaltensänderungen sind zu überprüfen
- Es sind zwei Kurstermine pro Woche empfehlenswert

### 9.5.4. Personalressourcen

- Der Einsatz von kinder- und jugenderfahrenen Trainern/Kursleiterinnen ist sinnvoll.
- Diese sollten Frustrationstoleranz, Gewitztheit und Geduld mitbringen.
- Eine weibliche und männliche Doppelbesetzung ist ideal, insbesondere bei den Ernährungskursen
- Eine Doppelbesetzung in der Kursleitung ist allgemein empfehlenswert.

### 9.5.5. Projektkoordination

- Die kooperierenden Schulen sollten von Beginn bei der Konzeptarbeit beteiligt werden.
- Evaluation muss früh berücksichtigt und allen Beteiligten vermittelt werden.
- Der kontinuierliche Abstimmungs- und Beratungsbedarf erfordert eine „Steuerungsgruppe“ und eine „Projektleitung“.
- Die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sind an der Steuerungsgruppe zu beteiligen.
- Es ist wichtig, Aufgaben und Zuständigkeiten jedes Partners festzulegen und zu vereinbaren.

### 9.5.6. Evaluation

- Zentral sollte die Verständigung auf konkret überprüfbare Ziele sein, die einen möglichst geringen Aufwand an Evaluationsinstrumenten erfordern. Dabei sollte als ein zentraler und einfach zu erfassender Kennwert der BMI zu Beginn und Projektende erhoben werden.
- Altersgerechtere Fragebögen sind empfehlenswert, ggf. zwei verschiedene Fragebögen, wenn eine größere Altersspanne zu berücksichtigen ist.

- Verbindliche Absprachen mit allen an der Evaluation Beteiligten sind erforderlich
- Klare Zuständigkeiten innerhalb des Projekts
- Wegfall der Frage nach den Bewegungsaktivitäten innerhalb der Familie im Eltern- und Kinderbogen, da sie sich nicht bewährt hat
- Verwendung aller Items zur Lebensqualität
- Verbindlicheren Einbezug der Eltern bei der Evaluation
- Ggf. Ausweitung der Skala zum konkreten Essverhalten
- Mindestgruppengröße von 12 Kindern über den gesamten Projektzeitraum, damit sich der Aufwand lohnt, z.B. dadurch, dass 3 Gruppen in verschiedenen Stadtteilen gegründet werden.
- Praxisnahe und alltagsnahe Gestaltung der Evaluation, Abwägung von Aufwand und Aussagekraft

## **10. Projekttransfer**

Vor Beginn der Entwicklung des Modellprojektes *SchwerMobil*-Bielefeld in Gadderbaum gab es im Jugendverband der Sportjugend sowohl auf kommunaler Ebene als auch im Landesverband Nordrhein - Westfalen aufgrund der Zunahme von Kindern mit Übergewicht und Bewegungsmängeln erste Überlegungen, Bewegungsangebote für übergewichtige Kinder in den Sportvereinen zu installieren. Dabei sollte es sich um niedrighschwellige, kostengünstige und präventive Angebote im Regelangebot der Vereine handeln. So konnte die Projektentwicklung in Bielefeld immer wieder auch auf konzeptionelle Überlegungen der Landesebene zurückgreifen und umgekehrt. Durch die sehr fundierte und umfangreiche Konzeption für Bielefeld-Gadderbaum konnten andere Sportorganisationen bereits von den Planungen in Bielefeld profitieren. Das Interesse anderer Sportorganisationen setzte sich mit Beginn der Durchführungsphase fort. Die Sportjugend Bielefeld wurde mehrfach auf Inhalte und Erfahrungen im Kurs angefragt. So gesehen, konnten Entwicklungen in anderen Organisationen befruchtet werden.

Im Laufe des Modellprojektes in Gadderbaum wurde auch die Konzeption für ein landesweites Projekt der Sportjugend NRW mit ihren Sportvereinen im Land fertig gestellt. 50 Vereine beteiligten sich in der ersten Projektphase. In Bielefeld gibt es aktuell 3 Sportvereine, die konkret mit einem ähnlichen Angebot beginnen möchten und weitere 6 interessierte Vereine. Erfreulicherweise ist damit das Interesse in Bielefeld an Bewegungsangeboten für übergewichtige Kinder in Sportvereinen weit über dem Landesdurchschnitt, was letztlich auch ein Verdienst der hier geleisteten Vorarbeiten ist. Die Sportvereine trafen sich im August 2005 zu einem Informations- und Erfahrungsaustausch (u. a. mit Bericht der Gadderbaumer Erfah-

rungen). Ein Zusammenschluss zu einer Arbeitsgemeinschaft „SchwerMobil – Übergewichtige Kinder im Sport“ erscheint möglich und sinnvoll.

Darüber hinaus gibt es Kontakte zwischen der Martinschule und dem Gadderbaumer Turnverein zur Fortsetzung der Zusammenarbeit im Angebotsbereich der Offenen Ganztagschule.

In einem Expertengespräch verschiedener Bielefelder Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich Adipositasprävention und –behandlung soll geprüft werden, welche Interventionsmöglichkeiten besonders erfolgreich sind und für weiterführende Angebote genutzt werden sollten. Angedacht ist eine Ausweitung der Arbeit in diesem Themenfeld in weiteren Bielefelder Stadtteilen und mit weiteren Kooperationspartnerinnen bzw. Kooperationspartnern. Ein besonderer Focus soll hierbei auf Stadtteile mit besonderem sozialen Unterstützungsbedarf und Migrantenkinder gelegt werden.

Somit gibt es die begründete Hoffnung, dass sich das Projektziel der Fortsetzung und Weiterentwicklung der Projektidee in Bielefeld erfolgreich umsetzen lässt.

## **11. Anhang**

### **11.1 Erläuterung der Erhebungsinstrumente**

#### **11.1.1. Erhebungsinstrumente der Ergebnisevaluation**

Für die Ergebnisevaluation wurden ein Elternbogen, ein Kinderbogen und ein Bewegungsbogen zusammengestellt. Diese Bögen sollten zu Beginn und am Ende der Maßnahmen eingesetzt werden, um zu sehen, ob durch Schwer*Mobil*-Bielefeld eine Wirkung erzielt werden kann.

##### **Elternfragebogen**

Der Elternfragebogen beinhaltet einen soziodemografischen Teil, der sich auf das Kind und das den Fragebogen ausfüllende Elternteil (bzw. der ausfüllenden, erziehungsberechtigten Person) bezieht. Hervorzuheben ist, dass Migration nicht nach Staatsangehörigkeit, sondern nach Geburtsland definiert wird, und dass bei den Elternfragen auch das Verwandtschaftsverhältnis zum Kind und das Zusammenwohnen mit einem Lebenspartner berücksichtigt werden.

Es folgt eine Frage zur Lebensqualität, weil ein Ziel im Bereich Bewegung die Verbesserung der sozialen Kontakte, d.h. „neue Freunde durch die Gruppe gewonnen, neue Kontakte auch außerhalb der Gruppe, Beteiligung und "Sich-Wohlfühlen" bei Gruppenarbeiten (sich selbst einbringen, gegenseitig helfen)“ als Ziel erarbeitet wurde. Dazu wurde auf eine Frage aus den Fragebögen zur Lebensqualität von F. Matthey & H. Remscheidt, Universität Marburg, zurückgegriffen: der Frage nach der Gesundheit.

Ein weiteres Ziel besteht im Bereich Bewegung darin, dass Schwer*Mobil*-Bielefeld zum einen zum „lifetime sport“ hinführen soll, zum anderen die Kinder sich – insofern das noch nicht der Fall ist – Mitglied eines Sportvereins werden. Entsprechend wird im Elternbogen nach gemeinsamen Bewegungsaktivitäten innerhalb der Familie gefragt, nach der Häufigkeit sportlicher Aktivitäten und nach einer Mitgliedschaft im Sportverein.

Dann folgen die Fragen zum Thema Ernährung. Zuerst wird eine Frage nach den werktags üblicherweise eingenommenen Mahlzeiten gestellt, und ob die Mahlzeiten gemeinsam im Familienverbund eingenommen werden. Damit soll herausgefunden werden, wie die Soziali-

tät während des Speisens ist. Diese Frage wird in abgeänderter Form einem Projektfragebogen am Gesundheitszentrum des Marien-Hospitals in Wesel entnommen.<sup>10</sup>

Ein zentrales Ziel sollte die Stabilisierung oder Reduzierung des Gewichts der Kinder und Jugendlichen sein. Deshalb wurden von den Eltern Angaben zur Körpergröße und –gewicht des Kindes erfragt, um den BMI berechnen zu können. Um zu vermeiden, dass ein Effekt durch das gleichzeitig im gleichen Stadtteil angebotene Adipositas-Therapie-Programm „Kiloräuber“ entsteht (und nicht durch Schwer*Mobil*-Bielefeld) werden die Eltern gefragt, ob ihr Kind daran teilnimmt.

### Kinderfragebogen

Der Kinderfragebogen wird analog zum Elternfragebogen konstruiert, jedoch ohne die soziodemografischen Teile und Angaben zu Größe und Gewicht. Hinzugefügt wird eine Skala zum konkreten Essverhalten von Petra Warschburger, für den Normwerte zur Verfügung stehen.<sup>11</sup> Alle Fragen werden dahingehend modifiziert, dass sie der Sprache der Kinder und Jugendlichen zugänglich sind. Die analoge Konstruktion von Kinder- und Elternfragebogen soll dazu dienen, Elternperspektive und Kind- bzw. Jugendlichenperspektive vergleichen zu können.

### Bewegungsfragebogen

Der dritte Fragebogen „Bebo“ (Bewegungsbogen) wird von der Übungsleiterin des Bewegungsangebotes von Schwer*Mobil*-Bielefeld bearbeitet. Die Kinder sollen während des Angebotes *spielerisch* verschiedene Körperteile messen und sich wiegen, um die Gefahr einer Stigmatisierung oder Abwehr bei der Ermittlung der Grunddaten für die Berechnung des Body-Mass-Indexes zu senken.

Die Bewältigung eines Bewegungsparcours - gemessen in Zeit und durch eine Bewertung seitens der Übungsleiterin – soll Aufschluss über die Erreichung der Ziele „Verbesserung der Koordination“, „Verbesserung der Motorik“ und „Verbesserung der Ausdauer“ geben. Die Grunddaten für den Body-Mass-Index können wiederum mit den Angaben der Eltern verglichen werden, die Bewältigung des Bewegungsparcours indirekt mit den Fragen zu den Bewegungsaktivitäten des Kindes und der Familie.

---

<sup>10</sup> Graue Literatur des Projektes „Wenn Kinder aus den Fugen geraten“.

<sup>11</sup> Telefon- und E-Mail-Kontakt.

Um den Stand der Wissensvermittlung im Rahmen des Ernährungskurses abzufragen, ist geplant, dass eine Erarbeitung seitens der Kinder am Projektende erfolgt - Schatzkiste / Buch mit Ernährungstipps – die eine qualitative Einschätzung über den erreichten Wissensstand in der Gruppe ermöglicht.

Wegen des niedrigen Rücklaufs an Elternfragebögen, fand zusätzlich am Projektende ein Telefoninterview mit ausgewählten Eltern statt. Gefragt wurden die Eltern u.a. nach ihrer Zufriedenheit mit dem Projekt insgesamt und nach der Zufriedenheit der Kinder mit dem Projekt insgesamt. Diese Frage wurde für die einzelnen Projektkomponenten wiederholt. Ferner wurde nach Effekten der Maßnahmen, nach Verbesserungsvorschlägen und nach einer möglicherweise neu eingegangenen Mitgliedschaft in einem Sportverein gefragt.

Die Ergebnisse wurden in einer abschließende Reflexionssitzung der AG Adipositasprävention vorgestellt und besprochen, moderiert von ZIMD consulting & evaluation. In einer offenen Gruppendiskussion werden die von den am Schwer*Mobil*-Bielefeld beteiligten Kooperationspartnern gemachten Erfahrungen erörtert und Vorschläge für die Optimierung einzelner Konzeptteilen bzw. des Vorgehens zusammengetragen.

#### 11.1.2. Erhebungsinstrumente der Prozessevaluation

Für die Prozessevaluation wurden Kurzfragebögen für die Übungsleiterinnen des Bewegungs- und Ernährungsangebots und für die teilnehmenden Kinder erstellt. Die Fragebögen zum Ernährungs- und Bewegungskurs sind identisch aufgebaut, um einen Vergleich zu ermöglichen. Der Fragebogen für die Kinder wurde der Fachliteratur entnommen.<sup>12</sup>

Die Fragebögen für das Bewegungsangebot sollen nur jede zweite Bewegungsstunde verwendet werden, um den Aufwand und die Störungen zu reduzieren. Da die Ernährungsstunden in einem geringeren Umfang angeboten werden, sollen die entsprechenden Kurzfragebögen jeweils am Ende des jeweiligen Treffens ausgestellt werden.

Darüber hinaus sollten die Kinder zu bestimmten Zeiten des Ernährungsangebotes ein Ernährungstagebuch führen, das auch ausgewertet werden sollte. Des Weiteren sollten Notizen zu den möglichen Eltern-Ernährungsleiterin-Gesprächen gemacht werden, sofern sie stattfanden.

---

<sup>12</sup> Petra Warschburger, Franz Petermann, Carmen Fromme, Nancy Wojtalla (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen, Weinheim, S. 37.



Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

9. Wie oft treibt Ihr Kind Sport?

- Regelmäßig mehr als 4 Stunden in der Woche.....
- Regelmäßig 2-4 Stunden in der Woche.....
- Regelmäßig 1-2 Stunden in der Woche.....
- Weniger als 1 Stunde in der Woche.....
- Keine sportliche Betätigung.....

10. Ist Ihr Kind Mitglied in einem Sportverein? ja  nein

11. Welche der folgenden Mahlzeiten nimmt Ihr Kind werktags üblicherweise ein?

- Frühstück.....
- Zweites Frühstück.....
- Mittagessen.....
- Zwischenmahlzeit.....
- Abendessen.....
- Spätimbiss.....
- Genauere Angaben sind schwierig, da es häufig unregelmäßig isst.....

12. Wie oft werden die Mahlzeiten gemeinsam im Familienverbund pro Tag eingenommen?

in der Woche \_\_ \_\_ mal

am Wochenende \_\_ \_\_ mal

13. Wie groß ist Ihr Kind?

\_\_ . \_\_ \_\_ Meter

14. Wie schwer ist Ihr Kind? \_\_\_\_\_ Kilogramm

15. Nimmt Ihr Kind an dem Adipositas-Therapieprogramm der Kinderarztpraxis Dr. W. Müller & andere in Gadderbaum teil?

ja  nein

16. An welchem Datum sind Sie geboren? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

17. In welchem Land sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

18. Wie lange leben Sie in Deutschland? Seit der Geburt

Seit dem Jahr \_\_\_\_\_

19. Welches Geschlecht haben Sie? männlich  weiblich

20. Wie ist Ihr Verwandtschaftsverhältnis zu ihrem Kind?

Mutter  Vater  Anderes (bitte eintragen): \_\_\_\_\_

21. Ihr Familienstand? ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

22. Leben Sie mit Ihrem Ehe- oder einem Lebenspartner zusammen? ja  nein

23. Wie viele Personen - Sie eingeschlossen - leben in Ihrem Haushalt?

Anzahl Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: \_\_\_\_

Anzahl Männer: \_\_\_\_

Anzahl Frauen: \_\_\_\_

24. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

Sonderschulabschluss

Volks- oder Hauptschulabschluss

Mittlere Reife / Abschluss Polytechnische OS

Abitur

Anderer Abschluss, und zwar: \_\_\_\_\_

25. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Ich habe keine berufliche Ausbildung oder Studium (bzw. abgebrochen)

- Ich bin noch in der Ausbildung/Studium
- Ich habe eine Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Ich habe den Abschluss einer Fachschule (Meister-, Techniker-) oder Akademie
- Ich habe einen Fachhochschulabschluss
- Ich habe einen Universitätsabschluss

26. Sind Sie derzeit erwerbstätig? Was trifft für Sie zu?

- Vollzeit-erwerbstätig
- Teilzeit-erwerbstätig
- Geringfügig (stundenweise) erwerbstätig
- Nicht erwerbstätig
- In Ausbildung/Lehre/Umschulung
- Derzeit beurlaubt (Erziehungsurlaub etc.)
- In Rente oder Vorruhestand
- Arbeitslos
- Längerfristig krank, erwerbsunfähig
- Sozialhilfeempfänger
- Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Legen Sie bitte den Fragebogen in den Umschlag und geben Sie ihn Ihrem Kind zur nächsten Übungsstunde mit.

11.2.2. Kinderbogen

KIBO

Kennnummer: \_ \_ \_ \_ \_

Von den Kindern/Jugendlichen auszufüllen!



- Zwischenmahlzeit.....
- Abendessen.....
- Spätimbiss.....
- Genauere Angaben sind schwierig, da ich häufig unregelmäßig esse.....

6. Wie oft nimmst du die Mahlzeiten pro Tag in deiner Familie ein?

in der Woche \_\_ \_\_ mal

am Wochenende \_\_ \_\_ mal

7. Lies bitte die folgenden Aussagen genau durch und beantworte bitte jede sorgfältig und möglichst schnell durch und beantworte sie mit genau einem Kreuz! Es gibt keine falschen und richtigen Antworten.

Wie isst Du?

	immer	oft	manch- mal	selten	nie	nicht vorge- kommen
1. Ich esse schnell, auf jeden Fall schneller als meine Freunde.	<input type="checkbox"/>					
2. Ich esse zwischen den üblichen Mahlzeiten.	<input type="checkbox"/>					
3. Ich esse meine Mahlzeit ohne dabei Pausen zu machen.	<input type="checkbox"/>					
4. Ich kaue mein Essen gründlich.	<input type="checkbox"/>					
5. Ich esse langsam, da ich z.B. mein Besteck immer wieder beiseite lege.	<input type="checkbox"/>					

- |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Ich nehme gern Nachschlag, auch wenn ich schon einen randvoll gefüllten Teller leergegessen habe. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich esse zu festen Zeitpunkten am Tag.  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich esse meine Mahlzeiten am gleichen Platz (z.B. am Esstisch).                                   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Während des Essens beschäftige ich mich mit Lesen oder ähnlichem.                                 | <input type="checkbox"/> |

Das war's. Vielen Dank für deine Mitarbeit! Stecke den Fragebogen jetzt bitte in den Briefumschlag, verschließe ihn und gib ihn deiner Übungsleiterin zurück.

### 11.2.3. Bewegungsbogen

BEBO

Kennnummer des Kindes.: \_\_\_\_\_

Von der Übungsleiterin auszufüllen!

Hallo,  
dieser Bogen dient der Erfassung wichtiger Merkmale der Kinder und Jugendlichen zu Beginn und am Ende von SchwerMobil. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie sie sorgfältig.

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. Datum   | ___ / ___ / _____ |
| 2. Körpergröße des Kindes (Ergebnis des Messspiels): | __ . __ Meter     |
| 3. Gewicht des Kindes (Ergebnis des Messspiels):     | __ . __ Kilogramm |
| 5. Bewältigung des Bewegungsparcours in:             | __ . __ Minuten   |

## 6. Wie hat das Kind den Bewegungsparcours bewältigt?

sehr gut

gut

zufriedenstellend

schlecht

sehr schlecht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Geben Sie den Fragebogen bitte mit den Kinderfragebögen (KIBO) und den Elternfragebögen (ELBO) im beiliegenden Umschlag zurück an Herrn Cremer.

Adresse:

Stadt Bielefeld

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Dirk Cremer

Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9

33602 Bielefeld

### 11.2.4. Leitfaden Telefoninterview

Familie: \_\_\_\_\_

Kennnr.: \_\_\_\_\_

Guten Tag,

meine Name ist Cremer, ich bin Mitarbeiter im Gesundheitsamt Bielefeld. Ich rufe an, weil Ihr Kind im letzten Jahr an dem Bewegungs- und Ernährungsangebot „Schwermobil“ der Gadderbaumer Schulen teilgenommen hat. Da wir im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz den Kurs ggf. auch in anderen Stadtteilen anbieten möchten, habe ich ein paar Fragen dazu, wie Sie den Kursverlauf bewerten. Mich interessiert, wie Sie und wie Ihr Kind das kombinierte Bewegungs- und Ernährungsangebot wahrgenommen haben und was daraus geworden ist.

Die Befragung ist freiwillig

Alle Ihre Angaben sind anonym

#### ***Fragen nach Gefallen Elternteil:***

Wie hat Ihnen der Kurs SchwerMobil insgesamt gefallen?

Wie hat Ihnen das Bewegungsangebot von SchwerMobil gefallen?

Wie hat Ihnen das Ernährungsangebot von SchwerMobil gefallen?

#### ***Fragen Gefallen beim Kind:***

Wie hat Ihrem Kind das Kurs SchwerMobil insgesamt gefallen?

Wie hat Ihrem Kind das Bewegungsangebot von SchwerMobil gefallen?

Wie hat Ihrem Kind das Ernährungsangebot von SchwerMobil gefallen?

***Fragen nach dem Effekt bei dem Kind:***

Hat die Teilnahme Ihres Kindes am Kurs SchwerMobil dazu geführt, dass sich seine körperliche Bewegung verändert hat (z.B. Fahrradfahren zur Schule)? Ja/Nein

Wenn ja: Wie hat sich die körperliche Bewegung Ihres Kindes verändert?

Hat die Teilnahme Ihres Kindes am Kurs SchwerMobil dazu geführt, dass sich die Ernährung Ihres Kindes verändert hat? Ja/Nein

Wenn ja: Wie hat sich die Wahrnehmung von Ernährung und das Wissen um Ernährung verändert?

Wie hat sich die konkrete Ernährung Ihres Kindes verändert?

***Fragen nach dem Effekt in der Familie:***

Hat der Kurs SchwerMobil dazu geführt, dass körperliche Bewegung in Ihrer Familie wichtiger geworden ist? Ja/Nein

Falls ja: Wie hat sich die körperliche Bewegung innerhalb der Familie verändert?

Hat der Kurs SchwerMobil dazu geführt, dass sich der Umgang mit Ernährung in Ihrer Familie verändert hat?

Wenn ja: Wie hat sich die Wahrnehmung von Ernährung und das Wissen um Ernährung in Ihrer Familie verändert?

Falls ja: Wie hat sich die Ernährung konkret innerhalb Ihrer Familie verändert?

***Was nicht so gut gefallen hat***

Was hat Ihnen nicht so gut an SchwerMobil gefallen?

Was hat Ihrem Kind nicht so gut an SchwerMobil gefallen?

Welche Anregungen haben Sie zur Verbesserung des Kurses SchwerMobil?

***Sportverein***

Ist Ihr Kind Mitglied in einem Sportverein?

***Zuletzt noch:***

Wie ist Ihr Verwandtschaftsverhältnis zu ihrem Kind?



- ... haben die Kinder engagiert mitgemacht.
- ... waren die Übungen für die Kinder zu anstrengend.
- ... haben sich die Kinder gegenseitig ermutigt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte schicken Sie den Fragebogen im Umschlag zusammen mit den Fragebögen der Kinder (UEKI) bald zurück an Herrn Cremer.

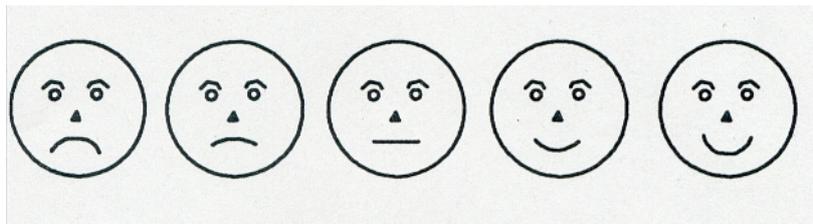
UEKI

Kennnummer: \_ \_ \_ \_ \_

Von den Kindern nach der Übungsstunde auszufüllen!

1. Welches Datum ist heute: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

2. Wie gut hat dir die Stunde heute gefallen?



gar nicht gefallen | wenig gefallen | etwas gefallen | ziemlich gut gefallen | sehr gut gefallen

3. Wie wichtig waren für dich die Dinge, die wir heute gemacht haben?

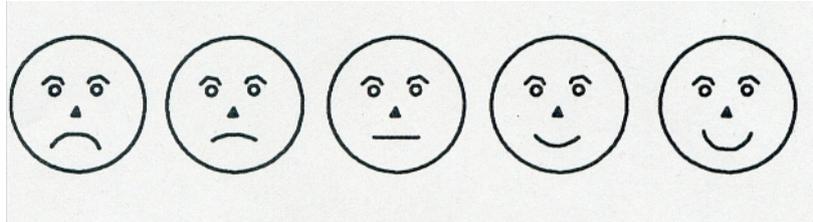
nicht wichtig    kaum wichtig    etwas wichtig    ziemlich wichtig    sehr wichtig

4. Wie neu waren für dich die Dinge, die wir heute gemacht haben?

gar nichts war neu    ein bißchen war neu    die Hälfte war neu    das meiste war neu    alles war neu

5. Wie fühlst du dich im Moment?



sehr schlecht | ziemlich schlecht | mittelmäßig | ziemlich gut | sehr gut

Vielen Dank für deine Mitarbeit. Gib bitte den Fragebogen in dem Umschlag an deine Übungsleiterin zurück.

### 11.2.6. Bögen für Übungsstunde Ernährung

#### NÄHRBO

Von der Ernährungsleiterin auszufüllen!

Code-Nr.: <idnum>

Hallo,  
bitte füllen Sie den Beurteilungsbogen zügig aus, indem sie pro Frage eine Antwortmöglichkeit ankreuzen.

1. Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. In der heutigen Ernährungsstunde...

	Trifft zu	Trifft nicht zu
... empfand ich das Gruppenklima als angenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... konnte ich meinen Zeitplan einhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... konnte ich alle geplanten Übungen/Spiele machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben sich die Kinder gegenseitig geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ... war ich gut vorbereitet.
- ... waren die Kinder gelangweilt.
- ... haben sich die Kinder angestrengt.
- ... haben die Kinder engagiert mitgemacht.
- ... waren die Übungen für die Kinder zu anstrengend.
- ... haben sich die Kinder gegenseitig ermutigt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte schicken Sie den Fragebogen mit den Fragebögen der Kinder (NÄHRKI) bald zurück an Herrn Cremer. Ein frankierter Rückumschlag liegt bei.

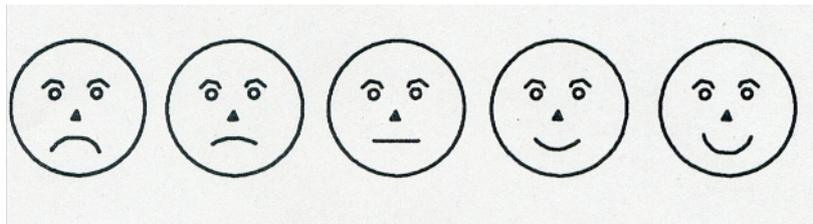
NÄHRKI

Kennnummer: \_ \_ \_ \_ \_

Von den Kindern nach der Ernährungsstunde auszufüllen!

1. Datum: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

2. Wie gut hat dir die Stunde heute gefallen?



**gar nicht gefallen | wenig gefallen | etwas gefallen | ziemlich gut gefallen | sehr gut gefallen**

3. Wie wichtig waren für dich die Dinge, die wir heute besprochen haben?

- nicht wichtig    kaum wichtig    etwas wichtig    ziemlich wichtig    sehr wichtig
-

4. Wie neu waren für dich die Dinge, die wir heute besprochen haben?

gar nichts war  
neu

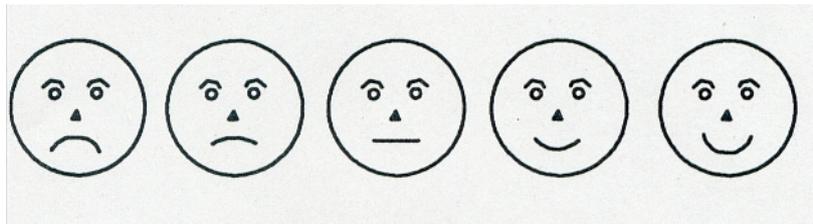
ein bisschen  
war neu

die Hälfte war  
neu

das meiste war  
neu

alles war neu

5. Wie fühlst du dich im Moment?



sehr schlecht | ziemlich schlecht | mittelmäßig | ziemlich gut | sehr gut

Vielen Dank für deine Mitarbeit! Gib bitte den Fragebogen an die Ernährungsleiterin zurück.

### 11.3. Literatur

Balster, Klaus / Sportjugend NRW: "Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen"  
Bände I – IV

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2003): Evidenzbasierten Leitlinie – Prävention und Therapie der Adipositas.

Gesundheitszentrum des Marien - Hospitals in Wesel: „Wenn Kinder aus den Fugen geraten“

Goldapp, Cornelia und Mann, Reinhard (2004): Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung Nr. 1 Jahrgang 27, S.12

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2005): Adipositas – Epidemie oder Hysterie? „impulse“, Newsletter zur Gesundheitsförderung Nr. 46

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (2002): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW, Düsseldorf.

Sportjugend NRW/ LandesSportBund NRW: Konzept „SchwerMobil“

Sportjugend NRW / LandesSportBund NRW: Übergewichtige Kinder in Bewegung, Spiel und Sport. Praktische Hilfestellung für Übungsleiter/innen und Sportvereine

Stadt Bielefeld (2002), Kinder- und Jugendgesundheitsbericht.

Stadt Bielefeld (2002): Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit.

Weltgesundheitsorganisation (2004): Which are the known causes and consequences of obesity, and how can it be prevented?

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. und I+G Gesundheitsforschung im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen.

Warschburger, Petra; Petermann, Franz; Fromme, Carmen; Wojtalla, Nancy (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen, Weinheim

W B 4.5.0



Kämpfen gegen den Speck: (v.l.) Anja Böllhoff, Vorsitzende der Bielefelder Bürgerstiftung, Cornelia Petzold, Geschäftsführerin der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Dirk Lehnhoefer von der Sportjugend Bielefeld und Diplom-Ökotrophologin Sabine Schulz, die sich um die Ernährungsberatung kümmert. Foto: Heike Dahlen

## Projekt »Schwermobil« in Gadderbaum

# Dicke Kinder sollen sich mit Freude bewegen

Bielefeld-Gadderbaum (dah). Im Februar ist das Projekt »Schwermobil«, ein einjähriges Kursangebot für übergewichtige Kinder und Jugendliche, an drei Schulen im Stadtteil Gadderbaum angelaufen. Mit Erfolg: Frei von Leistungsdruck und Hänseleien anderer Kinder finden die Teilnehmer wieder Spaß an der Bewegung und lernen, sich gesund zu ernähren.

Die Zahlen sind alarmierend: Immer mehr Kinder und Jugendliche sind übergewichtig oder sogar fettüchtig und immer jüngere Kinder schleppen überflüssige Pfunde mit sich herum. Damit dies nicht so bleibt, hat die Kommunale Gesundheitskonferenz Bielefeld in Kooperation mit der Sportjugend und weiteren Partnern das Projekt »Schwermobil - Bewegung, Spiel und Sport sowie Gesundheits- und Ernährungsberatung« ins Leben gerufen. Zielgruppe sind übergewichtige Kinder und Jugendliche zwischen sechs und zwölf Jahren und deren Familien.

Das Projekt läuft über ein Jahr und bietet den Kindern während dieser Zeit die Möglichkeit, an wöchentlichen Bewegungsgruppen sowie voraussichtlich zwölf Ernährungsseminaren teilzunehmen. Dabei steht vor allem der Spaß im Vordergrund. Dirk Lehnhoefer von der Sportjugend Bielefeld: »Die Kinder sollen wieder Freude an der Bewegung finden und vielseitige Körper- und Bewegungser-

fahrungen machen.« Deshalb hat man bei der Zusammenstellung des Sportprogramms, dessen Durchführung übrigens der Turnverein Gadderbaum übernommen hat, Wert auf ein möglichst breites Spektrum an Aktivitäten gelegt. Ebenso werden sich die Ernährungsseminare an der Praxis, also den Lebensmitteln, orientieren und

### Ernährungsberatung für die Eltern

den Kindern in kreativer und spielerischer Weise vermitteln, was für eine gesunde Ernährung wichtig ist. Parallel hierzu finden Ernährungsberatungen für die Eltern statt, in denen es hauptsächlich um eine alltagstaugliche und konfliktarme Umstellung der Ernährung in der Familie geht. Finanziert wird das Projekt neben der Kommunalen Gesundheitskonferenz von der Bielefelder Bür-

gerstiftung und der Barmer Ersatzkasse. Derzeit läuft Schwermobil allerdings nur im Stadtteil Gadderbaum, sozusagen als Pilotprojekt. Cornelia Petzold, Geschäftsführerin der Kommunalen Gesundheitskonferenz: »Am Ende werden wir die über das Jahr gesammelten Erfahrungen auswerten und dann auf die anderen Stadtteile übertragen.

Für eine Fortführung sind wir aber auf die Schulen als Kooperationspartner angewiesen.« Deshalb sei auch für den Projektstart die Wahl auf Gadderbaum gefallen, da die drei teilnehmenden Schulen - Martinschule, Bodelschwinger-Realschule und Bodelschwinger-Gymnasium - sofort ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisiert hätten und so das Sportprogramm direkt im Anschluss an den Unterricht in der Martinschule stattfinden kann. Der Einstieg in Schwermobil ist noch möglich, Informationen und Anmeldung bei der Sportjugend Bielefeld, Telefon 05 21 - 17 47 80.

# Gesundheit

Interview: Cornelia Bokenmann

## Pilotprojekt für Kinder mit Übergewicht SchwerMobil in Bielefeld

Vor einem Jahr startete an drei Gadderbaumer Schulen das Pilotprojekt „SchwerMobil: Bewegung, Spiel und Sport Gesundheits- und Ernährungsberatung für übergewichtige Kinder und Jugendliche“. Der BIELEFELDER sprach mit Cornelia Petzold, Geschäftsführerin der Kommunalen Gesundheitskonferenz Bielefeld.



### Was war der Anstoß solch ein Projekt zu initiieren?

Das Problem Übergewicht bei Kindern mit all seinen Begleit- und Folgeerscheinungen wird von Experten schon länger diskutiert. Im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht der Stadt Bielefeld stellen wir analog zum bundesweiten Trend einen Anstieg übergewichtiger Kinder fest. Gleichzeitig gab es von verschiedenen Institutionen in Bielefeld eine verstärkte Nachfrage nach Kursangeboten für übergewichtige Kinder. Vor diesem Hintergrund wurde die Initiative zum Projekt SchwerMobil im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz mit Kooperationspartnern gestartet, die an der Prävention von massivem Übergewicht bei Bielefelder Kindern mitarbeiten wollten.

### Wo liegen die Ursachen?

Wenn Kinder und Jugendliche „aus den Fugen geraten“ und an Übergewicht leiden, sind nicht selten die Lebensgewohnheiten der Familien die Ursache. Zu wenig Bewegung, eine geringe körperliche Wahrnehmungsfähigkeit, eine ungesunde Ernährungsweise und der Missbrauch des Essens als Erziehungsmittel oder bei psychischen Problemen sind begünstigende Faktoren für die Entstehung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Natürlich ist auch das reichliche Nahrungsangebot verbunden mit einer zum Teil irreführenden Werbung für Kinderlebensmittel mit verantwortlich für eine zu kalorienhaltige Ernährung.

### Wo setzt SchwerMobil an?

Erfahrungsgemäß ist es nicht sinnvoll, betroffene Kinder und Jugendliche mit einem straffen Diätprogramm zur Gewichtsabnahme zu bringen oder ihre Familien belegend zu einer gesünderen

Lebensweise zu ermahnen. Dem Konzept „SchwerMobil“ liegt vielmehr eine ganzheitliche Betrachtungsweise zu Grunde. Nicht allein die Betrachtung und Umstellung der Essgewohnheiten rückt in den Blickpunkt, sondern auch das Kind in seiner Körperlichkeit und seinen Bewegungsgewohnheiten. Wir möchten sensibilisieren, aufmerksam machen und Kinder und Eltern in der Suche, im Entdecken und Ausprobieren neuer Ernährungs- und Bewegungsmöglichkeiten unterstützen. Sie sollen Spaß und Erfolg in der Bewegung erleben und darüber Motivation für regelmäßiges Sporttreiben aufbauen. Im Kursteil Ernährung geht es um Genuss und Vergnügen bei der Beschäftigung mit dem Thema Ernährung. Es wird gekocht, probiert und experimentiert mit dem Ziel, das eigene Ernährungsverhalten zu reflektieren, Geschmack und Genuss zu erleben und die Nahrungsmittelvielfalt kennen zu lernen.

### Welches Resümee ziehen Sie?

Wir haben viele positive Entwicklungen bei den Kindern und Jugendlichen beobachtet. Sie haben den Spaß an der Bewegung (wieder-)entdeckt - ohne Angst vor Hänseleien, was für viele eine neue Erfahrung war. Auch im Bereich Ernährung konnten wir feststellen, dass den Kindern das Mitmachen Spaß gemacht hat. Damit verbunden wird sicher einiges an neuem Wissen über eine gesunde und lockere Ernährung in den Köpfen und auf den Zungen bleiben. Für ein neues Projekt würden wir noch stärker auf die Zusammensetzung der Gruppe Wert legen. Sinnvoll wäre es darüber hinaus, wenn Elemente dieses Projektes in den Ganztagsbetrieb von Schulen aufgenommen werden. Dies ist übrigens angedacht.

# Bielefelder Gesundheitsberichterstattung

Bisher erschienen:

Das Gesundheitssystem in Bielefeld  
im Urteil der Bürgerinnen und Bürger, 1999

Berichtsmodul:  
Umwelt, Verkehr & Gesundheit  
2000, revidierte Fassung Dezember 2001

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2003

Bielefelder Gesundheitsziele. Für eine bessere Gesundheit, 2003

Die gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen & Migranten,  
2004

Update Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2003 – „Impfungen im  
Kindesalter“, 2005

Bielefelder Gesundheitsziele - Monitoring und Evaluierung:  
Abschlussbericht der Info<sup>PLUS</sup>Impfkampagne, 2005

Bielefelder Gesundheitsziele - Monitoring und Evaluierung:  
Abschlussbericht der Help-Kampagnen - Gesundheitliche Aufklärung  
und Hepatitis-A- und B-Schutzimpfung für schwule Männer und Männer  
und Frauen der offenen Drogenszene, 2005

Alle Berichte können auch als PDF-Dateien unter [www.bielefeld.de](http://www.bielefeld.de) heruntergeladen werden (Stichwort "Gesundheitsberichterstattung" bitte in die Suchfunktion eingegeben).