

ENTWICKLUNG EINES KURSPROGRAMMS FÜR ÜBERGEWICHTIGE
KINDER IN DER ALTERSSTUFE 5-7 JAHRE UND DEREN FAMILIEN

P R O J E K T B E R I C H T

für 1982

Birgit Albers
Petra Baumann-Frankenberger
Manfred Bogun
Michael Rinast

Köln, November 1982

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 100013
(10.13)

	Seite
1. Entwicklung des Programms	1
1.1 Zur Vorgeschichte	1
1.1.1 Die Arbeitsgruppe "Kinder-Übergewichtsprogramm"	1
1.1.2 Das Erwachsenenprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft"	3
1.1.3 Begründung eines Programms für adipöse Kinder im Vorschulalter	6
1.1.4 Andere Therapiemaßnahmen	9
1.2 Konzeptentwicklung	12
1.2.1 Aktivitäten der Arbeitsgruppe zur Konzeptentwicklung	12
1.2.2 Der mehrdimensionale Ansatz in seiner Begründung und Entwicklung	15
1.2.2.1 Die drei Säulen des Programms	15
1.2.2.1.1 Überlegungen zum Programmelement "Ernährung und Ernährungsverhalten"	15
1.2.2.1.2 Überlegungen zum Programmelement "Interaktion und Kommunikation"	18
1.2.2.1.3 Überlegungen zum Programmelement "Bewegung und Körperbewußtsein"	20
1.2.2.2 Der therapeutische Hintergrund	21
1.2.3 Organisatorischer Rahmen	24
1.2.3.1 Zeitraum, Träger, Kursleiter etc.	24
1.2.3.2 Teilstationäre versus ambulante Maßnahme	26
1.2.4 Die Diskussion des Programms auf dem Expertentreffen	27
1.2.5 Veränderungen in der Konzeption seit Frühjahr 1982	30
1.2.5.1 Der familientherapeutische Teil im Programm	31
1.2.5.2 Überlegungen zum Programmablaufschema	35

	Seite
2. Das Kursprogramm	39
2.1 Organisatorischer Rahmen des Programms	39
2.1.1 Durchführungsformen	39
2.1.2 Zielgruppe, Gruppengröße, Vorgespräche	40
2.1.3 Träger	40
2.1.4 Kursleiter	41
2.1.5 Zeitlicher Rahmen	42
2.1.5.1 Die ambulante Maßnahme	43
2.1.5.2 Die teilstationäre Maßnahme	43
2.1.6 Kursmaterial	44
2.1.7 Kosten und Finanzierung	45
2.1.7.1 Für die ambulante Maßnahme	45
2.1.7.2 für die teilstationäre Maßnahme	46
2.2 Programmstruktur und Programminhalte	47
2.2.1 Programmstruktur	47
2.2.1.1 Arbeit mit Kindern und Eltern	47
2.2.1.2 Struktur der ambulanten Maßnahme	48
2.2.1.3 Struktur der teilstationären Maßnahme	50
2.2.2 Programminhalte	52
2.2.2.1 Umsetzung der Konzeption in Kurs-themen	52
2.2.2.1.1 Programmelement "Interaktion und Kommunikation"	52
2.2.2.1.2 Programmelement "Ernährung und Ernährungsverhalten"	53
2.2.2.1.3 Programmelement "Bewegung und Körperbewußtsein"	53

		Seite
2.2.2.2	Gewichtung, Verknüpfung und zeitliche Abfolge der Kursthemen	54
2.2.2.3	Gestaltung der Kurssitzungen und Beschreibung des Programmmaterials	58
3.	Planung und Durchführung des Pretests	59
3.1.	Planung des Pretests	59
3.1.1	Geplante Durchführungsformen, Gruppen und Träger	59
3.1.2	Geplante Werbemaßnahmen	61
3.1.3	Kursleiterrekrutierung, -auswahl und -schulung	64
3.1.4	Kursleitersupervision	64
3.1.5	Begleitforschung	67
3.2	Verlauf und derzeitiger Stand des Pretests	67
3.2.1	Werbemaßnahmen zur Teilnehmergeewinnung und deren Resonanz, Verhandlungen mit Trägern der durchzuführenden Kurse	68
3.2.1.1	Kurmaßnahme Oldenburg	68
3.2.1.2	Kurse in Hamburg	69
3.2.1.3	Kurse in Köln	71
3.2.1.4	Kurse im Bonner Raum	74
3.2.1.5	Fernsehsendung im norddeutschen Raum	75
3.2.2	Kursleiterrekrutierung. -auswahl und -schulung	76
3.2.3	Derzeitiger Stand der Pretest-Kurse	77
4.	Zusammenfassung und Berwertung der Ergebnisse	78
4.1	Deutung und Bewertung des Verlaufs von Programmentwicklung und Pretest	78
4.1.1	Selbsteinschätzung und Kompetenz der Arbeitsgruppe	78

	Seite
4.1.2	Einwände der Experten 82
4.1.3	Resonanz auf die Werbemaßnahmen 84
4.2	Weitere Möglichkeiten für die Arbeit mit adipösen Vorschulkindern 95
4.2.1	Überlegungen zur Zielgruppe 95
4.2.1.1	Hierarchische Struktur der Zielgruppen 96
4.2.1.2	Die Relation Problemdruck / Aufwand 99
4.2.2	Überlegungen zur anbietenden und durchführenden Institution 100
5.	Versuch einer Bewertung des Programms und Ausblick 102
5.1	Der "programmatische Charakter" des Programms 102
5.2	Das Programm als Angebot für Kursleiter 104
5.3	Ideen zur Arbeit mit adipösen Kindern 104
6.	Schlußbemerkung 107
7.	Literatur 109
8.	Anhang

1. ENTWICKLUNG DES PROGRAMMS

1.1 Zur Vorgeschichte

In diesem Abschnitt soll geschildert werden, aus welchen Ursprüngen sich das hier vorgelegte Programm für die Therapie von adipösen Kindern entwickelt hat. Der Arbeitsgruppe wurde bei der Betrachtung der Entwicklung, die die Konzeption und das Programm seit Mitte 1981 genommen haben deutlich, wie sehr gerade die Anfangsphase von den gemeinsamen Vorerfahrungen und den jeweiligen beruflichen Hintergründen geprägt wurde. Deshalb zu Beginn diese kurze Darstellung.

1.1.1 Die Arbeitsgruppe "Kinder-Übergewichtsprogramm"

Die Arbeitsgruppe rekrutierte sich in ihrer ursprünglichen Form aus vier Kursleitern für das überwiegend verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieprogramm für adipöse Erwachsene "Abnehmen - aber mit Vernunft" und dem Referenten der BZgA. Zwei Gruppenmitglieder hatten dieses Programm konzipiert, die anderen drei waren seit Beginn der Pretestphase mit diesem Programm vertraut. Alle hatten Kursleiterschulungen durchgeführt und somit direkt und indirekt Erfahrungen in der Arbeit mit adipösen Erwachsenen und der Betreuung und Fortentwicklung eines solchen Programms. Mit adipösen Kindern hatte ein Mitglied der Arbeitsgruppe Erfahrung.

Die persönliche Motivation der Arbeitsgruppenmitglieder für dieses neue Projekt erwuchs u.a. aus der Unzufriedenheit damit, bisher nur wirksam mit erwachsenen Übergewichtigen, die oft schon unter Folgeerkrankungen zu leiden haben, therapeutisch arbeiten zu können (vgl. ALBERS et al., 1981 a).

Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen sprang geradezu ins Auge. Die Sinnhaftigkeit von familienbezogenem Arbeiten wurde ebenfalls bereits durch dieses Programm deutlich. Übergewicht lediglich als Ernährungsproblem und im engeren Sinne als Ernährungsverhaltensproblem zu sehen, erschien zu eng. Gerade Paarproblematiken verbargen sich oft hinter dem "dicken Fell".

An den Familienabenden war konkret zu sehen, daß darüberhinaus Übergewicht oft ein Familienproblem ist, das heißt, daß z.B. die Kinder ebenfalls Gewichtsprobleme haben bzw. am Beispiel des Gewichts konflikthafte Entwicklungen innerhalb der Familie deutlich werden. Allerdings war gerade nach den z.B. von Kursleitern aus dem Erwachsenenprogramm geschilderten Erfahrungen bereits dort zu erkennen, daß die Einbeziehung der Gesamtfamilie in die "Therapie" des Übergewichts problematisch ist und oft nicht gelingt (vgl. RINAST, 1982).

Im Herbst 1981 schied ein Mitglied aus dieser ursprünglichen Arbeitsgruppe aus, zum Teil aus persönlichen Gründen und zum Teil, weil es zu inhaltlichen Auseinandersetzungen und Differenzen über die Art und Weise der Zusammenarbeit und daraus resultierenden unüberbrückbaren Gegensätzen gekommen war. Nach dem Expertentreffen im Frühjahr 1982 kam ein neues Mitglied zur Arbeitsgruppe hinzu, ein Fachmann für den inzwischen stark an Gewicht gewonnenen Bewegungstherapie teil. Dieses neue Mitglied war als Teilnehmer für eben diesen Teil auf dem Expertentreffen. Diese Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist bis jetzt aktuell.

In der Arbeitsgruppe arbeiten derzeit drei Psychologen (Köln/Hamburg/Bad Segeberg), eine Psychologin (Rösrath) und eine Sozialpädagogin und inzwischen Ärztin (Bonn).

Die beruflichen Erfahrungen reichen von klassischer Verhaltenstherapie (Einzel- und Gruppentherapie) über kognitive Therapie bis hin zu Gestalt-, Körper- und Bewegungstherapie sowie Paar- und Familientherapie. Es gibt weitere Erfahrungen in pädagogischer Arbeit mit Kindern und in pädagogisch-psychologischer Ausbildung von Erwachsenen. Kenntnisse in medizinischer Therapie sind ebenfalls vorhanden. Kennzeichnend für die Arbeitsgruppe ist, daß es zwar Überlappungen in Erfahrung und Grundhaltung gibt, daß aber dennoch zum Teil erhebliche Abweichungen zu beobachten sind.

Die Veränderung in der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe markiert gleichzeitig eine Veränderung in der Programmkonzeption. War ursprünglich mehr an ein Trainingsprogramm nach eher verhaltenstherapeutischem Muster und durchaus pädagogischen Anteilen gedacht worden, so entwickelte sich das Programm immer mehr in eine familien-, bewegungs- und kommunikationstherapeutische Richtung.

1.1.2

Das Erwachsenenprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft"

Seit Anfang 1980 bietet die BZgA bundesweit ein Therapieprogramm für adipöse Erwachsene an, das in seiner Effektivität hohen Anforderungen genügt. Es ist ein Programm zur "Normalversorgung" der Bevölkerung, und die Erfolgszahlen sowie die Verbreitung zeigen, daß dieses Programm tatsächlich der allgemeinen Gesundheitsversorgung dient (vgl. ALBERS et al., 1981 a, IMW, 1981).

Das Programm steht im wesentlichen auf zwei Beinen:

- Veränderungen und Verbesserung der Nahrungszusammensetzung, vorübergehende Verringerung der Nahrungsaufnahme, allerdings mit dem wichtigen Ziel von Aus-

gewogenheit.

- Entwicklung eines höheren Maßes an Bewußtheit für eigenes Eßverhalten und für die Randbedingungen dieses Verhaltens zur Erreichung einer stabilen Verhaltensänderung.

Das Programm versteht sich nicht als eigentlich psychotherapeutisch; auftretende schwere psychische Konflikte müssen außerhalb des Programms behandelt werden.

Die Kursleiter haben meist entweder Berufserfahrung im psychosozialen Bereich (Pädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen) oder im Ernährungsbereich (Ernährungsberater, Hauswirtschaftsleiter). Eine solche Kursleitervielfalt ist deshalb möglich, weil für dieses Programm weder spezifische psychologische oder gar psychotherapeutische Fähigkeiten erforderlich sind noch besondere Fachkenntnisse in Ernährungsfragen vorhanden sein müssen.

Das Programm zeichnet sich durch eine klare Struktur aus der Sicht der Kursleiter und der Teilnehmer aus, das heißt, daß für jede Sitzung die Art und Weise des Vorgehens und der Inhalt weitgehend festgelegt sind. Dies ist vor allem deshalb möglich, weil das zugrundeliegende psychologische Veränderungsmodell der Verhaltenstherapie entstammt.

Der Inhalt und das Vorgehen sind in vier Stufen zu beschreiben:

- Verhaltensbeobachtung
- Analyse dieser Beobachtungen
- Verhaltensänderung
- Stabilisierung des neuen Verhaltens.

Das Entscheidende an diesem Programm ist die Tatsache, daß Übergewicht als Ergebnis erlernten Eßverhaltens aufgefaßt wird und dementsprechend durch einen am Verhalten orientierten Umlernprozeß reduziert werden kann, und zwar nach bisherigen Untersuchungen dauerhaft. Auf tiefenpsychologische Modelle für die Entstehung von Übergewicht oder psychodynamische Ansätze wird im offiziellen Programm nicht eingegangen. Interaktionsmodelle nehmen einen angemessenen Raum ein, das heißt, es wird auf den kommunikativen Aspekt von Essen eingegangen, u.a. bei der Verhaltensbeobachtung und bei den aufzustellenden Verhaltensregeln wie auch durch einen Familien- und Gästeabend, der der Einbettung der Kursarbeit in die soziale Umgebung dienen soll.

Aus diesem Erwachsenenprogramm haben sich einige Elemente besonders bewährt. Die Arbeitsgruppe überlegte deshalb, inwieweit diese Elemente auf die Arbeit mit Kindern zu übertragen seien. Dieser Ausgangspunkt hat zu einem ursprünglich relativ stark verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programm für übergewichtige Kinder mit deutlichem Schwerpunkt im Bereich Ernährung geführt. Die Ernährung sollte möglichst genau, wenn auch weitgehend von den Kindern selbst, beobachtet und in allen Bestandteilen auch registriert werden. Die Familie wurde eher als unterstützendes Element denn als Zentralpunkt der therapeutischen Maßnahme gesehen. Das Phasenmodell wurde weitgehend übernommen und damit einhergehend zum Beispiel auch ein zunehmend größer werdender Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen.

Allerdings war das Erwachsenenprogramm gerade auch in seinen Schwächen für die Kinderprogramm-Entwicklung ein Motor: Es sollte mehr präventiv und weniger ausschließlich therapierend gearbeitet werden, um gerade

die bei den erwachsenen Teilnehmern bereits zu beobachtenden Folgeerscheinungen im somatischen Bereich zu verhindern. Dieser Gedanke führte zwangsläufig zur Arbeit mit Kinderneiner möglichst frühen Altersstufe.

Die mangelhaften Möglichkeiten im Erwachsenenprogramm, auf Eßverhalten auslösende bzw. stabilisierende Emotionen, Einstellungen und Konflikte eingehen zu können, motivierten die Arbeitsgruppe, ein Programm zu entwickeln, in dem gerade für diese Hintergrundarbeit mehr Raum gegeben ist. Dies mußte dann notwendigerweise zu einer konzeptionellen Verschiebung in Richtung auf ein mehr psychodynamisches Modell führen. War im Erwachsenenprogramm das Einschleifen neuer Gewohnheiten und die Veränderung von verhaltenssteuernden Randbedingungen vordergründig, so sollte jetzt eine verstärkt tiefende Arbeit stattfinden, um die Veränderung von Grundhaltungen und tieferen Emotionen verhaltensrelevant zu bearbeiten.

Allerdings war diese Verschiebung zu Beginn des hier zu beschreibenden Programms noch nicht ausgereift, so daß aus den damaligen Bemühungen eher abzulesen ist, daß in dem neuen Programm möglichst alles vorhanden sein sollte, das wirken könnte, ohne daß die Vereinbarkeit genügend hinterfragt war.

1.1.3 Begründung eines Programms für adipöse Kinder im Vorschulalter_ _ _ _ _

Eine globale Begründung wurde im letzten Abschnitt bereits genannt: Es sollte präventiv gearbeitet werden, im Sinne der Aufgabenstellung der BZgA, und dies nicht nur, weil es ein im Gesundheitswesen zur Zeit aktueller Trend ist.

Ein Ziel ist es, Folgeerkrankungen aufgrund des Übergewichts (vgl. Ernährungsbericht 1980) zu verhindern. In diesem Bereich kann mit einem erfolgreichen Adipositasprogramm für Kinder primärpräventiv gearbeitet werden. Eine solche Prävention wäre selbstverständlich auch für die Kostenträger von Heilbehandlungen interessant.

Voraussetzung für den präventiven Charakter dieser Maßnahme ist aber, daß kindliches Übergewicht häufig genug zu Übergewicht im Erwachsenenalter führt und dann zu den schon erwähnten Folgeerkrankungen. DUMPERT (1982) berichtet von einem solchen statistisch signifikanten Zusammenhang, bemerkt allerdings, daß gewisse Einschränkungen bei der Deutung der Daten hinzunehmen sind. So hängt der Zusammenhang nicht unerheblich von der Meßmethode ab und schwankt damit von Untersuchung zu Untersuchung. Auch die mitkontrollierten Randbedingungen zeigen einen Einfluß, wie zum Beispiel Lebensalter, Grad der Übergewichtigkeit und soziale Schicht. Neuere exakte Daten liegen derzeit nicht vor.

Es ist dagegen unbestritten, daß für Kinder und Jugendliche Übergewicht bereits ein bedeutendes und vielschichtiges Problem darstellt (vgl. DIEHL, 1978). Deshalb ist gerade im psychosozialen Bereich ein präventives Arbeiten von besonderer Wichtigkeit. Kommunikationsprobleme, gerade bei Heranwachsenden, könnten verhindert oder immerhin deutlich reduziert werden.

Im eigentlichen Gewichtsbereich wird das Programm sekundärpräventiv wirken, das heißt, es wird eine Störung beheben und gleichzeitig verhindern, daß diese Störung erneut verhaltensrelevant wird.

Wenn nun die Entscheidung, mit übergewichtigen K i n d e r n zu arbeiten, gefallen ist, bleibt die Frage, in welchem Alter die Kinder therapiert werden sollten. Im Rahmen

der Erstellung der Programmkonzeption entstanden zu Beginn Ideen, Parallelprogramme für verschiedene Altersstufen zu entwickeln, die zwar einem gleichen Grundkonzept folgen sollten, aber den jeweiligen Altersstufen, und damit dem Entwicklungsstand anzupassen wären. Dieser Gedanke wurde bald verworfen, besonders als deutlich wurde, daß eine relativ einfache Übertragung des Erwachsenenprogramms auf verschiedene Kindergruppen nicht sinnvoll erscheint.

Die Entscheidung fiel dann nach eingehender Diskussion für die Altersstufe 5-7 Jahre, das heißt, Kinder im Vorschulalter. Für diese Altersstufe sprechen folgende Gründe:

- Folgeerkrankungen von Übergewicht sind noch nicht in gravierendem Ausmaß festzustellen.
- Die Kinder befinden sich in einer Phase notwendig werdender Verselbständigung (Schuleintritt).
- Das Familiensystem ist durch den bevorstehenden Schuleintritt labilisiert und somit modifizierenden Maßnahmen zugänglich.
- Da der soziale Nahraum bisher überwiegend der Familienverband war, ist eine noch geringe soziale Diskriminierung anzunehmen.
- Die Stigmatisierung im weiteren sozialen Umfeld (Schule, peer group) ist noch wenig ausgeprägt und kann somit präventiv behandelt werden.
- Die Kinder befinden sich in der "Warum-Frage-Phase", was beinhaltet, daß ihr hoher Wissensdrang positiv genutzt werden kann.

- Die Kinder sind bereits gruppenfähig und können zielorientiert spielen, das heißt, daß sie gemeinsamen Kursaktivitäten zugänglich sind.
- Durch die Schuleintrittsuntersuchung ist eine medizinische Diagnostik ohne großen zusätzlichen Aufwand durchführbar.

Auf dem Expertentreffen wurden Einwände gegen die gewählte Altersstufe geäußert (vgl. ALBERS et al., 1982). Diese Einwände bezogen sich u.a. auf die für eine solche Maßnahme notwendigen Fähigkeiten der Kinder, z.B. Selbstkontrollverfahren durchzuführen. Aus der Literatur kann jedoch entnommen werden, daß auch bereits Kinder dieser Altersstufe zu angemessener Selbstkontrolle in der Lage sind.

Einen weiteren Einwand, daß in dieser Altersgruppe zwar objektive Bedürftigkeit vorhanden sei, was alle dafür kompetenten Experten bestätigten, daß aber vor allem bei den Eltern keine subjektive Bedürftigkeit vorauszusetzen sei, wird in Kapitel 4 näher erläutert. Bei der Konzeptentwicklung ging die Arbeitsgruppe davon aus, diesen Widerstand durch gezielte Werbe- und Motivierungsmaßnahmen überwinden zu können.

1.1.4 Andere Therapiemaßnahmen

Über andere, in aller Regel entweder wenig erfolgreiche oder in größerem Rahmen nicht durchführbare Maßnahmen für Übergewichtige Kinder wurde an anderer Stelle berichtet (vgl. ALBERS et al., 1981 b). Es kann insgesamt festgehalten werden, daß ein erheblicher Teil der therapeutischen Arbeit mit übergewichtigen Kindern von einem eher medizinischen oder ernährungswissenschaftlichen Standpunkt aus geleistet wurde. Dies erklärt auch

die entsprechenden Äußerungen der jeweiligen Fachleute auf dem Expertentreffen. Darüberhinaus wird über individuelle Verhaltenstherapie als Mittel zu Veränderung berichtet.

Es wird in der Literatur über mehrere Versuche berichtet, ein Gewichtsreduktionsprogramm durch einen Bewegungsanteil, meist sportliche oder ähnliche körperliche Betätigung, zu ergänzen, mit dem Ziel, mehr Energie zu verbrauchen. Auch über solche Versuche wurde bereits berichtet (vgl. ALBERS et al., 1981 b). Die Versuche hatten offenbar zum Teil deutliche Erfolge, aber über den Langzeiteffekt ist nichts oder nur wenig bekannt. Dieser dürfte nach realistischer Einschätzung allerdings auch deshalb als gering anzusehen sein, weil ein Problem von Übergewichtigen Kindern langsamere, sparsamere und von normalgewichtigen Kindern divergierende Bewegungsmuster zu sein scheinen (vgl. MAISCH et al., 1966) und verstärkte sportliche Aktivitäten nicht in der Lage sind, grundlegend Bewegungsmuster zu verändern.

Das Ziel der Arbeit mit Übergewichtigen Kindern darf demnach nicht nur sein, das Gewicht mit Hilfe evtl. sogar aufgezwungener, intensiver sportlicher Betätigung zu reduzieren, sondern es muß an den Bewegungsmustern, das heißt an dem Verhältnis des jeweiligen Kindes zu seinem eigenen Körper gearbeitet werden. Damit könnte eine tatsächliche Verhaltensänderung und damit einhergehend schließlich auch eine Motivation zu sportlicher Betätigung zu erreichen sein.

Für Kinder im Vorschulalter gibt es bisher kein wissenschaftlich überprüftes und veröffentlichtes Programm zur Reduktion von Übergewicht. Gruppenprogramme für Schulkinder (SCHÜRMANN, JUNG, 1980, Arbeitsgemeinschaft Hauswirtschaft e.V., 1980/81) haben sich bereits mehr vom

rein ernährungswissenschaftlichen Vorgehen gelöst. Allerdings ist der Anteil des zu erreichenden Ernährungswissens immer noch relativ hoch. Weil es sich um Schulkinder handelt, wurden die Fähigkeiten dieser Kinder, nämlich Rechnen und Schreiben, für das Registrieren genutzt. Besonders kindgemäße, also weniger abstrakte Methoden, die sich auf Vorschulkinder übertragen ließen, kamen kaum zur Anwendung. Deshalb läßt sich vom therapeutischen Ansatz und von den Methoden her aus diesen Projekten nur wenig für das hier vorliegende Programm ableiten.

In einigen Bundesländern wird versucht, kindliches Übergewicht mit Hilfe von zum Teil ausgedehnten Kurmaßnahmen zu reduzieren. Neben den hohen Kosten solcher Maßnahmen sprechen verschiedene Nachteile gegen dieses Vorgehen:

- Wenn stationäre Maßnahmen stattfinden, dann sollten sie nicht zu lang sein, da sie den Kontakt zum Elternhaus unterbrechen und somit Übergewicht und zu viel essen in seinen interaktiven Komponenten vernachlässigen.
- Die Erfahrungen mit Kurmaßnahmen zeigen, daß ein Angebot zur Nachbetreuung, sofern es überhaupt vorhanden ist, nur selten angenommen wird. Damit wäre die alleinige Kurmaßnahme wiederum zeitlich zu kurz, um einen dauerhaften Effekt zu erzielen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß es für Kinder im Vorschulalter leider keine wirklich erfolgversprechende Adipositastherapie gibt. Die in der Literatur berichteten Fälle beziehen sich entweder auf spezifische Einzelmaßnahmen oder sind wissenschaftlich nicht hinreichend abgesichert. Elemente aus anderen Maßnahmen

sprechen tendenziell für die im vorliegenden Programm eingeschlagene Richtung, kindliches Übergewicht nicht als überwiegend medizinisch und ernährungsphysiologisch bedingt und behandelbar anzusehen, sondern zunächst Verhaltensweisen, Einstellungen und Bedingungen in der Familie, die im Zusammenhang mit dem kindlichen Übergewicht stehen, zu thematisieren, um günstigere Voraussetzungen zu schaffen, das kindliche Eßverhalten zu verändern.

1.2 KONZEPTENTWICKLUNG

1.2.1 Aktivitäten der Arbeitsgruppe zur Konzeptentwicklung

Die Entwicklung des hier vorgelegten Programms und damit der endgültigen Konzeption ist das Resultat eines längeren Veränderungsprozesses und nicht das Ergebnis einmal gefaßter und starr durchgehaltener Ideen der Arbeitsgruppe. Im folgenden sollen die entsprechenden Aktivitäten und damit auch die Quellen des Programms aufgelistet werden:

- Überprüfen des Erwachsenenprogramms auf für das Kinderprogramm verwertbare Anteile bzw. Ansätze.
- Aufbereitung eigener beruflicher Erfahrungen.
- Sichtung der Literatur zu kindlichem Übergewicht, dessen vermuteter Verursachung, zu bisherigen therapeutischen Maßnahmen bei kindlichem Übergewicht und zu speziellen Aspekten des geplanten Programms (Familieninteraktion, Bewegungstherapie etc.).

- Treffen der Arbeitsgruppe zu insgesamt 9 Arbeitssitzungen, um wichtige konzeptionelle und Durchführungaspekte des Programms zu diskutieren und zu beschließen bzw. Arbeiten aufzuteilen.
(siehe auch vorliegende Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen)
- Erstellen von Papieren für die BZgA bzw. Kooperationspartner wie Experten und Ärzte, in denen der jeweilige Stand der konzeptionellen Entwicklung dargelegt wurde (siehe Anhang).
- Erstellen eines Programmablaufplanes und der dazugehörigen inhaltlichen Struktur zu verschiedenen Zeitpunkten, entsprechend der Entwicklungsstadien, z.B. zum Expertentreffen, zur Kursleiterschulung und zur endgültigen Fertigstellung.
- Teilnahme einzelner Arbeitsgruppenmitglieder an Tagungen anderer Organisationen zum Zwecke der Programmvorstellung und Diskussion desselben (z.B. Tagung des Verbraucherinstitutes, November 1981, Schulärztekonzferenz in Hamburg, Februar 1982, Ärzterfortbildung in Köln, Mai 1982, Ärztetagung in Bad Segeberg, November 1982).
- Expertentreffen zum seinerzeitigen Entwicklungsstand, März 1982 in Köln. Zu diesem Treffen wurden Experten zu den verschiedenen Programmelementen und solche mit praktischen bzw. Forschungserfahrungen bezüglich adipöser Kinder eingeladen. Ihnen waren vorher jeweils spezielle Fragen zum Programm vorgelegt worden.
- Reaktionen der Arbeitsgruppe auf die sich an das Expertentreffen anschließende interne Diskussion des Programms in der BZgA.

- Teilnahme an Ausbildungs- und Auswertungstreffen für das im Auftrag der BZgA von BRAUN (1981) entwickelte Familientrainingsprogramm im Juli 1981 und April 1982 (vgl. FRÖSCHL, 1982).
- Treffen mit potentiellen Kursleitern;
Kursleiterschulung im Mai 1982, auf der u.a. eine intensive konzeptionelle und Durchführungsaspekte berührende Diskussion stattfand.
- Treffen mit potentiellen Trägerorganisationen der ambulanten bzw. der stationären Maßnahme (siehe auch Protokolle von solchen Verhandlungen und Kapitel 3).
- Treffen mit Vertretern einiger Krankenkassen zur Diskussion von Finanzierungsmöglichkeiten des Programms.
- Vorbereitung und Teilnahme an den Dreharbeiten einer Fernsehsendung zum Thema "Kindliches Übergewicht und mögliche therapeutische Maßnahmen";
Erarbeiten und Zusammenstellen einer Informationsmappe für durch diese Sendung erreichte und interessierte Familien, in deren unmittelbarer regionaler Umgebung kein Kurs angeboten wird (siehe Anhang und Kapitel 3.2.1.5.).
- Erstellen eines Supervisionsmodells und Treffen mit einem externen Supervisor für Köln/Bonn zur inhaltlichen und zeitlichen Absprache der Supervision.
- Konstruktion einer Gewichtswippe und Anfertigen von Kursmaterial (ein Satz) für Erprobungs- und Demonstrationzwecke.

1.2.2 Der mehrdimensionale Ansatz in seiner Begründung und
Entwicklung _ _ _ _ _

In dem Zwischenbericht für 1981 der Arbeitsgruppe (ALBERS et al., 1981 b) wurde bereits ausführlich auf die Grundkonzeption des Programms eingegangen. Das dort Beschriebene soll daher hier nicht wiederholt werden und nur eine kurze Zusammenfassung mit Hinweisen auf Änderungen gegenüber diesem Bericht und Bemerkungen zu Vorläuferideen erfolgen.

Es wird nach wie vor davon ausgegangen, daß die Betrachtung von Übergewicht allein aus ernährungsphysiologischer Sicht, gerade bei Kindern, zu eng ist, und nach aller Erfahrung wenig langfristigen Erfolg zeigt. Die Funktion von Essen und Übergewicht und deren Folgen sind in eine erfolgreiche Maßnahme mit einzubeziehen.

1.2.2.1 Die drei Säulen des Programms

Im Zwischenbericht wurden die drei Grundelemente des Programms bereits geschildert und begründet. Es gelten weiterhin die folgenden inhaltlichen Grundgedanken:

1.2.2.1.1 Überlegungen zum Programmelement
"Ernährung und Ernährungsverhalten"

Direkte Arbeit im Ernährungsbereich ist erforderlich, das heißt am Essen selbst und am unmittelbaren Ernährungsverhalten.

In diesem Programnteil hat es im Verlaufe der Programm-entwicklung erhebliche Verschiebungen gegeben. Es sollte insgesamt nach einem lerntheoretisch orientierten Modell

mit Methoden der Verhaltenstherapie gearbeitet werden (vgl. Kapitel 1.1.2. und ALBERS et al., 1981 b). Auch der Ernährungsbereich sollte mit diesen Methoden angegangen werden. Dabei hatte beim Erstellen des Zwischenberichtes die erhoffte Wirkung von verbessertem Ernährungswissen einen noch unklaren, aber tendenziell nicht geringen Stellenwert. Eine genaue und registrierbare Beobachtungsphase wurde folglich eingeplant. Dieses Vorgehen war wesentlich geprägt von den in dieser Hinsicht guten Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder mit dem Erwachsenenprogramm und durch sonstige verhaltenstherapeutische Arbeit, die in aller Regel eine genaue Baseline-Erhebung voraussetzt.

Es wurde allerdings bald deutlich, u.a. durch Expertenkontakte, daß ein Teil der dadurch von Kindern zu fordernden Fähigkeit von durchschnittlichen Vorschulkindern nicht zu erbringen ist. Schließlich wurde jede genaue Form der Registration von Nahrungsmitteln weggelassen, um die Kinder nicht zu überfordern oder hierdurch die elterliche Kontrolle geradezu herauszufordern.

In der überarbeiteten Programmform soll von Kindern und Eltern die direkte Nahrungsaufnahme und das Eßverhalten auf informeller Ebene, z.B. anhand von Beobachtungsthesen beobachtet werden. Den Eltern ist darüberhinaus ein Mindestmaß an Ernährungswissen zu vermitteln, wenn auch ausdrücklich nicht, um kontrollierend in das Verhalten der Kinder eingreifen zu können. Es ist vielmehr beabsichtigt, hierdurch ggf. das Nahrungsangebot zu modifizieren und/oder zu erweitern sowie Gelegenheit zu geben, auch diesbezüglich am eigenen Modellverhalten arbeiten zu können, z.B.

Zwischenmahlzeiten in ihrer Zusammensetzung zu verändern etc..

Auch die Vorstellung, daß Kinder dieses Alters mit Oberbegriffen für Nahrungsmittel wie z.B. "Gemüse" bereits umgehen können, wurde von den angesprochenen Experten relativiert. Allein damit entfällt die Basis für eine genaue selbstkontrollierte Registration. Das Ausweichen auf einfachere Unterscheidungen, wie z.B. "gute und schlechte" Nahrungsmittel, wurde diskutiert, aber wieder verworfen. Der Hauptgrund für die Ablehnung war, daß es kaum Lebensmittel gibt, die eindeutig einer Kategorie zuzuordnen wären ohne Beachtung der Menge und ihrer Funktion in einer konkreten Eßsituation.

Eine weitere Registrationsform, Wiegen mithilfe einer Gewichtswippe, mußte in ihrer Anwendung ebenfalls deutlich verändert werden. In Gesprächen mit Experten wurde deutlich, daß aufgrund des Wachstums von Kindern in diesem Alter oft nicht mit einer Aktiven, sondern nur mit einer relativen Gewichtsabnahme zu rechnen ist. Deshalb wurde auf allzu häufiges Wiegen mit der ehemals geplanten Punktereistration verzichtet. Wenn nur eine geringe Gewichtsreduktion bei den Kindern zu erwarten ist, wäre ein häufiges und regelmäßiges Registrieren des Gewichts frustrierend und damit demotivierend. Es wurde deshalb dazuübergegangen, Gewicht und Körperkontur durch Schattenriß festzuhalten, um so den Kindern eine relative Gewichtsabnahme und eine eventuelle Proportionsveränderung verdeutlichen zu können.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß sich der Ernährungsteil von einem stark strukturierten, formellen zu einem eher informellen, aber nicht unverbindlichen Programmteil verändert hat. Diese Entwicklung ist bedingt durch die natürlichen Grenzen der Fähigkeiten der

Kinder, durch die befürchteten Widersprüche zum intendierten emanzipatorischen Charakter des Programms, durch Unklarheiten in der Erforschung der Nahrungszusammensetzung bei normal- und übergewichtigen Kindern und durch die Erwartung, daß sich die Ernährung noch nicht stabilisiert und verselbständigt hat und sie somit noch über Modellverhalten und Arbeit an der Familieninteraktion veränderbar ist.

1.2.2.1.2 Überlegungen zum Programmelement
"Interaktion und Kommunikation" _

Familieninteraktion vor dem Hintergrund der realen Einbettung des Kindes und seines Eßverhaltens in die Familie ist ein wichtiges Thema.

Da Kinder in dem intendierten Alter einen erheblichen Teil ihres Lebens im sozialen Nahraum zubringen, und dieser überwiegend die Familie darstellt, und weil bei Kindern noch kein autonomer Status angenommen werden kann, ist nach Funktion und Folgen von Essen und Übergewicht überwiegend innerhalb der Familie zu suchen. Damit ist für ein therapeutisches Vorgehen das Konzept systemischer Familientherapie naheliegend. Dieses Therapiekonzept geht davon aus, daß die Störung eines Familienmitgliedes nicht separat, quasi als individuelle Störung zu behandeln ist, sondern als Störung des Systems Familie aufgefaßt werden muß. Folglich muß eine Therapie dann eine Therapie des Systems sein. Welche Elemente ein solches Vorgehen enthalten kann, ist in dem Zwischenbericht 1981 referiert worden.

Auch nach der Überarbeitung und Modifizierung des Programms ist der inhaltliche Themenschwerpunkt für die Kommunikationsarbeit mit Familien erhalten geblieben, verstärkt durch die Ergebnisse der von DUMPERT (1982) vorgelegten Dissertation: Er konnte feststellen, daß

mütterliches Kontrollverhalten eine wichtige Randbedingung für kindliches Übergewicht darstellt.

Es soll allerdings hier festgehalten werden, daß in dem Element "Interaktion und Kommunikation" kein herkömmliches Kommunikationstrainingsprogramm zu finden ist, das heißt, es werden keine als allgemeingültig günstigen Interaktionsformen erprobt und eingeübt. Der wichtige Unterschied in diesem familientherapeutischen Ansatz besteht darin, daß jeweils unmittelbar mit und in dem System gearbeitet wird. Kommunikationsübungen sind daher nur Hilfsmittel, um das System Familie kennenzulernen und zu verändern. Die Bewertung von Maßnahmen hat also aus systemischer Sicht zu erfolgen.

Diese Unterscheidung ist deshalb wichtig, da sie deutlich macht, daß es hier nur schwer möglich ist, für diesen Programmschwerpunkt ein festes Programm aufzustellen, das heißt einen genauen Ablaufplan mit Inhalten und Übungen für die einzelnen Sitzungen zu erarbeiten (vgl. 1.2.5.2.).

Zusammengefaßt ist zu sagen, daß der kommunikations- und familientherapeutische Ansatz im wesentlichen erhalten bleibt. Die Übungen sollen emotionale, somatische und kognitive Erfahrungen miteinander verbinden. Hintergrund der Arbeit ist die Vorstellung, daß eine Familie mit einem therapiebedürftigen, übergewichtigen Kind ein insgesamt gestörtes System darstellt und deshalb eine Arbeit an eben diesem Gruppensystem erforderlich ist. Entscheidend ist dabei weniger die Form einer einzelnen Übung, als vielmehr die Einordnung und Einbindung derselben in ein Gesamtkonzept der Arbeit mit der Familiengruppe, ebenso wie die kognitive und erfahrungsmäßige Aufarbeitung der jeweiligen Übung.

Damit wird selbstbestimmtes und auch selbstkontrollierendes Verhalten der Kinder angestrebt, welches die Basis für eine stabile und langfristige Veränderung des Eßverhaltens darstellt.

1.2.2.1.3 Überlegungen zum Programmelement
" Bewegung und Körperbewußtsein "

An der Körperlichkeit der Kinder nach bewegungstherapeutischen Gesichtspunkten wird gearbeitet, um über eine Verbesserung der Identifizierung mit dem eigenen Körper und über ein höheres Maß an Bewußtheit das physische und damit auch das psychische Grundmuster zu verbessern.

Körperlichkeit und Bewegung ist in Übergewichtsprogrammen offenbar auf drei Ebenen einsetzbar:

- Sport zum Zwecke des erhöhten Kalorienverbrauchs.
- Sport und sportliche Spiele zum Zwecke körperlicher Ertüchtigung und zur Erhöhung des Selbstwertgefühls aufgrund von erhofften Erfolgserlebnissen.
- Bewegungs- und Körperübungen zum Zwecke der Verbesserung der Körperwahrnehmung und damit einer besseren Körperidentifikation; infolge davon kann es zu einer Motivationsveränderung bezüglich Bewegung und zu einer Veränderung von Bewegungsmustern kommen.

In diesem dritten Element hat es eine wesentliche Entwicklung innerhalb der Arbeitsgruppe gegeben. In der ursprünglichen Zusammensetzung der Arbeitsgruppe 1981 herrschten unterschiedliche Auffassungen darüber, wie die Bewegungs- und Körperarbeit konkret umzusetzen sei. Im Verlaufe der Entwicklung vollzog sich eine

Wandlung von anfänglicher Uneinigkeit, ob der Schwerpunkt auf Sport oder Bewegungstherapie liegen sollte über ein sehr starkes Engagement für Bewegungstherapie hin zu einer Verbindung von bewegungstherapeutischen Elementen mit Bewegungsspielen, die in erster Linie den Teilnehmern Spaß machen sollen.

Es sei jedoch an dieser Stelle deutlich darauf verwiesen, daß der Bewegungsteil im vorliegenden Programm nicht gleichzusetzen ist mit reiner integrativer Bewegungstherapie. In dem vorliegenden Programm werden Übungen aus der integrativen Bewegungstherapie zwar verwendet, allerdings nicht zu dem Zweck, mit ihnen tiefende psychotherapeutische Einzelarbeit zu initiieren, sondern um direkt an der Beziehung zum **eigenen** Körper und zu Anderen zu arbeiten.

1.2.2.2 Der therapeutische Hintergrund

In der Beschreibung der einzelnen Elemente des Programms im vorigen Abschnitt dürfte deutlich geworden sein, daß eine Schwierigkeit des Programmkonzeptes darin besteht, verschiedene therapeutische Modelle und Richtungen mit zum Teil kontroversen oder doch zumindest unterschiedlichen Lernzielen zu koordinieren. Es muß sichergestellt werden, daß es nicht zu gegenseitiger negativer Beeinflussung von gegensätzlichen Programmelementen und -zielen kommt.

Zu Beginn der Arbeit war von einem überwiegend verhaltenstherapeutischen Grundmodell ausgegangen worden. Die Veränderung nach einem solchen Modell läßt sich in Stufen oder Phasen aufteilen (vgl. 1.1.2.). Dieses Stufenmodell fand in leicht abgewandelter Form auch bei der Zusammenstellung des endgültigen Programms und bei der Auswahl von Übungen Anwendung.

Da Veränderungen auf mindestens drei Gebieten angestrebt werden, (Ernährung, Kommunikation und Bewegung), diese Veränderungen jedoch nicht parallel zu erwarten sind, kann es keine einheitlichen Phasen (Beobachtung, Veränderung und Stabilisierung) geben. Dadurch, daß der Ernährungsteil und der verhaltenstherapeutische Ansatz an Gewicht verloren haben, tritt die Möglichkeit zu situativem Reagieren mehr in den Vordergrund.

Das vorliegende Konzept hat sich mehr in Richtung auf ein Wachstumsmodell entwickelt, bei dem die oben aufgeführten Phasen eigentlich nur noch in ständiger Verschränkung aufzufinden sind. Durch die Hinzunahme familientherapeutischer Konzepte ist auch das dem verhaltenstheoretischen Ansatz innewohnende Defizitmodell in den Hintergrund getreten.

Familientherapeutisch arbeiten heißt mehr, die Teilnehmer zu befähigen, darüber zu entscheiden, wie etwas zusammenpaßt und wie es in einem System funktioniert, anstatt zu bewerten, was richtig oder falsch ist (vgl. LUTHMANN/KIRSCHENBAUM, 1977).

Der scheinbare Konflikt zwischen verhaltens- und familientherapeutischen Methoden, z.B. hinsichtlich der Symptomzuschreibung, wäre tatsächlich schwer zu lösen, wenn wirklich reine Verhaltenstherapie und reine Familientherapie gegeneinander ständen. Dies ist jedoch im vorliegenden Programm nicht der Fall. Es handelt sich - auch nach allen Veränderungen - um ein Programm zur stabilen Reduktion von kindlichem Übergewicht. Es kommen hierin Elemente und Sichtweisen aus verschiedenen Therapieschulen zum Einsatz. Diese Elemente haben jeweils verschiedene Funktionen und somit auch verschiedene Bedeutungen.

Der Familieninteraktionsansatz ist der übergreifende, das heißt, daß Themen wie Kontrolle und Gewähren lassen und Belohnung im System Familie betrachtet und von der Familie insgesamt geändert werden. Damit tritt das Übergewicht als isoliertes Symptom zunächst etwas in den Hintergrund. Das Programm ist so angelegt, daß die Symptombehandlung keinen sonderlich breiten Raum einnimmt. Die Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Eßverhalten selbst kann dann durchaus mit verhaltenstherapeutischen Mitteln erfolgen, allerdings erst dann, wenn die Familie akzeptiert hat, daß hier nicht losgelöst das Problem eines Einzelnen, nämlich des Übergewichtigen Kindes, gelöst bzw. behandelt wird.

In einem Punkt gibt es sogar eine gute Übereinstimmung zwischen beiden Schulen: Das Programm strebt eine weitgehende Selbstkontrolle bei der Veränderung an. Damit Familien, das heißt insbesondere die Eltern, das zulassen können, müssen sie sich in aller Regel sehr intensiv mit ihrem Familiensystem, das heißt auch mit ihren vorherrschenden Interaktionsmustern, z.B. im Bereich Kontrolle, auseinandergesetzt haben.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß in dem vorliegenden Programm verschiedene therapeutische Schulen "genutzt" und in Einklang gebracht werden. Es hat eine Entwicklung von einer mehr auf das Symptom Übergewicht konzentrierten Arbeitsweise hin zu einer, das Symptom in Folge mitverändernden Arbeitsweise, also von mehr verhaltenstherapeutischem zu mehr interaktions- und systemtherapeutischem Vorgehen. Besonders für die Kinder soll der Veränderungsprozeß möglichst nah an ihren Gefühlen und unmittelbar spürbar erfolgen, weshalb auch die bewegungstherapeutischen Elemente einen so hohen Stellenwert bekommen haben. Eine kognitive Auf-

arbeitung, zum Teil auch im Sinne kognitiver Verhaltenstherapie, muß zwar auch stattfinden, schwerpunktmäßig jedoch auf Seiten der Erwachsenen. Pädagogische Elemente, z.B. auch die Vermittlung von Ernährungswissen, sind bei aller Wichtigkeit zwar auch nach wie zuvor repräsentiert, jedoch gegenüber den anderen Programminhalten und -zielen weitgehend in den Hintergrund getreten.

1.2.3 Organisatorischer Rahmen

1.2.3.1 Zeitraum, Träger, Kursleiter etc.

Die wesentlichen Bedingungen für die Durchführung des Kursprogramms stehen schon seit langem fest und sind deshalb schon in anderen Berichten enthalten und begründet (vgl. ALBERS et al., 1981 a/b).

Die Dauer der Maßnahme (ca. 1 Jahr) muß beibehalten werden, weil sich keine Informationen finden ließen, die den Rückschluß zulassen würden, daß auch eine kürzere Maßnahme einen stabilen Erfolg erzielen könnte.

Die Vorgabe über die Anzahl der Familien bleibt ebenfalls bestehen (6-8 Familien ambulant und bis zu 10 Familien teilstationär), da hier auch die Belastung der Kursleiter und anderen Kursmitglieder eine natürliche Grenze setzt.

Die Abfolge der einzelnen Sitzungen und die zeitliche Aneinanderreihung sowie die Aufteilung der Zielgruppe in Subgruppen hat inzwischen eine erhebliche Änderung erfahren (vgl. Kapitel 1.2.5.1. und 1.2.5.2.).

Ebenfalls sind Änderungen bezüglich der Kursleiterqualifikation vorgenommen worden. Die ursprüngliche Vorgabe, ausschließlich Sozialpädagogen mit Berufserfah-

rung mit Vorschulkindern und in der Familienarbeit zu gewinnen, konnte nicht vollständig eingehalten werden (siehe auch Kapitel 3). Allerdings hatte sich dieser Anspruch schließlich auch weitgehend modifiziert, da sich zeigte, daß die vermutete Kompetenz in dieser Berufsgruppe unter den zu Erreichenden nicht sehr häufig vertreten war.

Die Idee, Kursleiterpaare geschlechtsheterogen zu bilden wurde beibehalten. Dies war schon allein deshalb erforderlich, weil der Aspekt der Interaktion und Kommunikation in der Familie an Gewicht gewonnen hat und damit das Paarmodell bzw. die Paarprojektionsfläche noch bedeutsamer wurde (siehe auch Kapitel 3).

Im Zwischenbericht 1981 wurde angegeben, daß Kurse in

- Volkshochschulen,
- Familienbildungsstätten,
- ärztlicher Praxis,
- Projekten mit stadtteilbezogener Arbeit und
- Heimen als Kurmaßnahme für Mütter mit Kindern

stattfinden sollten. Dies geschah mit der Vorstellung, möglichst breit gestreut den Pretest anzulegen um hinterher über die verschiedenen Anwendungsformen des Programms Aussagen machen zu können.

Dieses Prinzip soll grundsätzlich beibehalten werden. Allerdings wurde, auch aufgrund von mangelnden Möglichkeiten im Pretest auf die stadtteilbezogene Arbeit verzichtet. Ein solches Vorgehen hätte zudem neben der jetzt entwickelten ambulanten und teilstationären Maßnahme die Erarbeitung einer dritten Konzeptionsvariante erfordert, da die vollständige Einbindung eines fertigen Kursprogramms in ein gemeindenahes Stadtteilprojekt kaum möglich gewesen wäre.

(Trägerinstitutionen für den Pretest siehe Kapitel 3).

1.2.3.2

Teilstationäre versus ambulante Maßnahme

Zu Beginn der Arbeit bestand - wie schon in 1.1.3. erwähnt - die Vorstellung, mehrere Parallelprogramme zu entwickeln. Ein Programm mit einem Grundkonzept sollte für verschiedene Altersstufen jeweils angemessen aufbereitet werden. Diese Idee wurde jedoch verworfen, da es wichtiger erschien, e i n Programm für e i n e Zielgruppe unter Variationen der Randbedingungen in seinen verschiedenen Möglichkeiten auszutesten. Einige Randbedingungsvarianten ergaben sich zwangsläufig durch die verschiedene Trägerschaft der durchführenden Institution.

Da bisher und zur Zeit ein wesentlicher Teil der Arbeit mit Übergewichtigen Kindern in Kurmaßnahmen stattfindet, und das in aller Regel mit geringem Langzeiterfolg, erschien es sinnvoll, die Übertragbarkeit der Grundkonzeption, nämlich die Verbindung von kommunikations- und bewegungstherapeutischen Elementen mit der verhaltenstherapeutischen Arbeit am Essverhalten auch auf die Gegebenheiten einer Kur zu übertragen.

Die Kurmaßnahme sollte nach dem gleichen Prinzip arbeiten, wie die ambulante Maßnahme. Es war eine dreiwöchige Kur geplant mit einer ca. sechswöchigen Vorbereitungsphase und einer Nachbereitung in Form einer ambulanten Kursfortsetzung bis zum Ablauf eines Jahres. In dieser Nachbereitung sollte, ähnlich wie in der ambulanten Maßnahme, der Kurs durch immer größer werdende Abschnitte zwischen den einzelnen Sitzungen langsam auslaufen. Die eigentliche intensive Beobachtungs- und Veränderungsphase sollte in der Kur stattfinden.

Ähnlich wie bei der ambulanten Form hat es auch hier wesentliche Veränderungen im Konzept gegeben, die in Kapitel 1.2.5.1. und 1.2.5.2. beschrieben werden.

tischen Arbeit mit adipösen Kindern erfahrenen Experten sehr skeptisch gegenüber diesem Anspruch an die Gesamtfamilie waren. Diese Skepsis ist sicherlich zu einem Teil aus der spezifischen Art zu arbeiten und dem jeweiligen beruflichen und persönlichen Hintergrund der befragten Fachleute zu interpretieren, sie scheint aber auch auf einer realistischen Einschätzung der Zielgruppe zu beruhen (vgl. auch Kapitel 3).

Diese von den Teilnehmern zu erwartenden Schwierigkeiten werden vermutlich noch dadurch unterstützt, daß nicht nur viele Experten, sondern auch die Betroffenen Übergewicht eher als ein medizinisches Problem - Drüsen und Stoffwechsel - oder ernährungsphysiologisches Problem - Suche nach einer guten Diät - ansehen, als es zumindest auch als ein psychologisches Problem - Hinterfragen von Verhalten, Einstellungen und Interaktionen - zu akzeptieren.

- Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf die Destabilisierungsmöglichkeiten des Familiensystems von unerfahrenen Kursleitern in ungünstigen Situationen. Bei diesem Einwand wird jedoch von einer Machtfülle des Kursleiters ausgegangen, die nicht anzunehmen ist. Gesunder Widerstand der Familien oder einzelner Mitglieder gegenüber zu gravierenden oder zu schnellen Änderungen und die Fähigkeit von Systemen, ihre Heilung durch natürliche Selbstheilungskräfte zu unterstützen und auch zu steuern, wird bei diesem Einwand ungerechtfertigt klein erachtet. Die psychotherapeutisch erfahrenen Experten bestätigten diese Hemmschwelle seitens der Familien, u.a. auch deshalb, weil der systemische Ansatz an sich noch nichts darüber aussagt, mit welcher Tiefung mit dem System Familie gearbeitet wird, das heißt, wie sehr die existierende Familienhomöostase tatsächlich gefährdet ist.

- Ein weiterer Diskussionspunkt war der potentielle Konflikt zwischen Verhaltenstherapie und Familientherapie. Es wurde die Integrationsmöglichkeit verhaltenstherapeutischer Vorgehensweise und solcher aus der Familientherapie aus grundsätzlichen Erwägungen heraus angezweifelt. Verhaltenstherapie sei per se ein symptomzentriertes Vorgehen, dagegen werde in der Familientherapie gerade dem Symptom bewußt wenig Beachtung geschenkt, aber auf die Funktion des Symptoms, bzw. des Symptomträgers und der Symptomzuschreibung geachtet. Übersetzt heißt das, daß ein Verhaltenstherapeut sich besonders um das Übergewichtige Kind zu kümmern hätte, um dessen Übergewicht zu beseitigen, wogegen der Familientherapeut mit dem System Familie arbeitet, in dem e i n, das heißt deutlich sichtbares Symptom, das Übergewicht eines Kindes ist.

Im vorliegenden Programm sollen jedoch lediglich Elemente und Arbeitsansätze verschiedener therapeutischer Richtungen zu einer effektiven Synthese zusammengefügt werden.

- Weiterhin wurde auf dem Expertentreffen die Frage nach der Kursleiterkompetenz lebhaft diskutiert. Neben der Tatsache, daß einige Experten gern Vertreter ihrer eigenen oder verwandter Berufsgruppen als Kursleiter gesehen hätten, wurden zwei erwägenswerte Vorschläge gemacht:
- Es sollten berufsgruppengemischte Kursleiterpaare gewählt werden um deren Effekt in einer Pretest-Phase zu erproben. Ein Beispiel hierfür wäre die Zusammenarbeit von Ernährungsberater und Psychologe.

Ein solches Vorgehen würde jedoch zu einer erneuten starken Gewichtung des Ernährungsaspektes im Programm

führen und darüberhinaus wäre die für familientherapeutische Interventionen geforderte gleiche Kompetenz eines heterogeschlechtlichen Kursleiterpaares nicht mehr gegeben, sodaß diese an sich interessante Idee wieder verworfen wurde.

- Es sollte von der Berufsgruppe der Sozialpädagogen abgerückt werden, weil diese nicht spezifisch für das Vorhaben, nämlich der Arbeit mit Familien ausgebildet sind, und stattdessen auch Erzieher und Psychologen einbezogen werden, sofern diese über die einschlägigen Erfahrungen verfügen.

Auf diesen Vorschlag wurde schließlich bei der Kursleiter-Rekrutierung für den Pretest eingegangen.

- Abschließend sei erwähnt, daß die Registration der Nahrungsaufnahme durch die Kinder bzw. durch die Eltern von einigen Experten als unerläßlich angesehen wurde. Der geplante Wegfall jeglicher Registration aus oben erwähnten Gründen (vgl. Kapitel 1.2.2.1.1.) stieß zum Teil auf erheblichen Widerstand obgleich dieselben Experten zugaben, daß gerade auch bei normalgewichtigen Kindern die tägliche Nahrungsmenge und -zusammensetzung erheblich schwankt und die Übergewichtigen kaum deutliche Besonderheiten aufweisen (vgl. ALBERS et al., 1982 und DUMPERT, 1982).

1.2.5 Veränderungen in der Konzeption seit Frühjahr 1982

Insbesondere das Expertentreffen gekoppelt mit der anschließenden Diskusseion mit und in der BZgA sowie das Seminar mit den für den Pretest ausgewählten

Kursleitern haben zum Teil zu grundlegend neuen Überlegungen bzw. Neugewichtungen von früheren Konzeptionsgedanken geführt. Insofern hatte das Expertentreffen entscheidende Konsequenzen für die weitere Programmerstellung. Einige dieser Änderungen wurden bereits oben erläutert, z.B. im Programmelement "Ernährung und Ernährungsverhalten". Zwei weitere wesentliche Abwandlungen gegenüber dem ursprünglichen Programmkonzept seien hier kurz erwähnt und begründet:

1.2.5.1 Der familientherapeutische Teil im Programm

Anfänglich war von einer strengen familientherapeutischen Konzeption ausgegangen worden: Wenn Adipositas bei Kindern ein Ausdruck einer Störung der familiären Interaktion und damit des Familiensystems ist, dann ist es angezeigt, eben dieses gesamte System zu therapieren. Daraus kann abgeleitet werden, daß nur eine Arbeit, die mit allen Familienmitgliedern gleichzeitig stattfindet, erfolgversprechend ist.

Es war zwar von vorneherein zu erwarten, daß es schwer sein würde, solche vollständigen Systeme in den Kurs zu bekommen, aber die Erfahrungen der zu Beginn der Konzeptionsentwicklung angesprochenen Familientherapeuten waren durchaus ermutigend. Darüberhinaus hatte mindestens ein Mitglied der Arbeitsgruppe eigene positive Erfahrungen in der Arbeit mit ganzen Familien.

Der familientherapeutische Ansatz in diesem Programm darf allerdings nicht ideologisch starr gesehen werden und darf auch nicht nur dann als realisiert gelten, wenn - möglichst immer - die Gesamtfamilie zum Kurs kommt. Bei Nichtbeachtung dieses sehr wichtigen Aspektes von Seiten der Durchführenden ist die Gefahr des Scheiterns an eben diesem Kriterium groß.

Verschiedene Vertreter der Familientherapie sehen dieses Problem ebenfalls und bieten deshalb in ihren Ausbildungen besonders auch die Arbeit mit familiären Subsystemen an (vgl. LUTHMANN/KIRSCHENBAUM, 1977).

Familientherapie ist demnach nicht nur die Therapie der Gesamtfamilien, in deren realer Anwesenheit, sondern auch die Therapie von Subsystem oder sogar Einzelpersonen vor dem familiären Hintergrund. Entscheidend ist daher auch im vorliegenden Programm nicht die Anwesenheit aller Familienmitglieder, sondern die Einbindung der Therapie in die Familie und die Basierung der therapeutischen Interventionen auf dem sozialen Gefüge der Familie. Bei der Arbeit mit Subsystemen ist vor allem darauf zu achten, daß möglichst alle für das Gesamtsystem relevanten Subsysteme erreicht werden. Dieser Anspruch ist nur familienindividuell zu erfüllen und entzieht sich damit weitgehend der Übertragung in ein festgeschriebenes Kursprogramm.

Aufgrund von vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen lassen sich jedoch einige globale Aussagen über die für kindliche Adipositas relevanten Subsysteme machen. So zeigt DUMPERT (1982) z.B., das mütterliches Erziehungsverhalten - und hier besonders kontrollierendes Verhalten - mit Übergewicht bei Kindern korreliert, und er fand Hinweise, daß dieser Verhaltensstil auch bei der Genese von Adipositas eine signifikante Relevanz hat.

Daraus kann abgeleitet werden, daß das Subsystem Mutter und adipöses Kind möglichst häufig am Kurs teilnehmen sollte und sich somit die entscheidende Dyade "Versorger" und "Überversorgter" ("Betreuer" und "Überbetreuter") im Kurs befindet. Durch diese Thesen und Forderungen soll die Bedeutung von Vätern und anderen Geschwistern nicht abgewertet werden, sondern nur auf mögliche Durchführungsformen hingewiesen werden, falls die Gesamtfamilie nicht zu erreichen ist. Selbstver-

ständig gilt das Gesagte auch mit vertauschten Rollen, wenn die Hauptversorgende und erziehende Person der Vater und nicht die Mutter ist.

Die Erfahrungen mit dem im Auftrage der BZgA entwickelten Familientrainingsprogramm von BRAUN (1981) zeigten ebenfalls, daß eine Zusammenstellung von Kursen mit vollständigen Familien außerordentlich schwierig zu sein scheint, bzw. nur dann gelingt, wenn man entweder Einschränkungen, auch bezüglich der Repräsentativität toleriert, oder auf einen etablierten organisatorischen Rahmen zurückgreifen kann (vgl. FRÖSCHL, 1982).

Ein anderer Aspekt läßt sich noch aus diesen zu erwartenden Schwierigkeiten ableiten und hat dann nach dem Expertentreffen zu einer konzeptionellen Verschiebung geführt: Wenn die konstante Teilnahme einer Gesamtfamilie infrage gestellt werden muß, sollte eine weitere Motivierungsmöglichkeit im Kursprogramm, insbesondere für die teilnehmenden, betroffenen Kinder angeboten werden. Es ist anzunehmen, daß dazu besonders die Kindergruppe geeignet ist. Es wurde deshalb auf einige gemeinsame Sitzungen zu Gunsten von getrennten Kinder- und Erwachsenensitzungen verzichtet (vgl. Kapitel 2). Dies geschah mit der Erwartung, daß sowohl die Kinder als auch die Eltern hierdurch ein zusätzliches Wirgefühel innerhalb ihrer Untergruppe entwickeln können (z.B. "unsere Spielgruppe"), welches dann auch motivationsfördernde Wirkung hat. Über eine Elterngruppe kann es gerade auch den skeptischen Elternteilen gelingen, sich doch noch in den Kurs einzugliedern, ähnlich wie z.B. bei einem Gesprächskreis für Eltern. Die Kursleiter können so gewonnene Eltern nach und nach in das Gesamtkurssystem

einbeziehen, ohne allzu großen Widerstand zu provozieren. Familientherapeutische Arbeit ist schon allein deshalb möglich, weil es ja auch immer wieder gemeinsame Sitzungen gibt und damit der Zusammenhang zwischen dem Symptom und der Familie nicht verlorengelassen kann.

Die Aussage über die teilweise Trennung der Familien in Kindergruppe und Erwachsenenengruppe gilt gleichermaßen für die ambulante wie für die teilstationäre Maßnahme. Für die Letztgenannte zeigt sich das geschilderte Problem noch drastischer, weil nicht davon ausgegangen werden kann, daß an einer Kurmaßnahme die Gesamtfamilie teilnehmen wird, das heißt, daß der Urlaub dafür "geopfert" wird. Ganz abgesehen von der Tatsache, daß dafür kein Kostenträger zu finden sein dürfte.

Da es auch aufgrund von Äußerungen auf dem Expertentreffen bekannt ist, daß es offenbar schwer ist, Familienangehörige zu gemeinsamer Arbeit im Anschluß an Kurmaßnahmen zu bewegen, ist es hier besonders dringend erforderlich, auf verschiedenen Ebenen Bande zum Kursprogramm, auch schon während der Kur, zu knüpfen. Mutter und adipöses Kind werden durch die stationäre Maßnahme zu einem stabilen Subsystem. Durch Elterngruppen in der Nachbetreuung kann über die Mutter der Vater gewonnen werden, insbesondere auch deshalb, weil er bereits über tageweise Teilnahme an der Kurmaßnahme an den Wochenenden Kontakte zur Gesamtgruppe geknüpft haben sollte. Am schwierigsten dürfte die Einbindung der restlichen Geschwister in den Gesamtkurs sein. Auch hier ist der Anknüpfungspunkt die Besuche der Kurenden an den Wochenenden.

Es bleibt insgesamt festzuhalten, daß in der Programmform der familientherapeutische Ansatz in drei unterschiedlichen Realisationen verfolgt wird:

- Wie bereits ursprünglich geplant, wird es eine gewisse Zahl von gemeinsamen Sitzungen geben. In diesen Sitzungen kann gemeinsam agiert, z.B. Gelerntes umgesetzt und Kommunikation beobachtet und erprobt werden.
- In den zwei Untergruppen, je einer für Eltern und Kinder, wird an den gemeinsamen Problemen gearbeitet vor dem Hintergrund der Familie unter Zuhilfenahme eines Wirgefühls in der peergroup. Dabei darf weder der Fehler klassischer Kindertherapie, losgelöst von den Eltern und der Familie, noch der Fehler herkömmlicher Erziehungsberatung, Erziehung als einen einseitigen hierarchischen Prozeß weitgehend ohne Wechselwirkung zu sehen, gemacht werden.
- Es wird - zum Teil zwangsläufig - mit Subsystemen der Familie gearbeitet, ähnlich wie in "normaler" Familientherapie, das heißt gleichermaßen mit den real Anwesenden wie mit den Imaginären, nämlich den abwesenden Familienmitgliedern.

1.2.5.2 Überlegungen zum Programmablaufschema

Zum Expertentreffen wurde ein genauer Ablaufplan für die gesamte ambulante Maßnahme vorgelegt (vgl. Anhang). In diesem Ablaufplan waren Übungen, Lernziele bzw. Themen und Zeitvorgaben sowie die jeweilige Zielgruppe genau festgelegt. Die Vorlage eines solchen Ablaufplanes verfolgte im wesentlichen drei Ziele:

- Die eingeladenen Experten sollten von dem geplanten Vorgehen ein möglichst genaues, das heißt auch ein möglichst konkretes und praxisnahes Bild erhalten, um dann wiederum möglichst konkrete umsetzbare Hinweise geben zu können.

- In der Testphase sollte das Programm in den verschiedenen Regionen möglichst parallel und damit vergleichbar angeboten werden. Gerade für die wissenschaftliche Überprüfung waren die üblichen Kriterien für eine solche Testung kaum einzuhalten, insbesondere weil aufgrund der zu erwartenden Kosten nur von einer relativ geringen Zahl von Pretestgruppen ausgegangen werden konnte (vgl. auch Kapitel 3), und weil bereits eine gewisse Zahl anderer variierender Randbedingungen einzubeziehen waren (z.B. Region, teilstationär versus ambulant, verschiedene Supervisoren etc.). Um nicht noch die kaum zu kontrollierende Variable "Ausfüllung eines Rahmenkonzepts" nach situativen Gegebenheiten durch das jeweilige Kursleiterpaar überprüfen zu müssen, wurde dieses genaue Ablaufschema konzipiert und formuliert.
- Für die Arbeitsgruppe selbst war es wichtig, die verschiedenen, z.T. miteinander konkurrierenden Programmentelemente insgesamt in einem realisierbaren Ablaufplan aufzubereiten um aus der Phase der Erörterung von Einzelideen endgültig hervorzutreten.

Bereits nach eingehender Diskussion wurde deutlich, das hierdurch ein anderer, vielleicht wichtigerer Programmgrundsatz aufgegeben wurde: Das Programm sollte emanzipatorischen Charakter haben, das heißt, es sollte gerade auch Freiraum für Selbstbestimmung der Teilnehmer ermöglichen, z.B. der adipösen Kinder, die bisher wenig positive Erfahrungen im "Gewähren lassen" haben. Bei der Erprobung einzelner Programmelemente in dem Seminar mit den zukünftigen Kursleitern wurde gerade dieser Teil von den an einer Übung exemplarisch beteiligten Eltern moniert, nämlich daß ihnen kein Frei-

raum für selbst vorgeschlagene Spiele gelassen worden sei. Damit wäre ein wichtiges Potential und eine Veränderungskraft in einem therapeutischen Programm verschenkt worden.

Der zweite Widerspruch wurde ebenfalls auf diesem Seminar besonders deutlich: Es wurden - anders als z.B. bei dem Erwachsenenprogramm - hohe Ansprüche an die Qualifikation der Kursleiter gestellt. Das Programm sollte im wesentlichen einem familientherapeutischen Konzept folgen. Ein wichtiges Kennzeichen von Familientherapie - und nicht nur davon - ist es, daß sich der Therapeut auch als Teil des Systems betrachtet, daß er zwischen der Rolle des Beobachters von Prozessen und der des Teilnehmers an diesen wechselt. Er darf nicht nur der Experte von außen sein. Eine solche Auffassung setzt die Möglichkeit zu situativem Reagieren voraus. Die ursprüngliche Programmvorgabe schränkt allerdings diese Möglichkeit extrem ein. Sie entspricht eher einem Trainingsprogramm bestimmter festgelegter neuer Verhaltensweisen. Daß das vorliegende Programm einen solchen Anfang genommen hatte, mag u.a. auch in dem Konzept des Erwachsenenprogramms und den dort gemachten Erfahrungen auf Kursleiterschulungen begründet sein.

Aufgrund diverser Diskussionen im Verlauf des Sommers 1982 hat die Arbeitsgruppe beschlossen, ein neues Konzept für die Programmdurchführung, und dabei besonders für die Vorgabe für die Kursleiter, zu entwickeln. Es gibt jetzt Standardformen für Kurssitzungen, verschiedene für unterschiedliche Sitzungstypen, es gibt Themenlisten und Vorschläge für die Reihenfolge, in der diese abzuhandeln sind und es gibt Karteikarten, auf denen Übungen und Spiele dargestellt sind, die zu be-

stimmten Themen in bestimmten Sitzungen eingesetzt werden können (vgl. Kapitel 2 und Programmmaterial im Anhang).

Letztlich können nun die Kursleiter selbst entscheiden, wie starr sie sich an die Vorgaben halten wollen, weniger aufgrund ihrer Fähigkeiten als vielmehr aufgrund situativer und prozessualer Angemessenheit, und welches Thema mit welcher Übung im Kurs behandelt wird. Damit besteht zwar die Wahrscheinlichkeit, daß die Kurse unterschiedlich ablaufen, was jedoch einem realitätsgerechten Vorgehen entsprechen dürfte.

Es ist damit auch ein wichtiger Schritt in Richtung Angemessenheit getan worden. Die Pretest-Forschung des Programms kann somit nur mit qualitativen Methoden und Methoden der Aktionsforschung betrieben werden, weil u.a. der Entwicklungsprozeß beforscht werden soll, das Programm nicht rigide als fertig angesehen wird und in genau dieser Form untersucht und überprüft werden soll. Während der Pretest-Phase sollen Änderungen im Programm möglich sein und es soll sich um klinische Therapie-Prozeßforschung handeln, die abgesehen von medizinischen oder anderen Zählraten, wie z.B. Teilnahmehäufigkeit, quantitativ nur ungenügend zu erfassen ist.

Diese Veränderung kommt einer zu Anfang der Programm-erarbeitung bereits gehegten Idee wieder nahe, das Programm ganz offen mit Hilfe intensiver Supervision erst in der Pretest-Phase zu entwickeln, das heißt Evaluations- und Aktionsforschung miteinander zu verbinden. Bei einem solchen Vorgehen wäre die größte Gewähr für situative und prozessuale Angemessenheit gegeben.

2. DAS KURSPROGRAMM

Im folgenden wird das Programm, wie es zum Zeitpunkt dieses Berichtes zur Verfügung steht, in seinen organisatorischen Rahmenbedingungen, seiner Struktur und seinen Inhalten beschrieben. Besonders die Programmstruktur, aber auch die Gewichtung der Programminhalte, sowie die Realisierbarkeit einiger organisatorischer Erfordernisse waren in dem zurückliegenden Jahr der Entwicklung häufig Gegenstand von Diskussionen innerhalb und außerhalb der Arbeitsgruppe, was zu laufenden Überarbeitungen führte. Diese wurden im vorangehenden Abschnitt ausführlich beschrieben.

2.1 Organisatorischer Rahmen des Programms

2.1.1 Durchführungsformen

Das Programm liegt in zwei Versionen zur Erprobung bereit:

- Als Kurssystem zur Durchführung in Einrichtungen der Familienbildung oder Gesundheitsvorsorge für Teilnehmer eines Stadtteils bzw. einer Gemeinde, im folgenden als "ambulante Maßnahme" bezeichnet.
- Als dreiwöchige Kur mit kurzer Vor- und intensiver ambulanter Nachbetreuung für Teilnehmer einer Region, im folgenden als "teilstationäre Maßnahme" bezeichnet.

Wegen der verbreiteten Gepflogenheit von Ärzten und Krankenkassen, Übergewichtige Kinder zu kostspieligen "Abspeckkuren" zu schicken, obwohl inzwischen hinreichend bekannt sein dürfte, wie gering die langfristige Wirkung solcher Maßnahmen ist, schien es reizvoll und sinnvoll, die Konzeption als Alternative zur gängigen durchführungsform auch als erweiterte Kur anzubieten.

2.1.2 Zielgruppe, Gruppengröße, Vorgespräche

Angesprochen sind Familien, die mindestens ein Übergewichtiges Kind im Alter von 5-7 Jahren haben. Um eine Überbeanspruchung zu vermeiden, sollten die Kinder bei Kursbeginn möglichst noch nicht eingeschult sein. Es ist beabsichtigt, das Programm so anzubieten, daß auch Kinder bzw. Familien aus der Unterschicht erreicht werden.

Pro Kurs sollten mindestens 6, höchstens 8 Familien aufgenommen werden, für die teilstationäre Maßnahme bis zu 10 Familien.

Vor Kursbeginn sollten interessierte Familien von einem der Kursleiter besucht werden. In einem ausführlichen Vorgespräch sollen die Familien über Ziele, Methoden und Inhalte des Kurses informiert werden, um dann über ihre verbindliche Teilnahme besser entscheiden zu können. Gleichzeitig dient dieses Gespräch dem Kursleiter dazu, die Familie, auch in kursrelevanten Bereichen, kennenzulernen und entscheiden zu können, ob diese Familie in die geplante Gruppe paßt (vgl. Leitfaden für Erstinterviews im Anhang).

2.1.3 Träger

Als Veranstalter des Kurses kommen die verschiedensten öffentlichen Einrichtungen der Familienbildung und der Gesundheitsvorsorge in Frage, z.B. Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Erziehungsberatungsstellen, Bildungswerke verschiedener gemeinnütziger Organisationen, Zentren für gemeinde- und stadtteilnahe Sozialarbeit, Gesundheitsämter, "Gesundheitsläden" der Krankenkassen und Ärztehäuser.

Die teilstationäre Maßnahme wird am leichtesten von solchen gemeinnützigen Organisationen durchzuführen sein, die sowohl über ein Heim für Mutter-Kind-Kuren als auch über eine Einrichtung für ambulante Kursdurchführung verfügen (z.B. Arbeiterwohlfahrt).

Das Kurheim sollte nicht zu weit vom Wohnort der Familien entfernt liegen, damit Mutter und Kind von ihrer Restfamilie an den Wochenenden besucht werden können.

Die BZgA tritt in der Anlaufphase insofern auch als Träger der Maßnahmen auf, als sie das Kursmaterial weitgehend zur Verfügung stellt, die Kursleiter ausbildet und sich zentral für die Kostenübernahme durch Krankenkassen unter dem Gesichtspunkt der Sekundärprävention einsetzt.

2.1.4

Kursleiter_

Als Kursleiter sind vor allem Sozialpädagogen und Erzieher vorgesehen, die

- Erfahrung im Umgang mit Kindern dieser Altersgruppe haben,
- mit Eltern, Elterngruppen und Familiengruppen gearbeitet haben, und
- zielorientiertes und systematisches Arbeiten mit Kindern und Erwachsenen in einem oder mehreren inhaltlichen Bereichen des Programms gewöhnt sind.

Jede Gruppe soll von zwei Kursleitern geleitet werden, einem männlichen und einem weiblichen. Dies ist notwendig, damit

- die Aufteilung auf zwei Gruppen, z.B. Eltern / Kinder für bestimmte Übungen möglich ist,

- weil sich in der Familientherapie eine solche Trainerkonstellation bewährt hat und
- weil durch die Komplexität der Programminhalte bei den Teilnehmern vielschichtige Prozesse ablaufen, deren Beobachtung und Analyse die Aufmerksamkeit von mindestens zwei Kursleitern erfordert.

Die Kursleiter werden in einer speziellen Schulung auf ihre Aufgabe vorbereitet. Ein mehrtägiges Seminar soll zum einen Kenntnisse vermitteln (Programmkonzeption und -ablauf, Ernährungswissen etc.), zum anderen, und hierin ist der Schwerpunkt der Schulung zu sehen, dem Kursleiter eine affektive Auseinandersetzung mit seiner Rolle, seinen Erwartungen, seiner Einstellung zu den Teilnehmern und zu den Kursthemen sowie das Einüben und Selbsterfahren ausgewählter Übungen des Programms ermöglichen.

2.1.5 Zeitlicher Rahmen

Beide Maßnahmen erstrecken sich über einen Zeitraum von knapp einem Jahr. Im ersten Halbjahr der ambulanten Maßnahme bzw. den ersten drei Wochen der Kur gestaltet sich der Programmablauf inhaltlich und zeitlich dichter (Phase der Beobachtung und Veränderung) als im zweiten Halbjahr bzw. der Nachbetreuungsphase (Phase der Stabilisierung).

Die ambulante Maßnahme umfaßt insgesamt 118 Unterrichtsstunden (UStd. à 45 Minuten), die teilstationäre Maßnahme insgesamt 142 Unterrichtsstunden.

Diese setzen sich wie folgt zusammen:

2.1.5.1 Die ambulante Maßnahme

- 2 Sitzungen für Eltern und Kinder gemeinsam am Nachmittag oder Abend eines Wochentages (à 3 UStd.),
- 8 Sitzungen nur für Kinder am Nachmittag eines Wochentages (à 2 UStd.),
- je 7 Sitzungen für Kinder und Eltern getrennt, jedoch mit je einer Sitzung parallel in der gleichen Woche (à 2 UStd.),
- 9 Wochenendveranstaltungen für die gesamte Familie (1 x 1 1/2 Tage = 12 UStd., 6 x 1 Tag = 48 (6x8) UStd., 2 x 1/2 Tag = 8 (2x4) UStd.).

2.1.5.2 Die teilstationäre Maßnahme

- 2 Sitzungen für Eltern und Kinder gemeinsam (dabei ist auch getrenntes Arbeiten möglich) vor der Kur (4 und 6 UStd.),
- 16 Kurtage (und 5 kursfreie Tage) während des dreiwöchigen Kuraufenthaltes (à 4 UStd.),
- für die Nachbetreuung:
 - 10 Sitzungen nur für Kinder am Nachmittag eines Wochentages (à 2 UStd.),
 - 8 Sitzungen für Eltern und Kinder mit sowohl gemeinsamer als auch getrennter Arbeit am Nachmittag oder Abend eines Wochentage (à 3 UStd.),
 - 3 Wochenendveranstaltungen für die gesamten Familien (3 Tage = 24 UStd.).

Für Interviews mit interessierten Familien vor Kursbeginn sind pro Kurs noch ca. 30 UStd. (15 UStd. pro Kursleiter) einzuplanen.

2.1.6. Kursmaterial

Für die Hand des Kursleiters stehen folgende Materialien zur Verfügung (vgl. Anhang):

- Leitfaden für Erstinterviews
- Programm - Material (vgl. 2.2.2.3.)
- Literaturliste mit Quellenangaben für weitere im Kurs einsetzbare Übungen und Spiele
- Liste der für den Kurs erforderlichen Arbeitsmaterialien (von der durchführenden Institution oder von den Kursleitern zu beschaffen)
- Aufklärungsmaterial der BZgA zum Thema "Ernährung" für Mediatoren, z.B. "Info-set-Ernährung".

Für die Kursdurchführung werden von der BZgA folgende Materialien zu Verfügung gestellt:

- Ein Satz Lebensmittel-Bildkärtchen (siehe Anhang, Karteikarte Übung III.5)
- Eine Gewichtswippe und ein dazugehöriger Satz Kiezsäckchen (siehe Anhang, Karteikarte Übung IV.10)
- Kursmappen des Programms für Übergewichtige Erwachsene "Abnehmen - aber mit Vernunft"

- Broschüren für Kursteilnehmer zu im Kurs angesprochenen Themen, (z.B. Kinderernährung, Verbraucheraufklärung, Freizeitverhalten)
- Arbeitsbögen für Kursteilnehmer
- evtl. Videofilme.

2.1.7 Kosten_und_Finanzierung

Es ist nicht zu übersehen, daß ein inhaltlich und zeitlich so aufwendiges Programm, wie es in der neuartigen Konzeption entwickelt wurde, auch finanziell den bisher üblichen Rahmen sprengt. Die Kosten lassen sich wie folgt veranschlagen:

2.1.7.1 Für die ambulante Maßnahme

118 UStd. (Kurs) und 15 UStd. (für Vorgespräche) mit 2 Kursleitern = ca. 6.650.- DM an Kursleiterhonoraren bei 25.- DM/UStd.

Bei einer Gruppengröße von 6 Familien würden pro Familie ca. 1.100.- DM Kosten für die Kursleitung entstehen. Zusätzlich fallen Kosten an bei

- Den Veranstaltern: Organisation, Werbung, Räume und Arbeitsmaterial,
- der BZgA: Kursleiterschulung, Kursmaterial, Programm-entwicklung und Erfolgskontrolle,
- den Familien: Fahrtkosten, Verpflegung und evtl. eine Übernachtung bei den Wochenendveranstaltungen,

die nicht genau kalkuliert werden können.

2.1.7.2 Für die teilstationäre Maßnahme

142 UStd. (Kurs) und 15 UStd. (für Vorgespräche) mit 2 Kursleitern = ca. 8.050 DM an Kursleiterhonoraren. Bei einer Gruppengröße von 10 Familien sind dies ca. 800.- DM pro Familie für die Kursleitung. Hinzu kommen ca. 2.500.- DM vor allem für die Unterbringung und Verpflegung während der Kur. Hierin sind nicht die Eigenleistungen der Veranstalter (Organisation, Werbung, Räume für die Vor- und Nachbetreuungsphase, Arbeitsmaterial), der BZgA (siehe oben) und der Familien (Fahrtkosten, auch der Restfamilie zum Kurort, Verpflegung bei Wochenendveranstaltungen) enthalten.

Für beide Durchführungsformen wird eine Beteiligung der Familien in Höhe von 250.- DM sowie eine Beteiligung an den Kosten der Kur im Rahmen der neuen gesetzlichen Bestimmungen für vertretbar und auch pädagogisch erforderlich gehalten.

Langfristig sollte angestrebt werden, daß die nach Abzug des Eigenanteils der Familie verbleibenden Kosten von der jeweiligen Krankenkasse übernommen werden. Dazu bedarf es sicher jedoch noch intensiver Aufklärungsarbeit bei den Krankenkassen über den sekundärpräventiven Charakter der Maßnahme sowie über Erfolgsszahlen des Programms.

Für die Übergangszeit müssen die Kursleiter durch die veranstaltenden Institutionen finanziert werden, die Zusage für die Kurkosten von Fall zu Fall bei den betreffenden Krankenkassen eingeholt werden. Langfristig, wenn das Programm weiter verbreitet eingesetzt wird, werden von der BZgA neben der Kursleiter-schulung keine weiteren Kosten übernommen werden

können. Die Gewichtswippe und die Lebensmittel - Bildkärtchen müßten z.B. über einen Spiele - Verlag vertrieben werden.

2.2 Programmstruktur und Programminhalte

2.2.1 Programmstruktur

2.2.1.1 Arbeit mit Kindern und Eltern

In welcher Organisationsform mit den Kindern, den Eltern und den Familien im Programm gearbeitet werden soll, war bei der Programmentwicklung Gegenstand von Diskussion und Veränderung (vgl. Kapitel 1.2.5.1.). Die Frage, ob an jeder Sitzung Eltern und Kinder teilnehmen, um gemeinsam oder getrennt (= parallel) an bestimmten Themen zu arbeiten, oder ob es auch Sitzungen nur für Kinder und Sitzungen nur für Eltern geben soll, wurde wie folgt entschieden:

In der ambulanten Maßnahme (118 UStd.) verbringen Eltern und Kinder, größtenteils zusammen mit der Restfamilie, 63% (74 UStd.) der Kurszeit gemeinsam. Es handelt sich vor allem um Wochenendveranstaltungen (intensives Arbeiten an Kursthemen, Ausflug, Kinderfest), in denen die Familien meist gemeinsam, aber auch parallel, das heißt, aufgeteilt in Kindergruppe und Elterngruppe, arbeiten. 24% der Kurszeit (14 +14 UStd.) sind Veranstaltungen, bei denen die Elterngruppe und die Kindergruppe vorzugsweise nacheinander, evtl. aber auch parallel am selben Thema arbeiten. In der restlichen Kurszeit (13% = 16 UStd.) haben die Kinder "eigene" Sitzungen, zu denen es keine Parallelveranstaltungen der Eltern gibt.

In der teilstationären Maßnahme (142 UStd.) deckt die Kur 45% = 64 UStd. der Zeit ab, in der vor allem Mütter und Kinder gemeinsam arbeiten, aber auch parallele und getrennte Sitzungen für Mütter und Kinder stattfinden. Einmal in dieser Zeit wird mit den Eltern und zweimal an den Wochenenden mit den gesamten Familien gearbeitet. Vor der Kur (7% = 10 UStd.) arbeiten Eltern und Kinder, evtl. auch Geschwister, vor allem gemeinsam, aber auch parallel. Nach der Kur (insgesamt 48% = 68 UStd.) haben die Kinder mit 20 UStd. ihre "eigenen" Sitzungen. Der Rest der Zeit, und damit der größte Teil der Nachbetreuung, wendet sich an Eltern, Kinder und teilweise die Restfamilie gemeinsam.

2.2.1.2 Struktur der ambulanten Maßnahme

Im folgenden wird anhand einer Zeitachse dargestellt, in welchem Abstand und mit welcher Dauer die verschiedenen Typen der Kurssitzungen stattfinden sollen.

Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sitzung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				11
Typ	EK	A K	E/K	K	B	K	E/K	K	EK	K	E/K		C	K

Woche	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Sitzung		12				13			14						15
Typ		E/K			D	K		E/K		E	F				E/K

Woche	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
Sitzung				16								17			
Typ		G		K				H				E/K		I	

Erläuterungen: Sitzungen 1 - 17: Veranstaltungen am Nachmittag und/oder Abend eines Wochentages, Dauer je nach Typ 2 oder 3 UStd.

Typ EK: für Eltern und Kinder gemeinsam, Dauer 3 UStd.

Typ E/K: für Eltern und Kinder getrennt, entweder zu unterschiedlichen Zeiten oder parallel, Dauer je 2 UStd.

Typ K: nur für Kinder, Dauer 2 UStd.

Sitzungen A - I: Wochenendveranstaltungen für gesamte Familien, von unterschiedlicher Dauer:

A	: 1 1/2 Tag	= 12 UStd.
B	: 1 Tag	= 8 UStd.
C	: 1 Tag	= 8 UStd.
D	: 1/2 Tag	= 4 UStd. (Ausflug)
E	: 1/2 Tag	= 4 UStd.
F	: 1 Tag	= 8 UStd. (Kinderfest)
G	: 1 Tag	= 8 UStd.
H	: 1 Tag	= 8 UStd.
I	: 1 Tag	= 8 UStd.

...

2.2.1.3 Struktur der teilstationären Maßnahme

Woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Sitzung	V1		V2	K u r					N1		N2		N3		N4		N5
Typ									EK		K		EK		K		EK
UStd.	4		6			64			3		2		3		2		3

Woche	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Sitzung		N6				N7		N8		N9		N10		N11		N12
Typ		K		A		K		EK		K		EK		K		EK
UStd.		2		8		2		3		2		3		2		3

Woche	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
Sitzung		N13				N14		N15		N16		N17		N18		
Typ		K		B		K		EK		K		EK		K		C
UStd.		2		8		2		3		2		3		2		8

Erläuterung: V1, V2: gemeinsame Treffen (Eltern und Kinder, evtl. Restfamilie) vor Beginn der Kur

N1 - N18 und

A, B, C: Veranstaltungen nach der Kur

A : gemeinsames Fest

B : gemeinsamer Ausflug

C : Kursabschluß

Die Zeit während der Kur sollte so aufgeteilt werden, daß

- die Eigenaktivitäten der Teilnehmer gefördert werden und genügend Freizeit bleibt
- kurze Sitzungen mit der Müttergruppe bzw. der Elterngruppe am Abend stattfinden
- die Kinder auch "eigene" Sitzungen haben
- für alle Beteiligten der Eindruck einer gewissen Regelmäßigkeit und damit der Verbindlichkeit des "Stundenplans" entsteht.

Mögliche Aufteilung der 64 UStd. während der Kur:

	Vormittag	Nachmittag	Abend
Mo.		Anreise	
Die.	4 UStd.		
Mi.	2 UStd.		2 UStd.
Do.	4 UStd.		
Fr.	4 UStd.		
Sa.	4 UStd. mit der Restfamilie		
So.			
Mo.	4 UStd.		
Die.	2 UStd.		2 UStd.
Mi.	4 UStd.		
Do.	Gemeinsamer Ausflug ohne Kursleiter		
Fr.	4 UStd.		
Sa.	2 UStd. mit der Restfamilie		2 UStd.
So.			
Mo.	4 UStd.		
Die.	2 UStd.		2 UStd.
Mi.	4 UStd.		
Do.	4 UStd.		
Fr.	4 UStd.		
Sa.		4 UStd. Abschlußfest	
So.	Abreise		

...

2.2.2 Programminhalte

2.2.2.1 Umsetzung der Konzeption in Kursthemen

Folgende Themen wurden aus den ersten konzeptionellen Überlegungen, den späteren Überarbeitungen und den daraus abgeleiteten Lernzielen letztlich für die Gestaltung des Programms ausgewählt und sind Gegenstand der Kurssitzungen:

2.2.2.1.1 Programmelement "Interaktion und Kommunikation"

- Kennenlernen und Einüben von Interaktions- und Kommunikationsformen zwischen Eltern und Kindern bzw. Erwachsenen und Kindern und innerhalb dieser Gruppen.
- Bestandsaufnahme und Veränderung des elterlichen Vorbildverhaltens.
- Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle der Kinder.
- Förderung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz der Kinder.
- Ausprobieren neuer Möglichkeiten der Freizeitgestaltung.

Die Themen dieses Programmschwerpunktes sollen vor allem im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten und dem "Dicksein" der Kinder behandelt werden, was jedoch nicht ausschließt, daß zur Erarbeitung des Themas und zur Stabilisierung von Veränderungen auch das Ansprechen anderer Bereiche notwendige Voraussetzung ist.

2.2.2.1.2 Programmelement "Ernährung und Ernährungsverhalten"

- Kennenlernen des eigenen Eßverhaltens.
- Spielerisches und praktisches Umgehen mit Lebensmitteln.
- Veränderung von Ernährungsgewohnheiten in Richtung auf eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung.
- Klären der Bedeutung, die Essen in verschiedenen Situationen hat.
- Auseinandersetzen mit dem Einfluß von Interaktions- und Erziehungsstilen sowie von Machtstrukturen innerhalb der Familie auf das Eßverhalten des Kindes. Ableiten von Vorsätzen zur Veränderung.
- Anwenden von Selbstkontrolle im Ernährungsbereich.
- Durchführen des Programms "Abnehmen - aber mit Vernunft" in Teilen für Übergewichtige Eltern (siehe Anhang, Karteikarte Übung III.16).

2.2.2.1.3 Programmelement "Bewegung und Körperbewußtsein"

- Kennenlernen des eigenen Körpers, seiner Bewegungsmuster und Ausdrucksformen.
- Koordination und Geschicklichkeit.
- Ausdrücken von Gefühlen und Erweitern dieser Ausdrucksmöglichkeiten.
- An- und Entspannung.

- Körperimago und spielerisches Wiegen.
- Kommunikation durch Körperkontakt und Bewegung.
- Gewinnen einer positiven Einstellung zum eigenen Körper.

2.2.2.2

Gewichtung, Verknüpfung und zeitliche Abfolge der Kursthemen _ _ _ _ _

Spielerische Teile nehmen im Programm einen breiten Raum ein, da Spielen die altersentsprechende Ausdrucks- und Lernform von Vorschulkindern ist. Außerdem soll Spaß in den Gruppen und damit der Gruppenzusammenhalt gefördert werden. Abgesehen von diesen Erwägungen lassen sich sämtliche Kursthemen des Programmelementes "Bewegung und Körperbewußtsein" und einige aus den anderen beiden Elementen nur in spielerischer Form adäquat und effektiv erarbeiten.

Daraus folgt, daß die Bewegungsübungen, vor allem für die Kinder, den Schwerpunkt des Programms bilden. Über sie können wesentliche Teile aus dem Bereich "Interaktion und Kommunikation" erfahren werden.

Um erste Veränderungen im Bereich "Ernährung und Ernährungsverhalten" zu erreichen, müssen vorher bestimmte Interaktionsmuster, zum Beispiel zum Bereich "Kontrolle" analysiert worden sein. Demnach hat der Bereich "Interaktion und Kommunikation" jeweils einen leichten zeitlichen Vorsprung gegenüber dem Bereich "Ernährung". Da Essen und Eßverhalten jedoch auch gegen Ende des Programms ein wichtiges Thema der geplanten Kursaktivitäten sind, verwischt sich dieser Vorsprung allmählich.

Die grobe zeitliche Abfolge und Verknüpfung der Kursthemen im Programmverlauf ist den Schaubildern zu entnehmen.

Schaubild 1 zeigt die Verknüpfung und zeitliche Abfolge der Kursthemen im Programmverlauf für die ambulante Durchführungsform.

Für den Ablauf der teilstationären Maßnahme ergeben sich durch die dreiwöchige Intensivphase bedingte Verschiebungen, wie aus Schaubild 2 ersichtlich ist.

Vorschläge für die Zuordnung der Kursthemen zu den einzelnen Kurssitzungen sind dem Kursmaterial beigefügt (siehe Anhang).

Verknüpfung und zeitliche Abfolge der Kursthemen im Programmverlauf
 - ambulante Maßnahme -

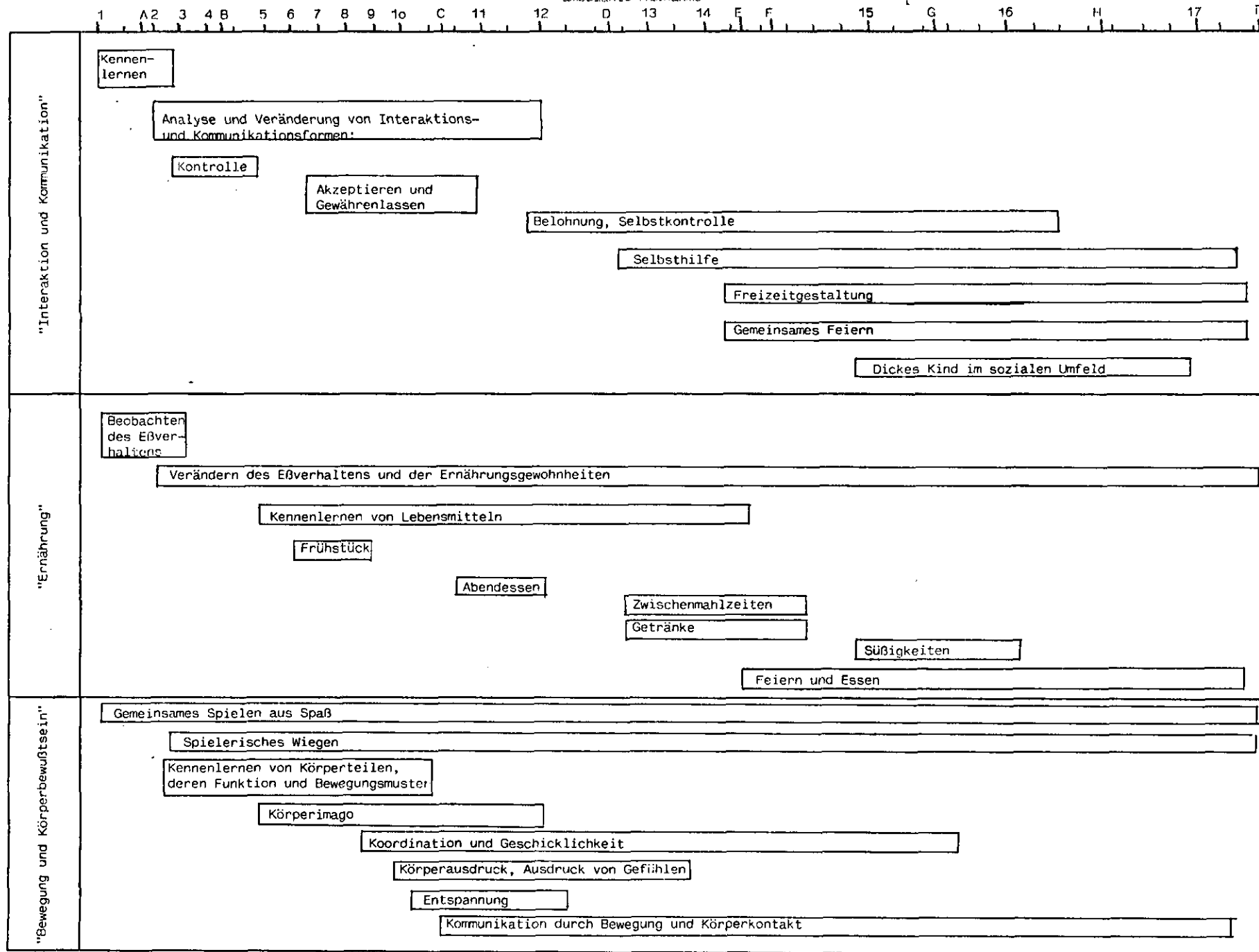


Schaubild 2

Verknüpfung und zeitliche Abfolge der Kursthemen im Programmverlauf

- teilstationäre Maßnahme -

	Sitzungen V1 und V2	K U R	Sitzungen N1 - N18, A, B, C
"Interaktion und Kommunikation"	Kennenlernen	Analyse und Veränderung von Interaktions- und Kommunikationsformen Kontrolle Akzeptieren und Gewährenlassen Belohnung Freizeitgestaltung Gemeinsames Essen	Selbstkontrolle Selbsthilfe Dickes Kind im sozialen Umfeld
"Ernährung"	Beobachten des Eßverhaltens	Verändern des Eßverhaltens und der Ernährungsgewohnheiten Kennenlernen von Lebensmitteln Frühstück Abendessen Feiern und Essen	Zwischenmahlzeiten Getränke Süßigkeiten
"Bewegung und Körperbewußtsein"		Gemeinsames Spielen mit Spaß Spielerisches Wiegen Kennenlernen von Körperteilen und deren Funktion, Kennenlernen von Bewegungsmustern Körperimago Körperausdruck, Ausdruck von Gefühlen An- und Entspannung Kommunikation durch Bewegung und Körperkontakt	Koordination und Geschicklichkeit

2.2.2.3 Gestaltung der Kurssitzungen und Beschreibung des Programmmaterials _ _ _ _ _

Für die einzelnen Sitzungen des Programms ist kein starres Ablaufschema vorgesehen (vgl. Kapitel 1.2.5.2.). Vorgegeben ist lediglich die zeitliche Struktur (vgl. Kapitel 2.2.1.), die jeweils beteiligten Teilnehmergruppen und die Dauer der Sitzungen. Die inhaltliche Füllung jeder Sitzung wird von den Kursleitern selbst festgelegt. Für jede Sitzungsform gibt es exemplarisch einen Strukturvorschlag.

Als Arbeitsmaterial zur Planung und Ausarbeitung der Kurssitzungen stehen folgende Arbeitspapiere zur Verfügung (siehe Anhang):

- Kursthemen mit Auflistung der geeigneten Übungen,
- Themenvorschläge für die einzelnen Kurssitzungen, getrennt für die ambulante und teilstationäre Maßnahme,
- Beispiele für die Gestaltung einzelner Kurssitzungen,
- Vorschläge für die Struktur der verschiedenen Sitzungstypen,

- "Karteikarten" mit Anlagen

Die Karteikarten (jetzt noch DIN A 4 Blätter, später als Kartei gedacht) bilden das Kernstück des Programms. Sie liefern den Kursleitern Vorschläge für die Bearbeitung der Kursthemen. Die Übungen decken vier große thematische Blöcke ab:

- Themenübergreifende Übungen,
- Übungen um Programmelement "Interaktion und Kommunikation",
- Übungen zum Programmelement "Ernährung und Ernährungsverhalten",
- Übungen zum Programmelement "Bewegung und Körperbewußtsein".

Zu jeder Übung wird neben dem Ziel, den erforderlichen Voraussetzungen, dem benötigten Material und den notwendigen Vorbereitungsarbeiten der genaue Ablauf beschrieben. Außerdem wird, wo erforderlich, speziell auf die Funktion der Kursleiter bei den einzelnen Übungen hingewiesen und Vorschläge für mögliche Modifikationen der Übungen gemacht.

3. PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG DES PRETESTS

3.1 Planung des Pretests

3.1.1 Geplante Durchführungsformen, Gruppen und Träger

Für die erste Erprobung des Programms in einer Pre-test-Phase waren zwei unterschiedliche Durchführungsformen geplant:

- Ambulante Kurse in regional eng begrenzten Bezirken:
 - 2 Kurse in Hamburg in Bezirksämtern,
 - 2 Kurse in Köln in Familienbildungsstätten und evtl. in einem Früherkennungszentrum
 - 3 Kurse in Bonn, in einer ärztlichen Praxis, einer Volkshochschule und einem Früherkennungszentrum, später kam noch ein 4. Kurs in Bonn an einer weiteren Volkshochschule hinzu.

Es wurde darauf geachtet, daß besonders im Hinblick auf die unterschiedliche Teilnehmeransprache und -gewinnung und auch wegen abweichender Finanzierungsmodelle mit unterschiedlichen Trägerinstitutionen zusammengearbeitet wurde. Der Beginn der ambulanten Kurse war einheitlich für September 1982, nach späteren Diskussionen für November 1982 geplant, und es sollten jeweils 6-8 Familien mit mindestens einem Übergewichtigen Kind im Alter von 5-7 Jahren an den Kursen teilnehmen.

- Teilstationäre Kurse in Form einer Mutter-Kind-Kur mit intensiver Vor- und Nachbetreuungsphase für die ganzen Familien. Bei der Organisation dieser Durchführungsform sollte mit Institutionen zusammengearbeitet werden, die auch bisher schon Mutter-Kind-Kuren anbieten, also mit dieser ganz speziellen Kurform bereits Erfahrungen haben, und nach Möglichkeit auch über entsprechende Kurheime oder Ferienzentren verfügen.

Aufgrund persönlicher Kontakte mit der Arbeiterwohlfahrt Oldenburg (Bezirksverband Weser-Ems e.V.) und aufgrund eines Vorschlages und großem Interesse von dieser Seite, eine solche "therapeutische Kurmaßnahme" zu testen, wurden bereits frühzeitig zwei Kuren, die parallel stattfinden sollten, im AWO-eigenen Familien-Ferienzentrum Schillig/Nordsee geplant. Die Teilnehmer sollten sich aus den Gebieten Ostfriesland und Osnabrück-Land rekrutieren.

Von den positiven Erfahrungen mit dieser engagierten und kooperativen AWO-Geschäftsstelle in Oldenburg beeinflusst, wurden dann zwei weitere teilstationäre Kurse aus dem Hamburger Raum in Zusammenarbeit mit der AWO Hamburg bzw. Schleswig-Holstein geplant.

Hierfür standen u.a. Kurheime auf Sylt, an der Ostsee und im Allgäu zur Diskussion. Da sich jedoch nach einigen Besichtigungsfahrten die Kurheime als weitgehend ungeeignet erwiesen und sich darüberhinaus die Zusammenarbeit mit der AWO Hamburg eher erschwerend als hilfreich erwies, wurde der Plan bezüglich der Hamburger Kurmaßnahmen schon bald wieder verworfen um stattdessen, auch aus Gründen des intensiveren Modellcharakters, vier Kuren über die AWO Oldenburg anzubieten.

Der geplante Beginn für die Kurmaßnahmen war Juli 1982 und es sollten bis zu 10 Familien an einer Kur teilnehmen.

3.1.2 Geplante Werbemaßnahmen

- Kurmaßnahme AWO Oldenburg

Zunächst sollte das geplante Projekt in den internen Mitteilungsblättern der AWO im gesamten Kreisverband Weser-Ems und in den Ortsverbänden, hier besonders in den AWO-eigenen Vorschulinstitutionen, bekannt gemacht werden. Weiterhin sollten alle im Einzugsgebiet tätigen Kinderärzte, praktischen Ärzte und Internisten sowohl selbst inhaltlich über das Programm informiert werden als auch mit patientengerechtem Informationsmaterial zur Weitergabe an potentielle Kursteilnehmer versorgt werden.

Über diese sehr gezielten Werbemaßnahmen hinaus sollte die übliche Öffentlichkeitsarbeit, wie z.B. entsprechende Artikel in der regionalen Presse, laufen.

- Kurmaßnahme Hamburg

Da der Gedanke, auch aus dem Hamburger Raum Teilnehmer für 2 Kurmaßnahmen zu rekrutieren nur über einen relativ kurzen Zeitraum verfolgt wurde, waren auch die Planungen bezüglich der Werbemaßnahmen nicht sehr detailliert. Ähnlich wie bei der AWO Oldenburg war auch hier zunächst an institutions- bzw. organisationsinterne Mitteilungen gedacht worden. Ferner sollten einige, über Hamburger Schulärzte zu gewinnende Teilnehmer für die Kurmaßnahme angesprochen werden. Eine direkte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten war in Hamburg nicht geplant, jedoch sollten auch hier die in Frage kommenden Krankenkassen informiert und um Kostenübernahme bzw. -beteiligung ersucht werden.

- Ambulante Kurse in Hamburg

Für die zwei geplanten ambulanten Kurse in Hamburg war eine Rekrutierung der Teilnehmer ausschließlich über die Hamburger Schulärzte vorgesehen. Diese sollten bei den Schuleignungsuntersuchungen alle übergewichtigen Kinder registrieren und auf durch die Arbeitsgruppe vorgegebenen Fragebögen, die sich in Form und Inhalt an die schulärztliche Karteikarte anlehnte, dokumentieren. Darüberhinaus sollten sie alle Eltern übergewichtiger Kinder über das Kursangebot informieren und ihnen eine Avis-Karte mit anhängender Rückmeldekarte (zu senden an ein Mitglied der Arbeitsgruppe) mitgeben. Es war sogar an eine Rückmeldung seitens der Arbeitsgruppe an den jeweiligen Schularzt gedacht worden, welche von den von ihm registrierten übergewichtigen Kinder sich dann auch tatsächlich für die Teilnahme an einem Kurs interessiert und gemeldet haben.

Information der Krankenkassen sollten auch hier, wie bereits bei den Kurmaßnahmen Oldenburg und Hamburg beschrieben, erfolgen.

Bereits zum Zeitpunkt der Verhandlungen mit den Hamburger Schulärzten wurde eine der Arbeitsgruppe aus dem Erwachsenenprogramm bekannte und engagierte Ernährungsberaterin der Hamburger Gesundheitsbehörde über die geplanten Aktivitäten informiert.

- Ambulante Kurse in Köln und Bonn

In Köln und Bonn war geplant, alle niedergelassenen Kinderärzte anzuschreiben, sie ausführlich über das Kursprogramm zu informieren und ihnen mit der Bitte um engagierte Mitarbeit Kraft ihrer Autorität auch Avis-Karten zur Motivation der Eltern ihrer übergewichtigen Patienten zuzuleiten.

In Köln sollte das Kursprogramm zusätzlich in Form eines Vortrages auf einer Fortbildungsveranstaltung für Kölner Kinderärzte vorgestellt und entsprechende Handzettel verteilt werden.

Für die an Familienbildungsstätten bzw. Volkshochschulen geplanten Kurse wurde das Kursangebot in den jeweiligen Veranstaltungsprogrammen ausgedruckt.

Selbstverständlich war auch im Köln-Bonner-Raum an eine Zusammenarbeit und somit Information aller in Frage kommenden Krankenkassen gedacht.

3.1.3 Kursleiterrekrutierung, -auswahl und -schulung

Nach eingehender Diskussion in der Arbeitsgruppe, welche Berufsgruppe am ehesten eine ausreichende Qualifikation erbringen würde, fiel die Entscheidung zu Gunsten von Sozialpädagogen mit dem Ausbildungsschwerpunkt Vorschulerziehung und ausreichender Berufserfahrung in der Arbeit mit Vorschulkindern und deren Familien.

Für jeden Kurs sollten zwei Kursleiter gefunden werden, und zwar möglichst geschlechtsheterogen.

Zur Gewinnung von Kursleitern waren über persönliche Kontakte zu entsprechenden Personen hinaus Anzeigen in einschlägigen Fachzeitschriften geplant. Mit den so gefundenen Bewerbern sollten dann Auswahlgespräche mit einzelnen Mitgliedern der Arbeitsgruppe geführt werden und schließlich alle in Frage kommenden Kursleiter in einer mehrtägigen Schulung mit dem Programm bekannt und vertraut gemacht werden.

Für die Durchführung der Kurmaßnahmen mit der AWO Oldenburg sollten von dort zwei ABM-Stellen für Kursleiter beantragt werden. Sollte dieser Antrag erfolglos sein, so sollte den freien und nebenberuflich tätigen Mitarbeitern der AWO ein Angebot als Kursleiter gemacht werden.

3.1.4 Kursleitersupervision

Da schon bald im Verlauf der Programmentwicklung deutlich wurde, daß mit dieser Form der Adipositas-therapie neue Wege beschritten werden, und vor allem die Kombination verschiedener Therapieansätze neu

sein würde, konnten nicht davon ausgegangen werden, daß ein einjähriges Programm nach der Ausarbeitung und einmaliger Kursleiterschulung problemlos ablaufen würde. Um einerseits einen optimalen Ablauf des Programms zu gewährleisten und andererseits Beobachtungen und Eingriffe zu ermöglichen, wurde entschieden, eine ständige Betreuung der Kursleiter in Form von Supervision sicherzustellen.

Anfänglich war geplant, die Supervision durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe durchzuführen. Dafür sprach, daß diese am besten mit den Programmabsichten vertraut waren und deshalb gerade Eingriffe in den geplanten Programmablauf so optimal umsetzbar sein würden. Die Supervision sollte paarweise, ebenfalls möglichst geschlechtsheterogen und in wechselnder Paarzusammensetzung durchgeführt werden. Hierin lag die Hoffnung begründet, einen möglichst lückenlosen Austausch zwischen den verschiedenen Kursleitergruppen und Regionen und einen möglichst parallelen Verlauf der Kurse zu erreichen.

Allerdings gab es zwei Gründe, die gegen ein solches Supervisionsmodell sprachen:

- Aufgrund persönlicher Lebensumstände ließ sich das Rotationsmodell nicht realisieren oder zumindest nur in sehr eingeschränkter Form.
- Die Kompetenz für therapeutische Supervision ist in der Arbeitsgruppe sehr ungleich verteilt bzw. nur zum Teil vorhanden (vgl. auch Kapitel 4.1.1.).

Nach Rücksprache mit der BZgA fiel dann die Entscheidung für ein Supervisionsmodell mit externen Supervisoren. Berufserfahrene Familientherapeuten des Maria -

Bosch-Institutes für Familientherapie, die weder psychoanalytisch noch extrem kommunikationstheoretisch ausgerichtet sein sollten, wurden angesprochen. Es wurden daraufhin zwei Supervisorinnen gewonnen, die jeweils mit einem Arbeitsgruppenmitglied die Supervision durchführen sollten.

Die Supervision sollte regional zusammengefaßt in Gruppen stattfinden. Bei Bedarf sollte gelegentlich eine Ernährungsberaterin hinzugezogen werden. Die Sitzungen wurden so festgelegt, daß pro Sitzung genügend Zeit zur Verfügung steht für vertiefende Arbeit. Neben diesen Supervisionssitzungen sollte es Peer-Supervision der Kursleiter aus der jeweiligen Region geben, die zum Erfahrungsaustausch, der gemeinsamen Vorbereitung und der Vertiefung der eigentlichen Supervision dienen.

Daneben sind gemeinsame Treffen sämtlicher Kursleiter und Arbeitsgruppenmitglieder mit den externen Supervisoren in größeren Abständen geplant, um den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Regionen zu gewährleisten und um Trends auszutauschen. Diese Treffen sind gleichzeitig Überprüfungstreffen für den Prozeß, in dem sich die einzelnen Familiengruppen gerade befinden, um daraus Hinweise für den Verlauf des Programms und seiner Wirkung für die spätere Auswertung der Begleitforschung zu gewinnen.

Ein Zeitplan für die Supervisionssitzungen und ein ausführliches Supervisionskonzept wurde von einer der als Supervisorin gewonnenen Familientherapeutin ausgearbeitet (siehe Anhang).

3.1.5 Begleitforschung

Um das vorliegende Programm nach dem Pretest und vor einer weiteren Verbreitung angemessen überarbeiten und fortschreiben zu können, ist die Forderung nach einer den Pretest begleitenden Forschung unerlässlich.

Da es sich bei diesem Kursprogramm um eines mit einer großen Anzahl von variierenden Randbedingungen handelt, wäre eine wissenschaftliche Überprüfung im Sinne üblicher quantitativer Forschung sicherlich nicht ausreichend. Eine begleitende Untersuchung mit qualitativen Methoden und der Möglichkeit zur Aktions- und Prozeßforschung wird von der Arbeitsgruppe als zwingend erforderlich angesehen (vgl. auch Kapitel 1.2.5.2.). Der Auftrag zur Beforschung des Pretests sollte direkt von der BZgA an ein von der Arbeitsgruppe unabhängiges Institut vergeben werden. Zu diesem Zwecke wurden bereits einige hierfür in Frage kommende Universitäts-Institute angeschrieben und um Angebote ersucht.

3.2 Verlauf und derzeitiger Stand des Pretests

Der Verlauf der eigentlichen Pretestphase kann im folgenden nicht geschildert werden, da bisher keine Pretest-Kurse zustande gekommen sind. Es sollen vielmehr alle Aktivitäten aufgezeigt werden, die von der Arbeitsgruppe oder Dritten initiiert und gestartet wurden, um die Pretest-Kurse doch noch zu ermöglichen

3.2.1 Werbemaßnahmen zur Teilnehmergewin-
nung und deren
Resonanz, Verhandlungen mit Trägern der durchzu-
führenden Kurse _ _ _ _ _

3.2.1.1 Kurmaßnahme Oldenburg

Zusätzlich zu den in Kapitel 3.1.2. beschriebenen geplanten Aktivitäten wie Anschreiben der ortsansässigen Ärzte, wurde, nachdem die Resonanz gleich Null war, in enger Zusammenarbeit mit der AWO Oldenburg eine Vielzahl von weiteren Werbemaßnahmen gestartet.

Es gab mehrere Presseartikel in der regionalen Presse und insgesamt vier Rundfunksendungen im NDR, in denen speziell über das Kursprogramm und das für diesen Raum konzipierte Kurangebot informiert wurde. Aufgrund dieser Maßnahmen haben sich dann bei der AWO Oldenburg ca. 40 interessierte Personen gemeldet. Diese kamen jedoch einerseits weit verstreut aus dem gesamten Einzugsbereich der o.g. Medien und außerdem schwankte die Altersstufe von 6 bis 40 Jahren.

Parallel hierzu wurden alle Vorschuleinrichtungen der AWO in den entsprechenden Gebieten besucht, sozusagen auf "dicke Kinder hin gesichtet" und persönliche Gespräche mit allen Leiterinnen geführt. Weiterhin wurden alle Kreis- und Ortsverbände auf Sitzungen über das Programm informiert.

Von den angeschriebenen Krankenkassen gab es ca. 20 Reaktionen unterschiedlichster Richtungen, die jedoch nur in einer unwesentlichen Minderheit eine Finanzierungszusage beinhalteten.

Schließlich mußte die für August 1982 geplante Kurmaßnahme aufgrund mangelnder Anmeldungen abgesagt werden.

Da jedoch inzwischen durch gezielte Ansprache die Betriebskrankenkasse des VW-Werkes in Emden Interesse an dem Kursprogramm bekundet hatte, wurden nach den Sommerferien konkrete Verhandlungen und Gespräche aufgenommen, mit dem Ziel, für November erneut, und diesmal gezielt für die Werksangehörigen des Volkswagenwerkes anzubieten. Die Betriebskrankenkasse erklärte sich bereit, den wesentlichen Teil der Kosten zu übernehmen. Zur Bekanntmachung und Verbreitung dieses Angebotes wurden neben einer Mitteilung in der Werkszeitung 10.000 Handzettel mit den Gehaltsabrechnungen verteilt. Zusätzlich wurden ca. 300 Vertrauensleute zuerst schriftlich und dann auch persönlich auf einer Sitzung über das Angebot informiert.

Da jedoch auch diese relativ massive Werbekampagne keine einzige Teilnehmeranmeldung erbrachte, mußte auch die für November geplante Kur abgesagt werden.

3.2.1.2 Kurse in Hamburg

Die in der Planung intendierte Zusammenarbeit mit den Hamburger Schulärzten ließ sich zunächst besser an als erwartet. In einem persönlichen Gespräch in einer Schulärztekonzferenz sicherten sie eine uneingeschränkte Kooperation zur Teilnehmerrekrutierung an. Dieses Vorhaben scheiterte dann letztlich jedoch daran, daß die Avis-Karten und die Fragebögen zur Untersuchung und Dokumentation der übergewichtigen Kinder aufgrund einer Panne bei der Verteilung nicht rechtzeitig von einer Zentralstelle aus an die einzelnen Schulärzte weitergeleitet wurden. Diese erhielten die erforderlichen Unterlagen erst, als die Schuleignungsuntersuchungen bereits abgeschlossen waren.

Um dann doch noch eine ausreichende Anzahl von Teilnehmern für die geplanten ambulanten Pretest-Kurse zu gewinnen, wurde nun über die bereits bestehenden Kontakte verstärkt mit der Hamburger Gesundheitsbehörde, und dort insbesondere mit der Ernährungsberatung in der Abteilung für Gesundheitsvorsorge und -fürsorge zusammengearbeitet. Schließlich erklärte sich die Gesundheitsbehörde bereit, als veranstaltende Institution für zwei Pretest-Kurse verantwortlich zu zeichnen und erteilte sogar eine Finanzierungszusage für die Kursleiterhonorare. Weiterhin engagierte sie sich bei der Beschaffung von geeigneten Räumen, da die räumlichen Möglichkeiten der zuvor angesprochenen Erziehungsberatungsstellen sich als zu klein bzw. unbrauchbar erwiesen. Es wurden mehrere Kindergärten, zu denen die Gesundheitsbehörde bereits aus früheren Aktionen Kontakte hatte, bezüglich der Räume, aber auch in Bezug auf potentielle Teilnehmer angesprochen. Ein Kindergarten stellte sich dabei als für die Belange des vorliegenden Programms besonders geeignet heraus. Hier wird dann evtl. auch noch ein Pretest-Kurs, wenn auch zu einem späteren Zeitpunkt als ursprünglich geplant, stattfinden.

Um die Öffentlichkeit über das Kursprogramm in breitem Rahmen zu informieren wurde wiederum mehrgleisig vorgefahren.

Über die Gesundheitsbehörde wurde eine Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für das Programm erwirkt und ein entsprechendes Schreiben, zusätzlich mit inhaltlichen Informationen der BZgA, an alle niedergelassenen Kinderärzte in Hamburg mit der Bitte zur Motivierung von Teilnehmern verschickt.

Daraufhin kamen etwa 5 telefonische Anfragen von Kinderärzten, zum Teil mit der Bitte um detailliertere Informationen. Bei ca. 15 Kinderärzten wurden von Seiten der Arbeitsgruppe telefonisch nachgefragt. Diese Stichproben ergaben, daß die Schreiben zwar angekommen, die Ärzte auch in der Regel dem Programm durchaus kooperativ gegenüberstehen, jedoch zur Zeit die Schwierigkeiten der Motivierung der betroffenen Kinder bzw. der Eltern als sehr hoch einzuschätzen sind (vgl. Kapitel 4.1.3.).

Ferner gab es eine ca. 2-stündige Live-Rundfunksendung der "Hamburg-Welle" zum Thema "Übergewicht im Kindesalter", an der im Studio ein Mitglied der Arbeitsgruppe und die zuständige Ernährungsberaterin der Gesundheitsbehörde teilnahmen. Hierauf kamen, ähnlich wie in Oldenburg, vorwiegend Anfragen von Eltern älterer Kinder, jedoch gab es in der Folgezeit auch 5 Anmeldungen der beabsichtigten Altersgruppe bei der Ernährungsberatungsstelle.

3.2.1.3 Kurse in Köln

In Köln wurden Mitte Mai 1982 auf einer Fortbildungsveranstaltung die Kölner Kinderärzte über das Programm informiert und zusätzlich wurden auf dieser Tagung Handzettel verteilt.

Ende Mai wurden analog zu Oldenburg Rundschreiben der BZgA an alle Kinderärzte in Köln, dem rheinisch-bergischen Kreis und dem Erftkreis mit der Bitte um Mitarbeit verschickt und ebenfalls Avis-Karten für Patienten beigelegt.

Im Juni gab es einige Gespräche mit interessierten Kinderärzten und dem Leiter der Poliklinik der Univer-

sitäts - Kinderklinik Köln.

Im August wurde dann mit verschiedenen Pressemitteilungen des BMJFG in der regionalen Presse versucht, die Öffentlichkeit auf das Porgramm verstärkt aufmerksam zu machen.

Im September wurden Rundschreiben an alle Schwimmvereine im Köln-Bonner-Raum mit Informationen über das Programm verschickt mit der Bitte, betroffene Kinder bzw. deren Eltern anzusprechen.

Im Oktober erfolgte zuguterletzt eine telefonische und schriftliche Information über das Programm an die Leiterin des jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt der Stadt Köln, mit der Bitte, diese an die Mitarbeiter, die zur Zeit in Kölner Kindergärten Kinder untersuchten, weiterzuleiten.

Zusätzlich erfolgte, wie an den anderen Veranstaltungsorten auch, bereits im Mai eine Information aller Krankenkassen.

In der evangelischen Familienbildungsstätte wurde das Programm im Veranstaltungsprogramm ausgedruckt.

Inzwischen wurden außerdem von Kölner Kursleitern Kindergärten und Schulen in einer der Familienbildungsstätte naheliegenden Siedlung und Konsiliar - Ärzte der Familienbildungsstätte angesprochen.

Als Resonanz auf alle diese Werbemaßnahmen haben sich insgesamt 18 Interessenten aus dem Kölner Stadtgebiet gemeldet. Nach telefonischer Nachfrage waren unter

diesen Interessenten jedoch nur vier in der angepeilten Altersstufe.

Aufgrund des Presseartikels im "Kölner Express" sind ca. 50 Zuschriften bei der BZgA eingegangen. Da der Artikel jedoch unklar und sehr kurz abgefaßt war und keine Angaben über die Zielgruppe der Kurse enthielt, haben alle möglichen Leute geschrieben, die im weitesten Sinne am Abnehmen interessiert waren. Alle Briefe wurden beantwortet, kurze Informationen über das Programm gegeben, ein Anmeldebogen zur Rücksendung an die BZgA beigelegt und ggf. auf das Erwachsenenprogramm "Abnehmen - aber mit Vernunft" verwiesen. Von diesen Fragebögen sind 3 für Köln und 1 für Bonn an die BZgA zurückgeschickt worden.

Bezüglich der Kursorganisation war es zunächst schwierig, geeignete Institutionen bzw. Räume in Köln zu finden. Verhandelt wurden mit

- der Uni-Kinderklinik Köln, die zwar interessiert war, aber keine Räume zur Verfügung stellen konnte,
- dem Zentrum für Frühbehandlung und Früherkennung, wo jedoch zu hohe Raumkosten entstanden wären,
- der katholischen Familienbildungsstätte in Köln, die letztlich nicht interessiert war und
- der katholischen Familienbildungsstätte in Bergisch-Gladbach, die ihre anfängliche Zusage wegen Startschwierigkeiten, da erst im Oktober 1982 eröffnet, zurückzog.

Erfolgreich im Sinne der Möglichkeit, einen Kurs dort durchzuführen wurde dann schließlich mit der

- Eltern- und Familienbildungsstätte der evangelischen Kirche Köln und der
- Familienbildungsstätte für christliche Sozialhilfe Köln e.V. (CSH) verhandelt.

Beide Institutionen verfügen über geeignete Räume und je ein Kursleiter ist in ihnen hauptamtlich beschäftigt. Kursleiterhonorare können jedoch von beiden nicht übernommen werden.

3.2.1.4 Kurse im Bonner Raum

Im gesamten Bonner Raum und im engeren Rhein-Sieg-Kreis wurden wie in Köln alle niedergelassenen Kinderärzte und potentiellen Hausärzte, also auch Allgemeinmediziner und Internisten angeschrieben.

Gleichzeitig ging ein entsprechendes Schreiben an alle Krankenkassen.

Mit einem Kinderarzt wurde persönlicher Kontakt aufgenommen, da in seiner Praxis ursprünglich ein Pretest-Kurs stattfinden sollte. Wegen Umbauarbeiten in seiner Praxis wurden später Räume in einem nahegelegenen Kindergarten gefunden.

Die Kontakte zu den Volkshochschulen in Rheinbach und Troisdorf waren durch Kurse des Erwachsenenprogramms bereits sehr gut. Beide Volkshochschulen waren spontan bereit, einen Kurs anzubieten, Räume zur Verfügung zu stellen und auch die Kursleiterhonorare zu übernehmen. In den jeweiligen Veranstaltungsprogrammen wurden die Kurse angekündigt.

Weiterhin wurden im Bonner Raum Erziehungsberatungsstellen, verschiedene Kindergärten in Rheinbach, Bonn-Beuel und Bonn-Tannenbusch und das dem Troisdorfer Einzugsbereich am ehesten zuzuordnende Kinderkrankenhaus in St. Augustin über das Programm und die Veranstaltungsinstitutionen und -orte informiert.

Zum Früherkennungszentrum wurden die Kontakte und Verhandlungen in erster Linie über eine Kursleiterin, die in dieser Einrichtung hauptamtlich beschäftigt ist, geführt. Räume werden dort zwar zur Verfügung gestellt, jedoch keinerlei Finanzierung übernommen.

In dem Stadtteil dieser Institution hat die Kursleiterin sowohl direkten Kontakt mit den bereits angeschriebenen Ärzten aufgenommen als auch andere Einrichtungen im Stadtteil wie Kindergärten, Beratungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände und des Jugendamtes der Stadt Bonn informiert.

Als Resonanz kamen im gesamten Bonner Raum 8 interessierte Teilnehmerreaktionen der entsprechenden Altersgruppe, wovon 7 Rückmeldekarten von Kinderärzten ausgegeben worden waren und 1 Reaktion auf einen Presseartikel zurückzuführen ist. Erwähnenswert ist noch, daß aus Rheinbach keinerlei positive Resonanz kam und bei der Volkshochschule weder Anfragen eingingen noch Teilnehmer die angekündigte Informationsveranstaltung besuchten. Auch in der Volkshochschule Troisdorf haben sich aufgrund der Ankündigung im Veranstaltungsprogramm keine Teilnehmer angemeldet.

3.2.1.5

Fernsehsendung im norddeutschen Raum

Für eine geplante Fernsehsendung zum Thema "Kindliches Übergewicht und mögliche therapeutische Maßnahmen" wurden schriftliche Ausarbeitungen zur Vorbereitung der Dreharbeiten erstellt. Nach Absprache mit dem zuständigen Redakteur nahmen dann auch zwei Mitglieder der Arbeitsgruppe an den Dreharbeiten teil.

Für alle interessierten Familien, die sich aufgrund dieser Sendung melden würden, wurde eine Informationsmappe zusammengestellt. Diese soll eine erste Hilfestellung sein, mit dem Übergewicht eines Familienmitgliedes anders als bisher umzugehen. Die Mappe enthält neben zahlreichen Denkanstößen zum Bereich "Eßgewohnheiten und Kommunikations- und Interaktionsstrukturen in der Familie" einige Anregungen für Spiele in der Familie aus den Bereichen des Eßverhaltens, der Nahrungszusammensetzung und des Körperbewußtseins (vgl. Informationsmappe im Anhang).

3.2.2 Kursleiterrekrutierung, -auswahl und -schulung

Neben persönlichen Kontakten der Arbeitsgruppenmitglieder zu möglichen Kursleitern erfolgte die Gewinnung in erster Linie über zwei Anzeigen in Fachzeitschriften (Anzeigentext siehe Anhang), und zwar in der April-Ausgabe von "Psychologie heute" und "Sozialmagazin".

Die Resonanz erbrachte insgesamt:

- für Oldenburg 3 Bewerbungen,
- für Hamburg 4 Bewerbungen,
- für Köln 8 Bewerbungen und
- für den Bonner Raum 10 Bewerbungen.

Aus anderen Orten, in denen kein Kurs geplant war, kamen noch weitere 8 Bewerbungen.

Nach Sichtung der zugesandten Tätigkeitsnachweise wurden regionale Auswahlgespräche von Mitgliedern der Arbeitsgruppe mit den Bewerbern geführt.

Im Mai fand dann ein 5-tägiges Seminar statt, das keine Kursleiterschulung im herkömmlichen Sinne war.

Vielmehr wurde das Programm und seine Struktur, und zwar besonders aus der Sicht der Kursleiter, inhaltlich diskutiert. Einzelne Teile des Programms wurden exemplarisch erprobt und geübt.

3.2.3 Derzeitiger Stand der Pretest-Kurse

Zum jetzigen Zeitpunkt muß der Pretest grundlegend als gescheitert angesehen werden.

Es gibt zwar 5 Interessenten in Hamburg, zu denen über die Ernährungsberatungsstelle der Gesundheitsbehörde derzeit Kontakt aufgenommen wird, u.a. um die Motivation zu überprüfen.

Für Köln bestehen ebenfalls 5 Rückmeldungen, sodaß von den geplanten zwei Kursen allenfalls ein Kurs zustandekommen kann. Die interessierten Familien werden zur Zeit von den Kursleitern zu Vorgesprächen besucht.

Im Bonner Raum soll versucht werden, alle Interessenten in einem Kurs zusammenzufassen. Die Familien werden derzeit ebenfalls von den Kursleitern besucht.

Nach vorsichtiger Einschätzung ist also höchstens mit dem Zustandekommen von 2 oder 3 Kursen, vermutlich mit einem Kursbeginn im Februar 1983, zu rechnen.

Nachzutragen ist noch, daß die Betriebskrankenkasse der Fa. Krupp in Essen ähnlich wie die Betriebskrankenkasse des Volkswagenwerkes in Emden ihr Interesse zur Mitarbeit für 1983 signalisiert hat. Es bleibt abzuwarten, welche Resonanz erfolgen wird.

4. ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG DER ERGEBNISSE

Der Versuch, die Ergebnisse der Arbeit darzustellen und zu bewerten gestaltet sich schwierig in einer Situation, die durch folgende Bedingungen gekennzeichnet ist:

- Das Programm kann zur Zeit nicht überprüft werden, weil keine ausreichende Zahl von Kursteilnehmern zusammenkam.
- Die Rückmeldung von Multiplikatoren, z.B. Kinderärzten, ist in sich widersprüchlich.
- Alle möglichen Deutungen für das Nichtzustandekommen der Pretest-Kurse sind, weil gleich spekulativ, etwa gleich plausibel.
- Die Meinungen zum Programm und zum Nichtzustandekommen des Pretests sind innerhalb der Arbeitsgruppe zum gegenwärtigen Zeitpunkt divergent.

Die Deutung und Bewertung der Programmentwicklung und des Versuchs einer Pretest-Phase wird im folgenden in der Zusammenstellung unterschiedlichster Meinungen, Spekulationen und Gedanken erfolgen, die den gegenwärtigen Stand der Diskussion widerspiegelt.

4.1 Deutung und Bewertung des Verlaufs von Programmentwicklung und Pretest

4.1.1 Selbsteinschätzung und Kompetenz der Arbeitsgruppe

Die Mitglieder der ursprünglichen Arbeitsgruppe (Albers, Baumann-Frankenberger, Bogun, Mann-Luoma und Wittler) vereinigten als Gruppe verschiedene

Erfahrungs- und Wissensbereiche, die für die Fähigkeit dieser Gruppe sprachen,

- ein Programm für die Behandlung adipöser Kinder zu entwickeln,
- bereits kompetente Kursleiter in diesem Programm zu schulen,
- die Durchführung dieses Programms zu supervidieren und
- diese erste Phase des Programms als Pretest zu beforschen.

Damit eine Gruppe aus der durch ihre Mitglieder repräsentierten Zusammensetzung von Fähigkeiten und Fertigkeiten eine Synthese neuer Fertigkeiten und ein Produkt entwickeln kann, sind laut HOFSTÄTTER mehrere Variablen zu erfüllen:

- Offene Kommunikation in der Gruppe und Abwesenheit heimlicher Macht,
- Engagement aller Mitglieder bei der Erreichung des Gruppenzieles,
- Eigenverantwortlichkeit jedes Mitgliedes für seinen Teilbereich,
- Kooperation mit allen anderen Mitgliedern, Zurverfügungstellen aller erforderlichen Informationen,
- Einsetzen der fachlichen Kompetenz jedes einzelnen Mitgliedes.

Ein Teil dieser Variablen scheint sowohl in der Urform als auch in der veränderten Zusammensetzung der Arbeitsgruppe nicht erfüllt worden zu sein.

Dies beinhaltet, daß die fachliche Kompetenz der einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder u.a. nicht ausreichend eingesetzt oder eingebracht wurde, weil sie z.B. nicht in dem ursprünglich angenommenen Ausmaß vorhanden war. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern war aus den unterschiedlichsten Gründen nicht immer von der geforderten Offenheit geprägt. Offene und heimliche Machtstrukturen innerhalb der Arbeitsgruppe bestimmten vielmehr weitgehend das Kommunikationssystem. Die Kooperation in der Arbeitsgruppe war weniger eine Kooperation jedes Mitgliedes mit jedem anderen Mitglied, sondern eher eine Untergruppen-, in der Regel Zweier-Kooperation. Dies ist zum Teil sicher auch auf die regionale Verteilung der Arbeitsgruppenmitglieder, nämlich Hamburg/Bad Segeberg und Köln/Bonn zu erklären. Das Engagement der Mitglieder der Arbeitsgruppe für das Gruppenziel scheint in mehrfacher Hinsicht unterschiedlich gewesen zu sein:

- zwischen den Mitgliedern,
- innerhalb der Einzelperson in den unterschiedlichen Phasen der Programmentwicklung,
- in der Gruppe einzeln und "vor Ort".

Derartige Schwankungen im Engagement sind selbstverständlich normal. Sie haben jedoch auf die Programmentwicklung Auswirkungen gehabt.

Diese Einschätzung und Analyse der Kommunikations- und Kooperationsformen in der Arbeitsgruppe und auch die folgenden Aussagen zur Gruppendynamik der Arbeitsgruppe im Kontakt mit anderen Gruppen ist

zwangsläufig unvollständig und subjektiv. Da sie jedoch auch für den Versuch einer Bewertung und Positionierung des Programms wichtig sind, werden sie an dieser Stelle aufgezeigt.

Es ist naheliegend, daß die Zusammensetzung unterschiedlicher Kompetenzen und unterschiedlicher "Schulen" in der Arbeitsgruppe einen Effekt ausgelöst hat, der sich in der Gruppe als Schonverhalten und in Abgrenzung zu Außenstehenden als Profilierungsverhalten ausdrückte. Dieses Schonverhalten könnte sich in einer zu geringen Hinterfragung von Vorschlägen, im Zustimmung und in unoffener Kritik ausdrückt haben. Ein derartig produzierter Konsens erzeugt Ablenkungs- bzw. Profilierungsverhalten, z.B. gegenüber Außenstehenden und anderen Gruppen. Dies wird noch dadurch gefördert, daß auf dem relativen Neuland der Therapie adipöser Kinder viele alternative Ansätze anderer Gruppen ineffizient sind. Die hieraus resultierende "Gloriositätsdynamik" der Abgrenzung bei gleichzeitiger interner Schonung ist so zu erklären.

Eine weitere Erklärung der internen gruppendynamischen Strukturen bietet die Kompetenzverteilung innerhalb der Arbeitsgruppe an:

Bei einem Gesamt-N von 5 Mitgliedern (Albers, Baumann-Frankenberger, Bogun, Mann-Luoma, Rinast) war berufliche Erfahrung wie folgt vorhanden:

- aktive Familientherapie mit nennenswerten Fallzahlen 1x
- aktive Bewegungstherapie mit nennenswerten Fallzahlen 1x

- aktive Verhaltenstherapie mit nennenswerten Fallzahlen	1x
- Kombination Familien- und Verhaltens- therapie	1x
- Verhaltenstherapie in BzgA-Kursen	4x
- Arbeit mit Kindern (ohne Familien)	2x
- Arbeit mit Kindern (mit Familien)	2x
- Arbeit mit adipösen Kindern	1x

Diese zum Teil lückenhafte Kompetenz der Arbeitsgruppe wurde bereits auf dem Expertentreffen bezüglich der geplanten Supervision angesprochen und führte dann später auch zu der Entscheidung, familientherapeutisch kompetente externe Supervisoren einzubeziehen.

4.1.2 Einwände der Experten

Die Einwände und inhaltlichen Empfehlungen der Experten, die sich zum Programm äußerten, bezogen sich vorwiegend auf methodische Ansätze im Programm, auf Probleme mit der gewählten Altersstufe und auf das Programmprinzip. Diese Einwände sind zum Teil berücksichtigt worden, u.a. in den Karteikarten, in der Abkehr vom Konzept der aktiven Gewichtsabnahme, in der Verschiebung des Stils in Richtung eines ganzheitlichen Vorgehens und auch in einer größeren Freiheit in den Gestaltungsmöglichkeiten durch die Kursleiter.

Ein Teil der Einwände der Experten bezog sich nicht auf das vorliegende Programm, sondern auf das Vorgehen der einwanderhebenden Experten selbst: Daß Kinder der

angestrebten Altersgruppe kein Ernährungswissen im herkömmlichen Sinne aufbauen können, ist nur dann ein Problem, wenn man mit unangemessenen Methoden versucht, eben dieses Wissen zu vermitteln. Da in dem vorliegenden Programm keinerlei Versuche dieser Art unternommen werden, traf diese "Kritik" nicht.

Einige Anmerkungen von Experten ergeben heute einen anderen Sinn als zum Zeitpunkt des Expertentreffens. Mit der Erfahrung im Hintergrund, daß die Werbemaßnahmen nicht ausreichend gegriffen haben, erhält z.B. die eher nebenbei gemachte Aussage, daß die Zielgruppe nicht zu erreichen sei, eine andere Bedeutung als damals.

Die Schwierigkeit, Familien für ein derartiges Programm zu finden und zur Teilnahme zu motivieren, ist von der Arbeitsgruppe geringer als tatsächlich eingetreten eingeschätzt worden. Andeutungen, daß bei der Zielgruppe kein oder nur ein zu geringes Problembewußtsein bestehen könnte, wurde von der Arbeitsgruppe bewußt nicht aufgegriffen, da durch die eher auf Profilierung als auf Zusammenspiel angelegten Formulierungen der Experten dieser Einwand leider auch verzerrt wurde. Er konnte als Scheinargument zum Schutze eigener Interessen mißdeutet werden. In der Arbeitsgruppe herrschte zu dieser Zeit eher die Befürchtung, daß die Multiplikatoren zu wenig Problembewußtsein zeigen könnten, z.B. die Ärzte die Eltern ungenügend oder gar falsch beraten.

Ein weiterer Hinweis steckte in den Überlegungen zur Problematik, daß ein dickes Kind als Symptomträger das System stabilisiert. Wenn die Bedeutung dieser Stabilisierung den Eltern wichtiger ist als der Druck

durch das Symptom, kann das eine Erklärung für die geringe Bereitschaft sein, an den ausgeschriebenen Kursen teilzunehmen. Diese Annahme wurde zumindest von einigen befragten Kinderärzten geäußert, die selbst sehr kooperationsbereit waren.

Zusammenfassend muß allerdings zu den Stellungnahmen der Experten gesagt werden, daß sich keine ausdrücklich und direkt auf die zu erwartenden Schwierigkeiten beim Ansprechen und Erreichen der Zielgruppe bezog. Die abgegebenen Stellungnahmen waren inhaltlicher und methodischer Art, und über diese Aspekte des Programms läßt sich erst nach einem Pretest endgültig weiter diskutieren.

4.1.3

Resonanz auf die Werbemaßnahmen

Die Resonanz der in Kapitel 3 aufgeführten Werbemaßnahmen war mehr als dünn und bescheiden. Selbst das attraktive, für die Teilnehmer weitgehend kostenlose Kurangebot, das das Volkswagenwerk seinen Mitarbeitern unterbreitete, wurde nicht angenommen.

Telefonische Kontakte mit einigen Kinderärzten bestätigten zwar das Problembewußtsein dieser Gruppe und die Kooperationsbereitschaft, erbrachte aber sonst vor allem das Ergebnis, daß es interessierte Eltern zwar gibt, jedoch fast ausschließlich von Kindern aus höheren Altersstufen. Auch auf direkte Werbung im NDR reagierten vorwiegend Eltern älterer Kinder, und dies sowohl im Raum Hamburg als auch im Raum Oldenburg. Pressemitteilungen bewirkten ebenfalls in erster Linie Meldungen älterer Kinder und insgesamt nicht mehr als ca. 15 Interessebekundungen aus der angepeilten Zielgruppe.

Im folgenden sollen einige mögliche Deutungen dieses Phänomens dargestellt und erläutert werden, die nach Gesprächen mit Kinderärzten, einem Referat über dieses Programm vor 60 Schulärzten und nach Gesprächen mit anderen Multiplikatoren zusammengetragen wurden.

- Die Ansprache der Multiplikatoren war nicht ausreichend: _ _ _ _ _

Vorwiegend Kinderärzte sind als Multiplikatoren gewählt worden. Die meisten wurden schriftlich über das Kursvorhaben informiert, bei einigen wurde telefonisch nachgefaßt. Bei der täglichen Postfülle der Ärzte ist es möglich, daß ein derartiger Brief unbeachtet bleibt. Anrufe haben jedoch in Einzelfällen gezeigt, daß das Anschreiben sehr wohl gelesen und zum Teil interessiert aufgenommen worden ist. Einige Kinderärzte äußerten sich jedoch in der Form, daß sie in ihrer Praxis entweder zu wenig Übergewichtige Vorschulkinder haben, oder eben diese Kinder im Werbezeitraum nicht in die Praxis kamen. Man kann die Hypothese aufstellen, daß eine gezielte Ansprache von ganz wenigen Praxen in einem eingegrenzten Raum, z. B. einem Stadtteil, mit engem persönlichen Kontakt zwischen Kursveranstaltern und Arzt einen besseren Effekt erzielt hätte. Gegen diese Hypothese spricht allerdings die Erfahrung in Bonn, wo eben dieser direkte Kontakt zu einem engagierten Kinderarzt praktiziert wurde.

- Es sind die falschen Multiplikatoren angesprochen worden: _ _ _ _ _

Es ist möglich, daß die angesprochenen Multiplikatoren gar nicht die für ein Kursprogramm dieser Art angemessenen Multiplikatoren sind, da niedergelassene Ärzte in

der Behandlungssituation nicht in der Lage sind, neben der eigentlichen Behandlung des kranken Kindes auch noch auf Übergewicht und auf eine von einer anderen Einrichtung durchzuführenden Behandlung zu achten und dafür zu werben. Die Motivation der Eltern, die eine Praxis aufsuchen, ist eher auf eine schnelle Symptombeseitigung eines eingegrenzten Symptoms, möglichst auf medikamentösem Wege, ausgerichtet. Selbst ein Gespräch mit dem Kinderarzt reicht nicht aus, um eine ausreichende Motivation für eine Kursteilnahme zu erzeugen. Das von der Arbeitsgruppe gewählte Verfahren von Avis-Karten mit anhängenden Rückmelde-Karten könnte eine weitere Schwelle darstellen.

Andere Multiplikatoren, wie z.B. die Schulärzte scheinen in sich sehr motiviert zu sein, aber auch resigniert, was die Motivierung der Eltern betrifft.

- Die angesprochenen Multiplikatoren haben sich nicht ausreichend engagiert: _ _ _ _ _

Es wäre im Sinne einer Schuldzuweisung leicht und angenehm anzunehmen, die angeschriebenen und angesprochenen Multiplikatoren hätten sich nicht ausreichend engagiert. Zumindest jedoch in den Fällen, in denen ein direkter Kontakt hergestellt wurde, läßt sich diese These nicht aufrechterhalten, sondern zeigte eher das Gegenteil. Die angesprochenen Kinderärzte sahen sehr wohl das Problem und versuchten auch, im Rahmen ihrer Möglichkeiten Eltern zu motivieren. Man könnte höchstens darauf verweisen, daß in der täglichen Praxis zu wenig Zeit für angemessene Motivationsarbeit zur Verfügung steht. Ebenso könnte der mangelnde Direktkontakt zwischen der Arbeitsgruppe und den Multiplikatoren zu einem zu geringen Engagement geführt haben.

- Es gibt keine dicken Kinder in dieser Altersstufe:

Die Aussage, es gäbe keine dicken Kinder in dieser Altersstufe, ist vor dem Hintergrund der Statistiken nicht haltbar. Im Zusammenhang mit der Annahme des mangelnden Problembewußtseins von Seiten der Eltern könnte man allerdings sagen, daß es subjektiv in ihren Augen keine übergewichtigen Kinder, sondern allenfalls "niedliche Moppel", "kraftstrotzende Jungs", "gesunde Kinder, die etwas zuzusetzen haben" evtl. auch "Kinder mit schweren Knochen" gibt, und daß das sehr wohl existierende Problem bewußt oder unbewußt verniedlicht oder verharmlost wird. Auf einer Schulärztetagung im November in Bad Segeberg äußerten mehrere Schulärzte die Ansicht, daß gerade Eltern besonders dicker Kinder diese Verleugnungsstrategien benutzen. Der Hinweis auf das Übergewicht des Kindes wird in vielen Fällen als Affront und Einmischung begriffen. Die im Rohentwurf des Programms wie auch auf der Expertentagung geäußerte Vermutung, das Problembewußtsein der Eltern sei gering oder das Problem werde gar geleugnet, bis hin zur Umkehrung: "Dicksein ist gesund", scheint in der geringen Rückmeldung ihre Bestätigung zu erfahren.

- Die Werbemaßnahmen waren nicht auffällig genug:

Ob die Werbemaßnahmen auffällig genug waren, könnte eigentlich nur mit der Befragung der angesprochenen Zielgruppe herausgefunden werden. "Auffällig" im Vergleich zu welchem Hintergrund und im Vergleich zu welcher Bedürfnislage auf Seiten der Zielgruppe, wäre zu fragen. Wenn aus dem Bedarf -hier Abbau von Übergewicht im Vorschulalter - noch keine Nachfrage - wo und wie kann man das Gewicht reduzieren? - erwachsen ist, kann selbst eine massive Werbekampagne für ein

hochwertiges Projekt bzw. Kursprogramm an der Aufmerksamkeit der Zielgruppe vorbeigehen, oder zwar ihre Aufmerksamkeit erwecken, ohne jedoch zur Handlung in Form von Anfrage und Anmeldung zu führen.

Daß der Bedarf und sogar die zwingende Notwendigkeit eines solchen Angebots besteht und dieses auch von Experten gesehen wird, ist noch kein Beweis für die Nachfrage seitens der Betroffenen. Selbst wenn diese die Notwendigkeit ebenfalls sehen, können andere Variablen die Aktion, den Bedarf durch Kursteilnahme zu befriedigen, verhindern.

Der Vergleich der durchgeführten Werbemaßnahmen mit anderen Werbemaßnahmen für ähnliche Kursprogramme läßt sich ohne den Bezug auf die Bedürfnislage der Zielgruppe nur schlecht ziehen. Es ist jedoch zu sagen, daß die direkte Werbung, z.B. Zeitungsberichte und Radiosendungen, als auch die indirekte Werbung, z.B. Briefe an Ärzte, der Werbung für vergleichbare Projekte ähnlich ist.

Mit der Annahme einer noch nicht ausreichend geweckten Nachfrage im Hintergrund, hätte eine massivere Werbung vielleicht eine größere Aufmerksamkeit erreicht. Diese Annahme ist aber vor dem Hintergrund anderer massiver Werbung eher zweifelhaft: Werbung in den Massenmedien ist nur wirksam, wenn sie auf ein direkt oder indirekt durch das Produkt zu befriedigendes Bedürfnis trifft; Werbung muß immer auch "personal" vermittelt werden, wenn sie nicht direkte Bedarfsdeckung bzw. Nachfragedeckung verspricht. Die personale Vermittlung könnte ein besserer Weg für neue Werbe- und Informationskampagnen sein, das heißt über systemnahe und akzeptierte Multiplikatoren und andere Real-Life-Systeme (vgl. auch Kapitel 4.2.).

- Die Eltern von übergewichtigen Kindern im Vorschulalter haben kein Problembewußtsein, keinen Leidensdruck: _ _ _ _ _

Da die Eltern bzw. die Mütter der übergewichtigen Kinder angesprochen werden müssen, weil man die Kinder nicht direkt erreichen kann, ist die Frage, ob ein ausreichendes Problembewußtsein oder gar ein ausreichender Leidensdruck vorhanden ist, von Interesse.

Die Annahme, daß die Eltern übergewichtiger Kinder das Übergewicht gar nicht als solches wahrnehmen, wurde oben dargestellt. Weiter ist denkbar, daß sie sehr wohl wahrnehmen, daß ihr Kind im Vergleich zu anderen Kindern zu viel wiegt, diese Wahrnehmung aber verdrängen. Wenn die familientherapeutische Theorie der Symptomträgerschaft als Systementlastung bzw. -stabilisierung richtig ist, wäre dieser Effekt sogar unumgänglich.

Aber selbst bei vorhandenem Problembewußtsein bei ausreichendem Wissen über die Gefahren von Folgeschäden, bei Wissen über die sozialen Konsequenzen, die das Kind in der Schule zu tragen haben wird, können die Eltern mit Verleugnung oder vergleichbarem Ausweichverhalten reagieren:

- Das Übergewicht wird genetisch erklärt, evtl. mit zu schweren Knochen;
- Das Übergewicht wird heruntergespielt;
- Das Übergewicht wird als Symbol für die mütterliche Fürsorge gewertet ("Wir können es uns leisten, unser Kind gut füttern");
- Rationalisierungen aus der Großelterngeneration werden angeführt ("Auf der Flucht und in der Nachkriegszeit hatten dickere Kinder etwas bessere Chancen").

Neben diesen gängigen Verleugnungsstrategien scheint ein weiterer Prozeß den Eltern die Annahme des Angebots zu erschweren. Der Hinweis z.B. eines Schularztes auf das Übergewicht des Kindes wird sehr häufig als unangemessene Einmischung in die Erziehungsgewalt der Eltern empfunden; Eltern wehren diesen Hinweis häufig als Stigmatisierung ab. Mehrere Schulärzte äußerten sich in dieser Richtung. Trotz der Offensichtlichkeit des Übergewichts wird die Benennung durch den Schul- oder Kinderarzt als Angriff auf die Mutterliebe gewertet. Besonders beängstigend scheint dann der Verweis an eine offizielle oder auch nur offiziell klingende Stelle zu sein.

Eine ganz andere Sichtweise möglicher "Verleugnungsstrategien" bei den Eltern wurde am Rande des Expertentreffens angedeutet: Die psychobiologische Programmierung der Nahrungsaufnahme auf Vorrat. Wenn man eine psychobiologische Programmierung annimmt, kann hier die Erklärung für einen Teufelskreis gefunden werden: Bevorratende Nahrungsaufnahme in einem Feld, in dem dieses Verhalten unangemessen ist, führt zu Übergewicht, die Wahrnehmung des rundlicheren Kindes verstärkt das Kindchenschema und die emotionale Reaktion darauf, Zuwendung und Stolz äußert sich wiederum auf dem Wege vermehrter Nahrungsangebote als apersonale Belohnung. Ein weiterer psychobiologischer Ansatz könnte die Reaktion auf Hinweise einer "bösen Macht", Schularzt, Kinderarzt oder Fremde überhaupt, verdeutlichen: "Dies Kind ist Träger meiner Gene, an dem wird nicht kritisiert, an dem ist alles in Ordnung." Daß der Hinweis auf das Übergewicht des Kindes nicht als Angriff oder Kritik gemeint ist, wird von der sich angegriffen fühlenden Mutter sicher nicht wahrgenommen.

Eine, wenn auch zugegebenermaßen vertrackte Deutung der Nichtannahme eines Kursangebotes könnte in der Hypothese stecken, daß die Eltern übergewichtiger Kinder den körperlichen Kontakt zu ihren Kindern meiden. Diese Aussage war auf dem Expertentreffen ebenfalls am Rande, wohl auch ein wenig beschämend, angedeutet wurde. Wenn die Vermeidung körperlichen Kontakts tatsächlich Stil in der betreffenden Familie ist, muß sie allerdings nicht notwendigerweise eine Folge des Übergewichts des Kindes sein. Die Annahme einer umgekehrten Reihenfolge wird dagegen häufiger vertreten: Die Ablehnung von Körperlichkeit ist vor der Entstehung des Übergewichts im Familiensystem vorhanden. Das Kind erwirbt das Übergewicht evtl. als Folge zu reichlicher Nahrungsaufnahme, die quasi als Ersatz für mangelnde Kontakte und Zuwendung gedacht ist. Eine andere These sagt, daß das Kind von seinem Dicksein profitiert, im Sinne eines Schutzringes, oder auch im Sinne eines Wärmepolsters. Möglicherweise Profitieren auch die fütternden Erwachsenen direkt vom Übergewicht des Kindes, weil dickere Kinder, diese Behauptung steht im Widerspruch zur oben aufgestellten Hypothese über die Verstärkung des Kindchenreflexes, eher älter und reifer wirken als normalgewichtige Kinder. Man kann sie eher als kleine Erwachsene behandeln, muß sich nicht so sehr um ihre kindlichen Bedürfnisse kümmern.

Diese Hypothese wird zwar in der Literatur kaum vertreten, aber mehrere Gespräche mit als Kind übergewichtigen Erwachsenen brachten diesen Mechanismus zutage.

Die Spekulationen über eher psychodynamische Komponenten des Übergewichts entbehren der einfachen Schlichtheit und Schönheit der ernährungswissenschaftlichen und lerntheoretischen Erklärungen. Im Gegensatz zu die-

sen sind sie auch kaum empirisch überprüft. Dennoch sollten auch sie für weitere Ansätze zur Einführung des Kursprogramms herangezogen werden.

- Das Angebot eines Kurses in einer Beratungsstelle, Familienbildungsstätte oder Volkshochschule ist nicht attraktiv: _ _ _ _ _

Beratungsstellen und Volkshochschulen sind Institutionen, die von einer sehr eingeschränkten Personengruppe besucht werden. Entweder unter sehr hohem Leidensdruck, und auch dann mit Ängsten und Scham, oder aus bildungsfreudigem Interesse. Kurse, die eine direkte Verwertbarkeit versprechen, werden eher angenommen als andere, abgesehen vom Stammpublikum der Bildungseinrichtung. Eine ähnliche Situation scheint für Familienbildungsstätten zu gelten.

Ob die Eltern Übergewichtiger Kinder eine besonders große Schwellenangst vor diesen Institutionen haben, müßte überprüft werden. Die möglicherweise vorhandene Schwellenunbehaglichkeit könnte im Zusammenspiel mit anderen Faktoren zur Nichtanmeldung führen.

Eine ungeklärte Rolle spielt der zeitliche Aufwand und die Regelmäßigkeit eines Kurses. Wie bei anderen psychotherapeutischen oder pädagogischen Problemlösungen auch, könnte die traditionelle Verknüpfung Krankheit - Arztbesuch - Pharmakotherapie - einer psychosozial orientierten Vorgehensweise widersprechen. Wenn die Eltern das Übergewicht als Problem sehen und unter einem gewissen Leidensdruck bereit sind, ihrem Kind zu helfen, kann sich diese Bereitschaft immer noch auf die Spur "organisches Symptom, der Arzt gibt ein Mittel" oder allenfalls auf die immerhin ähnliche Spur "welche Diät soll ich meinem Kind nun geben?", beschränken.

In anderen Symptombereichen ist die Schwierigkeit psychotherapiefreundlich eingestellter Ärzte bekannt, gerade psychosomatischen Patienten die Notwendigkeit einer psychologisch-pädagogischen "Behandlung" klar zu machen. Allein die Andeutung der möglicherweise psychischen Bedingtheit einer sich eindeutig rein organisch äußernden Krankheit ist bereits eine Gefährdung des Systems. Wenn in der Tatsache der Somatisierung bereits ein Krankheitsgewinn steckt, muß an der Nahtstelle Arzt/Institution und Kurs mit erheblichen Widerständen gerechnet werden.

In diesem Fall wäre das Angebot eines Kurses in einer Beratungs- oder Fortbildungsinstitution sogar bedrohlich.

- Die Werbung wurde in der falschen Jahreszeit gestartet: _ _ _ _ _

Die sehr banale Annahme, die Werbung und Information für die Pretest-Kurse sei in der falschen Jahreszeit durchgeführt bzw. vermittelt worden, könnte höchstens einen Teil der geringen Reaktion erklären.

Durch das Scheitern der Schulärzte-Aktion in Hamburg war eine wichtige und kooperationsbereite Gruppe von Multiplikatoren nicht erreicht worden. Die Informationsmaßnahmen sowohl für die für den Herbst geplante ambulante Maßnahme wie auch für die für den Frühherbst geplante Kurmaßnahme wurden zum Teil in der Zeit der Sommerferien verbreitet. Selbst wenn man davon ausgeht, daß nur 40% der angesprochenen Zielgruppe in Urlaub gefahren sind, kann die Zeit einen Effekt gehabt haben.

- Der Stabilisierungswert des dicken Kindes ist für das System Familie wichtiger als der Leidensdruck des Kindes drängend ist: _ _ _ _ _

Diese Annahme ist weitgehend mit der Annahme identisch, das Kursangebot sei nicht ausreichend attraktiv, wobei allerdings der Schwerpunkt hier in der Furcht liegt, das gesamte System Familie könnte gefährdet werden.

Ob es möglich ist, diesen Widerstand zu umgehen oder abzuschwächen, indem in der Ausschreibung jeder Hinweis auf die Gesamtfamilie vermieden wird, ist fraglich.

Zumindest einige der Feldexperten wiesen in Gesprächen daraufhin, daß das dicke Kind als Problem eher zu ertragen ist, als die Problemlösung mittels langfristiger Veränderung in einem Kurs.

Auch hier würde die pharmakofixierte Haltung der erwachsenen Familienmitglieder eine weitere Erklärung geben: "Ändere zwar das Gewicht meines Kindes, aber laß mit mein Gewicht, meine Struktur und meine Kommunikationsgewohnheiten!"

Zusammenfassend läßt sich zu den genannten Hypothesen nur noch einmal wiederholen, daß alle diese Annahmen spekulativ und in sich widersprüchlich sind.

Abschließend soll mindestens noch die Annahme nachgetragen werden, daß das Engagement der Arbeitsgruppe bei der Kontaktierung potentieller Multiplikatoren rückblickend nicht ausreichend war und bezüglich der Umstellung einmal eingeschlagener Richtungen der Motivierungsarbeit nicht alle kreativen Potentiale genutzt wurden.

4.2 Weitere Möglichkeiten für die Arbeit mit adipösen Vorschulkindern

4.2.1 Überlegungen zur Zielgruppe

Die Tatsache, daß auf die von der Arbeitsgruppe eingeleiteten Werbemaßnahmen zu wenig Resonanz erfolgte, könnte zu der Vermutung verleiten, in der Zielgruppe der Vorschulkinder sei der Leidensdruck eben nicht ausreichend, um eine Teilnahme an einem Programm zu bewirken. Dennoch ist nicht die andere Tatsache zu übersehen, daß Adipositas therapie gerade bei Vorschulkindern nötig ist als Sekundärprophylaxe, weil hier evtl. bessere Chancen rechtzeitiger Heilung bestehen. Gerade in dieser Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß die Kinder ihre Ernährungsgewohnheiten ändern, ohne erneut in eine entfremdete Haltung zu geraten (wie z.B. im ständigen Kalorienzählen oder Einhalten von Diäten).

Sowohl von inhaltlicher als auch von methodischer Begründung her ist die Zielgruppe also keineswegs falsch. Daß sich auf die Werbemaßnahmen sehr viele Eltern älterer Kinder gemeldet haben, bedeutet lediglich, daß für ältere Schulkinder auch ein Mangel an angemessenen Maßnahmen besteht. Hier ist der Bedarf jedoch bereits in Nachfrage umgeschlagen, evtl. auch wegen des wesentlich höheren Leidensdruckes, sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern.

Die in Kapitel 4.1. genannten Abwehrstrategien greifen bei älteren Kindern vielleicht nicht mehr so gut wie bei Sechsjährigen. Die Bemerkung eines Schul- oder Kinderarztes über das Übergewicht des Kindes mag bei kleineren Kindern noch als unzulässige Einmischung ab-

gewehrt werden, die Furcht vor Stigmatisierung noch zur Verleugnung führen. Bei Schulkindern hat die Stigmatisierung durch die Mitschüler bereits ein Ausmaß erreicht, daß sie wahrgenommen werden muß. Auch lassen sich erste Auswirkungen des Übergewichts hier nicht mehr so leicht verstecken, wie z.B. Handicaps beim Sport.

Vom prophylaktischen und therapeutischen Standpunkt hergesehen, ist die Zielgruppe also richtig gewählt. Die Zielgruppendefinition ist jedoch vom Ansatz problemlösungsorientierter Zurverfügungstellung von Informationen über ein hilfreiches Angebot aus betrachtet nicht ausreichend, unpräzise und dadurch unbrauchbar.

Die Definition der Zielgruppe muß vom Problembewußtsein her ansetzen: "Wer hat Probleme mit dem Übergewicht von Kindern im Vorschulalter, wer kann sich für die angebotenen Maßnahmen wegen des Druckes, den das Problem ihm macht, interessieren? Ist die angebotene Maßnahme in ihrer Schwierigkeit, in ihrem Aufwand - in ihrem Preis im weitesten Sinne - attraktiv für die angepeilte Zielgruppe? Wie ist die Relation Problemdruck/Preis? Wenn der Preis für die Problemlösung zu hoch erscheint: Wie ist der Gesamteffekt der Maßnahme beschaffen, läßt sich neben dem direkten Problemlösungsangebot noch ein weiteres attraktives Element darstellen?"

4.2.1.1

Hierarchische Struktur der Zielgruppen

Im Fall der adipösen Vorschulkinder lassen sich drei verschieden hierarchisch geordnete Zielgruppen finden:

- Das Übergewicht der Kinder macht zuerst den Experten Probleme, besonders den im öffentlichen Gesundheitswesen engagierten Schulärzten und ähnlichen Multiplikatoren. Diese Gruppe ist sich der Folgen kindlicher Adipositas bewußt. Auch Kindergärtnerinnen und Erzieher können zu dieser Zielgruppe gehören. Diese Zielgruppe bedrängt die Adipositas der Vorschulkinder zwar nicht direkt, die psychische Wohlbefindlichkeit, die Beschäftigung mit diesem Thema gehört jedoch zum Auftrag und Rollenverständnis dieser Berufsgruppen.
- Den Eltern macht das Übergewicht der Kinder vielleicht Probleme. Wenn die Eltern weder über die Konsequenzen kindlicher Adipositas noch über den Verlauf informiert sind, wird eine Adipositas, die noch im "Rahmen" bleibt unter Umständen gar nicht als eine solche wahrgenommen. Auch Informationen über die Folgen von Adipositas lassen alleine noch nicht das erforderliche Problembewußtsein entstehen.

Alle Kampagnen zur Verbesserung psychischer und körperlicher Gesundheit sind in einer Kombination von Problembenennung Darstellen der Konsequenzen, Erziehung und Information und dem Unterbreiten von Lösungsvorschlägen abgelaufen. Keine Kampagne hat eine Chance, wenn sie nicht wenigstens auf Besorgtheit oder auf den Wunsch zur Veränderung stößt.

Die Zielgruppe Eltern kann daher nicht eindeutig als Zielgruppe im oben angesprochenen Sinne betrachtet werden, allenfalls eine Sekundärzielgruppe. Sie müßte zunächst einem Prozeß angemessener Bewußtmachung unterzogen werden, vergleichbar mit den Aufklärungskampagnen gegen Zigarettenrauchen und gefährliche Drogen.

Selbst mit dieser Bewußtmachung könnte ein Teil der Eltern adipöser Kinder jedoch noch immer nicht angesprochen werden. Dies gilt insbesondere für solche, die ihre Kinder als "Ausnahme von der Regel" betrachten.

Um die Motivierung der Eltern zu optimieren, muß eine verstärkte Zusammenarbeit von öffentlicher Aufklärung und direkter Arbeit in familiennahen Systemen, z.B. Informationsarbeit in Kindergärten, erfolgen.

Unter Umständen läßt sich diese Zielgruppe auch durch Nebenelemente der angebotenen Problemlösung motivieren. Während der Programmentwicklung wurde in der Arbeitsgruppe argumentiert, daß die Eltern sicherlich mehr symptomorientierte Erwartungen an den Kurs stellen, z.B. Anregungen für besseres oder anderes Kochen, Diätvorschläge etc.. Es könnte sein, daß gerade die Benennung des Symptoms nicht das Thema der Eltern ist, und daß gerade sie auf die nichtsymptomorientierten Teile des Programms eher ansprechen. Dies ließe sich kurzfristig untersuchen.

Wenn die Adipositas des Kindes verleugnet wird oder zwar gesehen, aber ablenkend abgeschwächt wird, ist es vielleicht leichter, die Eltern über "Nebeneffekte" des Programms zu motivieren, wie z.B. über die Spielgruppe und über Elternabende mit Gleichgesinnten.

- Daß die Kinder mit ihrem Übergewicht Probleme bekommen werden, steht außer Frage; daß sie es bereits haben, muß bezweifelt werden. Kinder dieser Altersgruppe erleiden noch nicht die soziale Stigmatisierung als "Fettfleck" wenn sie nur wenig organisierte Kontakte zu anderen Kindern haben, wie dies später in

der Schule der Fall ist. Da die Kinder aber weder direkten noch indirekten Druck auf die Eltern ausüben können, bleibt ihr Problembewußtsein ihr individueller Leidensdruck. Bei jungen Schulkindern könnte noch eine angemessene Gesundheitsaufklärung in der Schule diesen Kindern zur Seite treten. Informationsmaterial, das von der Schule mitgegeben wird, wird vielleicht nicht so stark als Einmischung erlebt, wie die Empfehlung eines Schularztes.

4.2.1.2

Die Relation Problemdruck / Aufwand

In der Arbeitsgruppe sind gegen Ende des Arbeitszeitraumes, also nach dem Scheitern der Pretest-Phase im Herbst 1982 unterschiedliche Meinungen zu der angesprochenen Relation geäußert worden.

Wurde bisher die Kursdauer wie auch der jeweilige Sitzungsaufwand allgemein für angemessen gehalten, was er inhaltlich und methodisch auch nach wie vor ist, wurden jetzt vor allem am Zeitaufwand Zweifel laut.

Es könnte sein, daß bei einem nur mittelmäßig oder gering ausgeprägten Problemdruck der Aufwand für den Kurs vielen Eltern zu hoch erscheint. Besonders vor dem Hintergrund medikamentöser Lösungsgewohnheiten könnte für viele allein die Tatsache, sich für einen Kurs zu entscheiden, verbunden mit dem Aufsuchen einer veranstaltenden Institution bereits zu viel Aufwand bedeuten. Dann ist es immer noch leichter, mit selbstberuhigenden Gedanken in die Apotheke zu gehen, um Appetitzügler für das Kind zu kaufen oder Diät zu kochen und deren Einhaltung von dem übergewichtigen Kind ggf. sogar zu erzwingen. Daß beide Lösungswege falsch sind, der erste gefährlich und der zweite wirkungslos, ist im allgemeinen Bewußtsein

Über Adipositas nicht ausreichend verankert. Daß sich Angehörige der Primärzielgruppe, insbesondere Ärzte, gelegentlich zu Helfern dieser unangemessenen Problemlösungsversuche machen, kann aufgrund vorliegender Erfahrungen leider nicht ausgeschlossen werden. Eine Kampagne zur Aufklärung über die Folgen von Adipositas müßte deshalb unbedingt auch eine Aufklärung über die bestehenden, fragwürdigen Methoden der Therapie sein.

Ob es sich empfiehlt, wegen des vordergründig hohen Aufwandes das Kursprogramm umzugestalten und evtl. zu kürzen um es in einem anderen Rahmen anzubieten, kann hier nicht entschieden werden. Gegen eine Kürzung sprechen zunächst inhaltliche Gründe. Eine Verlagerung der Maßnahme in andere Felder könnte evtl. sinnvoll sein.

4.2.2

Überlegungen zur anbietenden und durchführenden Institution - - - - -

Schwellenangst und Angst vor einer möglichen Stigmatisierung, möglicherweise sogar verknüpft mit Schuldgefühlen, und der Phantasie, als Mutter versagt zu haben, kann ein Grund sein, sich nicht an eine Institution zu wenden.

Eine Strategie, diese Schwellenangst zu minimieren oder zu umgehen, wäre die Verlagerung der Kurse in neutrale oder bereits gut etablierte Felder im natürlichen Lebenszusammenhang des Systems Familie.

Sowohl Kindergärten als auch sonstige Vorschuleinrichtungen bieten sich hier als weniger Abwehr auslösenden Institutionen an. Im Kindergarten ist das

Kind schon, die Kindergärtnerin ist vertraut und Elternabende sind durchaus übliche Veranstaltungen.

Eine Schwierigkeit bei dieser Verlagerung liegt in der geringen Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Kindergartens eine Kursgruppe angemessener Größe zusammenzubekommen. Für Nichtmitglieder dieses veranstaltenden Kindergartens wäre dann wiederum eine gewisse Schwellenangst vorhanden, wenn auch vielleicht eine geringere, als bei anderen, artfremden Institutionen.

Ob Erziehungsberatungsstellen eine angemessene Institution abgeben würden, ist fraglich. Wenn die veranstaltende Erziehungsberatungsstelle gut eingeführt und akzeptiert ist, auch und gerade in ihrer Kinderarbeit, läßt sich hier ein Kurs durchführen, evtl. sogar aus der Klientel der Beratungsstelle rekrutieren. Ansonsten könnten Erziehungsberatungsstellen gerade wieder Schwellenängste auslösen, indem sie die Schuldzuschreibung "als Erzieher versagt zu haben" noch mehr wecken und damit gleichzeitig die Verleugnung des Symptoms bzw. die Verleugnung des Zusammenhangs zwischen Symptom und Familie auslösen.

Ob als eine weitere natürliche, schon etablierte und von der Zielgruppe Eltern akzeptierte Institution Kinderarztpraxen angenommen werden können, läßt sich generell nicht entscheiden. Sicher läßt sich eine Mutter von dem Arzt ihres Vertrauens eher von der Sinnhaftigkeit einer Spiel- und Elterngruppe überzeugen, wenn ihr der Veranstalter dieser Gruppe bekannt ist, z.B. der Arzt selbst, oder durch die positive Übertragung vom Arzt als kompetent ausgewiesen wird. Ob dieses Feld angemessener als die oben genannten Felder ist, läßt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht entscheiden.

5. VERSUCH EINER BEWERTUNG DES PROGRAMMS UND AUSBLICK

Die hier vorliegenden Materialien sind in mehrfacher Hinsicht ein "Programm":

- als Programmangebot für Familien mit mindestens einem übergewichtigen Kind;
- als Programmangebot für Kursleiter in verschiedenen Institutionen, die sich mit Gesundheitsprophylaxe befassen;
- als Programm der Arbeitsgruppe, die diese Materialien entwickelt und zusammengestellt hat mit der Vorstellung, daß man so vernünftigerweise mit adipösen Kindern arbeiten sollte und
- als "programmatische Reaktion" auf Berichte über andere Ansätze und deren mangelnde Effizienz.

Sowohl die Bewertung der bisher vorliegenden Materialien und der nicht vorhandenen Pretest-Ergebnisse als auch für den Ausblick ist es notwendig, diese unterschiedlichen Aspekte genauer zu betrachten.

5.1 Der "programmatische Charakter" des Programms

Die theoretische Begründung für den hier gewählten Ansatz sowie für die zusammengestellten Materialien wird aus zwei unterschiedlichen Quellen gespeist:

- Aus der Familientherapie im weitesten Sinne (auch unter Vernachlässigung unterschiedlicher Alleinvertretungsansprüche einzelner Schulen aus diesem Gesamtkonzept);
- aus einer antithetischen Beschäftigung mit Berichten über bereits angewandte Programme, anderer Konzepte und Versuche.

Diese zweite Quelle soll hier noch etwas genauer betrachtet werden, weil sie bei aller Selbstverständlichkeit und Berechtigung Probleme aufwirft.

Abgesehen von dem Umstand, daß für die in diesem Programm angesprochene Zielgruppe von Vorschulkindern keine angemessenen Kurse oder andere Projekte angeboten werden, soll noch einmal festgehalten werden, daß die Ergebnisse der meisten Ansätze im Problemfeld "kindliche Adipositas" mehr als spärlich waren. Unbefriedigende Ergebnisse von eher engen Ansätzen können entweder zur Perfektionierung eben dieser engen Ansätze führen oder aber grundsätzliche Zweifel an diesen Konzepten auslösen. Da jedoch auch in anderen Bereichen der Gesundheitsvorsorge und der Psychotherapie Schmalspuransätze in Ungnade gefallen sind, ist die Hinwendung zu einem systemischen und mehrdimensionalen Ansatz nur logisch. Ein solcher Ansatz ist als Problemlösungsstrategie zwingend erforderlich und steht im Einklang mit den überwältigenden Erfolgen familienorientierter und ganzheitlicher Therapie in anderen Bereichen.

Was jedoch die Faszination eines ganzheitlichen Ansatzes ausmacht, beinhaltet auch ein Risiko: Je mehr Interdependenzen und Vernetzungen man findet und beschreibt, desto mehr andere Interdependenzen tun sich auf. Je umfassender die Beschreibung der Bedingungsvariablen gelingt, desto umfassender geraten die für unbedingt notwendig erachteten Interventionen. Es ergibt sich die Schwierigkeit, ein "Abbruchkriterium für systemorientiertes Denken" zu finden, daß der Komplexität des Problems und der Ökonomie der Interventionen Rechnung trägt.

Programmatische Erklärungen und Programme haben leicht die Tendenz, im wahrsten Sinne des Wortes umfassend und erschöpfend zu werden, und dies besonders dann, wenn sie dem Anspruch einer erstmaligen Lösung eines drängenden Problems genügen sollen.

Nimmt man die hier vorliegenden Materialien als ein ganzes Programm, kann solch ein Eindruck entstehen. Aus der Sicht mancher "Praktiker" mag dieses Gesamtprogramm unangemessen umfangreich, zeitaufwendig und teilnehmerüberfordernd erscheinen. Besonders systemisch denkende "Theoretiker" andererseits könnten die unangemessene Vereinfachung beklagen.

5.2 Das Programm als Angebot für Kursleiter

Die hier zusammengestellten Übungen, Thematisierungshilfen und Möglichkeiten zum kindgemäßen Ernährlern sind aufeinander und auf die Zielgruppe sehr junger Kinder abgestimmt.

Als Anwender können Kursleiter ohne weiteres den Schwierigkeitsgrad und die Attraktivität einzelner Programmelemente der jeweiligen Zielgruppe anpassen.

Sämtliche Bausteine dieses Programms könnten an andere Kurse oder Projekte angegliedert werden, solange die Grundorientierung der Verknüpfung der drei genannten Programmelemente und der "unspezifisch-spezifische" Zugang zum Übergewicht erhalten bleiben. Es bieten sich Verbindungen mit Familienbildungsprojekten, Mutter-Kind-Kuren und ähnliche Ansätze an. Ob auch eine Kombination mit Adipositas-Kursen für Erwachsene, z.B. "Abnehmen - aber mit Vernunft", möglich und sinnvoll ist, müßte erprobt werden. Die Einbeziehung der ganzen Familie in ein Veränderungsbemühen könnte sicher entscheidend gefördert werden.

5.3 Ideen zur Arbeit mit adipösen Kindern

Es wäre sicher wünschenswert, das Dilemma der bisher gemachten Erfahrungen durch verstärkte Aufklärung

über die Gewichtigkeit der Übergewichtigkeit im Kindesalter zu verringern. Langfristig könnte eine solche Aufklärung wohl zu einer Steigerung des Problembewußtseins und damit auch zu einer größeren Bereitschaft, an einem Kurs teilzunehmen, beitragen. Vor dem Hintergrund der Dringlichkeit des Problems müssen aber andere Möglichkeiten gefunden werden, erfolgversprechende Ansätze schnell und breit gestreut anzubieten.

Der gesamte Baukasten mit den drei Elementen "Ernährung", "Kommunikation" und "Bewegung" ist von der Autorengruppe als die zu testende optimale Form betrachtet worden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, mit Teilen aus diesem Programm zu arbeiten bzw. mit solchen Teilprogrammen einen Einstieg in eine dann doch umfassendere Arbeit mit den Familien zu finden.

Dies sollte jedoch nicht zu einer Verkürzung führen, die über die isolierte Anwendung einiger Bausteine aus einem komplex angelegten Baukasten zu eben den Ansätzen zurückführt, die durch dieses Kursprogramm überwunden werden sollen. Die drei Elemente sind aufeinander bezogen und sollten in jedem Fall in ihrer Verknüpfung erhalten bleiben. Gerade die Kombination einer scheinbar unspezifischen Intervention, die sich auf die Interaktion im System "Familie" bezieht, mit Interventionen, die Körperfreude ermöglichen und mit symptomgerichteten Interventionen zum Thema "Ernährung" verspricht eine langfristig erfolgreiche Problemlösung. Dies heißt allerdings nicht, daß bereits am Anfang des Angebots eines Kurses die vollständige Breite des Programms aufgezeigt werden muß.

Wenn man von der These ausgeht, daß Eltern von Übergewichtigen Vorschulkindern im Gegensatz zu Eltern von Schulkindern unter einem geringeren Leidensdruck

stehen, der dann auch eine geringere Investitionsbereitschaft von Zeit und Energie in ein "Familienprogramm" erzeugt, könnte es sinnvoll sein, aus diesem umfassenden Programm einzelne Elemente herauszunehmen und miteinander zu kombinieren und Kurzformen zusammenzustellen und anzubieten. Die vorliegende Baukastenform der Materialien erlaubt eine zielgruppenspezifische Auswahl von Teilen des Programms.

Es könnte sogar sein, daß das fraktionierte Angebot von aufeinander aufbauenden Sequenzen, mit jeweils neuer Entscheidung der Teilnehmer über den weiteren Verlauf bzw. über das Weitermachen, ein Vorgehen darstellt, daß der Komplexität des Problems wesentlich angemessener ist.

Belege für diese Annahme liefern andere therapeutische Bereiche, z.B. Beratungen zum Bereich sexueller Dysfunktionen, die stufenweise zu Paar- und Familienberatungen werden.

Weiterhin wäre zu überprüfen, ob eine direkte Arbeit mit den Kindern, z.B. in einem Kinderhort o.ä., möglich ist, und ob die körperfreundliche und lustvolle Aktion mit anderen Kindern zumindest Grundlagen für die Wiederherstellung von angemessenen Sättigungsreaktionen schafft, die trotz nicht oder nur geringfügig veränderter Kochgewohnheiten der Mütter überdauern. Wenn es gelingt, wenigstens gelegentlich Müttertreffs zu veranstalten, könnte dieses Vorgehen erfolgreich sein. Zahlreiche Daten über relativ feldunabhängiges Verhalten auch sehr junger Kinder stützen zunächst einmal die Idee eines Versuchs.

Außerdem kann bei intensiver Arbeit in einer regelmäßigen Kindergruppe im Zusammenhang mit Eltern-Kind-Treffen eine kognitive Vorgehensweise, die an die

gesundheitsfördernden Anteile der Familie anknüpft, positive Veränderungen bewirken.

Bei aller Problematik, die in den oben aufgezählten möglichen Gründen für ein Zaudern gegenüber dem Kursangebot steckt, bestehen für die Durchführung des Programms Chancen, wenn im Rahmen anderer bereits bestehender Kontakte zu Eltern und Kindern bereits einigermaßen tragfähige Beziehungen bestehen.

6. SCHLUBBEMERKUNG

Es ist leicht, nach einer klügermachenden Erfahrung mögliche Gründe zu finden und Ideen zu entwickeln, wie eine nochmalige Erfahrung dieser Art hätte vermieden werden können.

Es wäre besser gewesen, wenn diese Ideen rechtzeitig vor der Erfahrung der Nicht-Resonanz auf die getroffenen Informationsmaßnahmen entwickelt und in die Strategie einbezogen worden wären.

Es wäre auch besser gewesen, wenn alle Mitglieder der Arbeitsgruppe sich rechtzeitig oder intensiver für die Positionierung des Programms eingesetzt hätten und somit die erfolgversprechenden Kanäle über Schulärzte, Kindergarten, Sportschulen und vielen anderen Real-Life-Systemen besser genutzt worden wären.

Es wäre sicherlich auch besser gewesen, wenn eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zur Verdeutlichung des Problems von Übergewicht bei Kindern im Vorschulalter vor oder zumindest parallel zu den Positionierungsversuchen geleistet worden wäre.

Zum Teil lassen sich diese Versäumnisse mit der Unmöglichkeit erklären, alle Faktoren in einem hochkomplexen System zu speichern und zu berücksichtigen. Schrittweises Austesten von einzelnen Programmelementen in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichen Werbemethoden hätte vielleicht diese Erfahrung vermeiden helfen.

Die Beschreibung und Benennung dieser Erkenntnisse beinhaltet jedoch keine Distanzierung von den Inhalten und Grundgedanken dieses von der Arbeitsgruppe entwickelten Programms. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe stehen weiterhin zu diesem Programm.

Um allerdings die Nachfrage überprüfen zu können und um die Qualität der entwickelten Angebote steigern und diese Angebote den Betroffenen zu vermitteln, bedarf es der kreativen Anwendung der vorliegenden Materialien. Die Arbeitsgruppe als Hersteller, Beforscher und Anbieter dieser Materialien bedarf der Rückmeldung, Anwendung in der Praxis, Erweiterung, Kritik, Lob und Veränderung.

Ein wesentlicher Bestandteil des vorliegenden Ansatzes zur Arbeit mit Übergewichtigen Kindern ist der Spaß, den die Kinder miteinander und mit den Eltern und die Eltern miteinander haben sollen.

Ein ebenso wichtiger Bestandteil ist der Spaß, den wir unseren Lesern beim Ausprobieren und Weiterentwickeln mit den Kindern und Eltern wünschen.

Literatur

Mit * gekennzeichnete Titel enthalten weitere, im Kurs einsetzbare
Übungen

I. Kindliches Übergewicht: Diagnostik, Rahmenbedingungen und Einflußfaktoren

BECKER, H.G., WAHRBURG, H., ZENTGRAF, H.: Übergewicht und Ernährungsverhalten von Schulkindern in Nordrhein-Westfalen. Vortrag, gehalten auf dem 19. wissenschaftlichen Kongreß der DGE, München, 1. - 2. 4. 1982

BIRCH, L.L., MARLIN, D.W., KRAMER, L., PEYER, C.: Mother-Child Interaction Patterns and the Degree of Fatness in Children. Journal of Nutrition Education, 13, 1981, Nr. 1, S. 17 - 21

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND UMWELTSCHUTZ (Österreich): Mein Kind soll zu dick sein? Broschüre, o.J.

DAHLMANN, N.: Kindliche Entwicklung und Fettsucht. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1975, 119, S. 181 - 195

Dicke Kinder: Von allem zu viel. Spiegel⁵², 1977, Heft 52, S. 54 - 65

DROESE, W., STOLLEY, H.: Der Einfluß der Ernährung und Ernährungsgewohnheiten. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): ...

DROESE, W., STOLLEY, H., KERSTING, M.: Physiologische Ernährung und Ernährungsgewohnheiten. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 123, 1975, 123, S. 237 - 239

DUMPERT, H.-D.: Übergewicht im Kindesalter und Erziehungsverhalten der Mutter. Diss. Bonn 1982. Im Auftrag und mit Mitteln der BZgA

GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): Adipositas im Kindesalter. Symposium in Deidesheim. Stuttgart 1974

GUTEZEIT, G.: Psychodiagnostische Befunde bei adipösen Schulkindern. Ernährungsumschau 10, 1972

GUTEZEIT, G.: Eltern-Kind-Relationen bei adipösen Kindern. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): ...

GUTEZEIT, G.: In vivo Observations of obese and normal Weight Children. Radiatr. adolesc. Endocr., 7, S. 198 - 202, Basel 1979

HERTZLER, A.: Obesity - Impact of the Family. Journal of the American Dietetic Association 79, 1979, No. 5, S. 525 - 530

HUBER, E.G.: Psychosomatische Aspekte der kindlichen Fettsucht. Acta Paedopsychiatrica 35, 1968

~~*****~~

KNÖLL, G.: Zur Adipositas des Kindes. Ernährungsforschung 4, 1979, 24, S. 114 - 116

MAASER, R.: Diagnostik und Häufigkeit der kindlichen Adipositas. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): ...

...

MAASER, R.: Diagnostik und Therapie der kindlichen Adipositas im Kindesalter. Aktuelle Ernährungsmedizin, 1977, Suppl. 2, S. 119 - 121

MAASER, R.: Adipositas im Kindesalter: ~~Diagnostik und Therapie~~
Diagnose und Behandlung. Öff. Gesundheitswesen 41, 1979, S. 57 - 61

MAISCH, H., SCHÖNBERG, D., WALLIS, H.: Psychosomatische Aspekte der einfachen Adipositas im Kindesalter. Psyche 19, 1965/66, S. 339 - 364

1 > MAYER, J.: Obesity during childhood. Current Concepts of Nutrition, 1975, 4, S. 73 - 80

MOOSHAGE, B.: Kinder mit Adipositas - eine psychologische Studie zu Umwelt-, Verhaltens- und Persönlichkeitsvariablen. Der Kinderarzt 9, 1978, S. 155 - 160

NEUGEBAUER, H.: Der Einfluß von inneren und äußeren Reizbedingungen auf das Essverhalten übergewichtiger und normalgewichtiger Kinder. Diss. Köln, 1976

PUDEL, V., JUNG, F.: Psychologische und psychosoziale Faktoren bei der Genese der kindlichen Adipositas. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 1975, 123, S. 255 - 258

SCHREIER, K.: Prognose der Adipositas des Kindes. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.):...

SPRANGER, J.: Symptomatologie und Systematik der Adipositasformen. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 242 - 246

STRUNK, P.: Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: HARBAUER, H., LEMPP, R., NISSEN, G., STRUNK, P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Aufl. Berlin 1980

STUR, O., HAJEK, H., ORTEL, N.: Die Entwicklung der Fettsucht bei Schulkindern vom 7. bis zum 11. Lebensjahr. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 282 - 283

WECHSELBERG, K.: Fettsucht und Magersucht im Kindesalter. Deutsches Zentralblatt für Krankenpflege 8, 1967, S. 339 - 341

Welche Kinder essen "ordentlich"? Dicke! Psychologie heute 4, 1977, S. 9 - 10

① MAISCH, H., WALLIS, H.: Ein psychosomatisches Modell gezeigt an der einfachen Adipositas der Kinder. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 1965, S. 219 - 222

II. Kinderernährung, Lehre, ~~und~~ Aufklärung und Erziehung

>7 -----

>6

>5

DROESE, W., STOLLEY, H.: Der Einfluß der Ernährung und Ernährungsgewohnheiten. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): ...

DROESE, W., STOLLEY, H., KERSTING, M.: Physiologische Ernährung und Ernährungsgewohnheiten. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 237 - 239

2> EGGERS, H., MÖHR, M.: Grundlagen der Ernährung im Kleinkindalter. Ernährungsforschung 24, 1979, S. 174

3> JUNG, F.: Appetitverhalten von Vorschulkindern unter experimenteller Kontrolle. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 22, 1973, S. 167 - 171

JUNG, F., PUDEL, V.: Zur Auswirkung von psychischer Aktivierung auf die Nahrungsaufnahme von Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26, 1977, S. 85 - 90

KERSTING, M.: Methoden zur Ermittlung des Nahrungsverzehrs von Kindern - vergleichende Untersuchung über Anwendbarkeit und Leistungsfähigkeit der "genauen Wägemethode", der "Inventurmethode" und der "24-Stunden-Befragungsmethode". Diss. Bonn, 1975

MAASER, R.: Analyse der Nahrungsaufnahme adipöser Kinder. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 284 - 285

1>4> MÜCKE, W.: Ernährung von Kindern im Schulalter und Schulverpflegung. Bericht über ein Symposium der Gesellschaft für Ernährungsbiologie, 9. 11. 1979 in München. Ernährungs-Umschau 27, 1980, S. 56 - 61

NEUGEBAUER, H., DUMPERT, H.-D.: Zur Veränderung von Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter: ein kritischer Literaturbericht. Im Auftrag und mit Mitteln der BZgA, Köln 1976

RÜCKER, CH.: Ernährungsaufklärung im Kindergarten. Ernährungslehre und -praxis 1, 1979 (Beilage zur Ernährungs-Umschau)

SMITH, S. F., JAMES, M.A.: School Lunch as a Nutrition Education Resource for Fourth Graders. Journal of Nutrition Education, 12, 1980 (2), S. 46 - 49

TEUTEBERG, H. J.: Psychosoziale Hindernisse bei der Umsetzung der Ernährungsnormen in die Ernährungswirklichkeit. Ergebnisse einer Befragung von 400 Familienhaushalten. Ernährungs-Umschau 24, 1977 (4), S. 99 - 103

WALBEK, N. H.: Effects of verbal and behavioral Methods on Changes in Attitudes, Knowledge and Action. Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association 7, 1972 (1), S. 153 - 154

~~Ministerium~~

① MINISTERIUM ~~XXX~~ FÜR ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT, UMWELT UND FORSTEN
(Hrsg.): Ernährungserziehung im Kindergarten. Stuttgart 1980

DES Landes Baden-Württemberg

...

- ② DWYER, J., STARE, F.J.: Observations on Nutrition Education and Training in Schools of Public Health. American Journal of Public Health 64, 1974 (10), S. 983 - 990
- ③ IBEN, G. (Hrsg.): Spielen und Kochen. Pädagogische Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern. Ravensburg 1980
- ④ MASCHLER, F.: Ein Spiel zum Essen. Kindern macht Kochen Spaß. Frankfurt 1978
- ⑤ BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Trimpfade zum Wohlbefinden. Essen und Trimmen, beides muß stimmen. Broschüre, Köln 1982
- ⑥ BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): Die Ernährung des Kleinkindes und des Schulkindes. Broschüre, 5. Aufl. Köln 1978
- ⑦ AUSWERTUNGS- UND INFORMATIONSDIENST FÜR ERNÄHRUNG, LANDWIRTSCHAFT UND FORSTEN E. V. (Hrsg.): Kennwort Lebensmittel. Ein Handbuch für den täglichen Einkauf. Broschüre, Bonn 1980

III. Therapie der kindlichen Adipositas

ARBEITSGEMEINSCHAFT HAUSWIRTSCHAFT E. V. (Hrsg.): "Ernährungstraining für übergewichtige Kinder" ("Pop 15"). Leitfaden zur Durchführung von Kursen. Bonn 1980 / 81

ARBEITSGEMEINSCHAFT HAUSWIRTSCHAFT E. V. (Hrsg.): "Ernährungstraining für übergewichtige Kinder". Ergebnisse der Sekundäranalyse, durchgeführt von Sample-Institut, Köln 1980

1) BERNAL, M. E.: Behavioral Treatment of a Child's Eating Problem. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 3, 1972 (1), S. 43 - 50

BOSSI, E., SCHÜTZ-BELTZ, E., SCHMID, E., ZUPPINGER, K.: Die Führung des adipösen Kindes. Pädiatrische Fortbildungskurse für die Praxis 42, 1975, S. 85 - 94

BROWNELL, K. D., STUNKARD, A. J.: Behavioral Treatment of Obesity in Children. Amer. J. Dis. Child 132, 1978, S. 403 - 412

BRUCH, H.: Psychotherapie bei Magersucht und Fettsucht des Kindes. In: BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie (Ergänzungsband), München 1976

DWYER, J. T., BLONDE, C. V., MAYER, J.: Treating Obesity in Growing Children. 1. General Strategy. 2. Specific Aspects.: Activity and Diet. Postgraduate Medicine 51, 1972, S. 90-94 und 111 - 115

GESUNDHEITSBEHÖRDE DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG: 1. Zwischenbericht über die Studie "Gesundheitsberatung von Hamburger Schülerinnen und Schülern sowie deren Familien unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungsgewohnheiten. Im Auftrag und mit Mitteln des BMJFG. Hamburg, 1980

2) GILDE, H.-P.: Ergebnisse einer mehrdimensionalen Untersuchung und Therapie adipöser Kinder. In: STEINHAUSEN, H.-CH.: Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. (Hrsg.) Stuttgart 1981

HOELZER, K.H.: Somatische Therapie der Adipositas bei Überernährung. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 259 - 263

HORN, W.: Psychologische Beratung und fortlaufende Betreuung adipöser Kinder und ihrer Eltern. In: GRÜTTNER, R., ECKERT, I. (Hrsg.): ...

HUBER, E. G., KRISPER, H., THANHOFFER, M.: Ein neuer Weg zur Behandlung der Fettsucht im Kindesalter. Erfahrungen mit zwei Therapielagern. Pädiatrie und Pädologie 10, 1975 (2), S. 88 - 96

JORDAN, H. A., LEVITZ, L. S.: Behavior Modification in the Treatment of Childhood Obesity. Current Concepts of Nutrition 3, 1975, S. 141 - 150

JUNG, K., MAASER, R., LANDWEHR, L., WOLTERMANN, N., SCHMIDT, J.: Einfluß von Sport und Diät auf das Gewichtsverhalten von adipösen Präpuberalen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Medizin 82, 1976, S. 1440 - 1442

...

KEHRER, H. E., LOETTERS, H.: Die Behandlung von Fettsucht mit Verhaltenstherapie. Medizinische Klinik 70, 1975, S. 1867 - 1870

KNITTLE, J. L.: Basic Concepts in the Control of Obesity. Current Concepts in Nutrition 3, 1975, S. 135 - 140

KNOELL, G., SPAHN, U., PLENERT, W.: Zur Behandlung der kindlichen Adipositas. Kinderärztliche Praxis 43, 1975, S. 412 - 426

LEON, G. R.: Treatment of Obesity. A Behavior Modification Approach. Minn. Med. 57, 1974, S. 977 - 980

LOETTERS, H.: Verhaltenstherapie bei kindlicher Fettsucht. Med. Diss. Münster 1975

3> OSTER, K.: Diätkur Pfeifferhütte. Das Nürnberger Behandlungsmodell der kindlichen Fettsucht. Der Kinderarzt 10, 1979 (3), S. 383 - 391

OSTER, K.: Fettsucht und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter - Erfahrungen des Schularztes und Ergebnisse von Diätkuren. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 118, 1970 (6), S. 338 - 340

RIVINUS, T. M.: A Group Behavior Treatment Program for Overweight Children: Results of a pilot Study. In: The adipose Child, Basel 1976

SCHREIER, K. : Langzeitprogramm der Adipositas. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 267 - 269

SCHÜRMANN, I., JUNG, R.: Verhaltenstherapeutisches Gewichtsreduktionsprogramm für Kinder und Jugendliche - Gruppentherapie. Im Auftrag des Bezirksamts Charlottenburg von Berlin, Abt. Volksbildung, Schulamt, Schulpsychologische Beratungsstelle. Berlin 1980

SELTZER, C. C., MAYER, J.: An effective Weight Control Program in a public School System. American Journal of Public Health 60, 1970 (4), S. 679 - 689

WAHN, H.-G., DAHLHOFF, M.: Gruppendynamische Behandlung der Adipositas bei Kindern. Der Kinderarzt 11, 1980 (4), S. 557 - 560

WALLIS, H.: Psychosomatische Behandlungskonzepte der Adipositas im Kindesalter. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 123, 1975, S. 264 - 266

YOUNG, C. M.: Weight Control in a College Situation. Postgraduate Medicine 51, 1972, S. 117 - 120

③ MAISCH, H., WALLIS, H., SCHRÖDER, M., FUNK, K.: Therapie der einfachen Fettsucht im Kindesalter. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 1, 1966, S. 61 - 68

① ARBEITSGEMEINSCHAFT HAUSWIRTSCHAFT E. V. (Hrsg.): "Ernährungstraining für übergewichtige Kinder". Ergebnisse von Einzelergebnissen ehemaliger Kursteilnehmer, durchgeführt von Sample-Institut, Köln 1980

- III, 3 -

- ② GESUNDHEITSBEHÖRDE DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG: Therapiekette zur Gewichtsreduktion bei Adipositas im Kindesalter. Workshop-Beitrag, Hamburg 1981

IV. Familientherapie, Kommunikationstraining, Soziales Lernen,
Verhaltenstherapie

- 2) x BACH, G. R., BERNHARD, Y.: Aggression Lab - das Trainingsmanual für fairen Streiten um Veränderung. Deutsche Studienausgabe, Hamburg 1972
- 1) x ARBEITSGRUPPE Vorschulerziehung des Deutschen Jugendinstitutes (Hrsg.): Curriculum Soziales Lernen, Band 3, 4, und 10, Bild- und Textteile, München 1980
- 6) BRENIG, R.: Arbeit im Kindergarten. Stuttgart 1975
- 4) BANDLER, R., GRINDER, J., SATIR, V.: Mit Familien reden. Gesprächsmuster und therapeutische Veränderung. München 1978
- 7) x CROISSIER, S., HESS, G., KÖSTLIN-GLOGER, G.: Elementarspiele zum Sozialen Lernen; dazu: Bildergeschichten und Fotoserien zur Gruppenarbeit in Kindergarten und Vorschule. Weinheim und Basel 1979
- 10) x HIELSCHER, H. (Hrsg.): Grundlagen der Sozialerziehung. Sozialerziehung konkret, Spiele und Material. Hannover 1977
- 11) HOENISCH, N., NIGGEMEYER, E., ZIMMER, J.: Vorschulkinder. Stuttgart 1973
- 12) HUBERICH, P., HUBERICH, U.: Spiele für die Gruppe. Heidelberg 1979
- 7a) EISERT, H.-G.: Verhalten als Ware? Psychologie heute 3, 1977
- 13) IBEN, G. (Hrsg.): Zärtlich sein. Ravensburg 1979
- 15) KANFER, F. H.: Selbstmanagement-Methoden. In: KANFER, F. H., GOLDSTEIN, A. P. (Hrsg.): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München 1977
- 16) KASTEN, H., PRENZEL, M., TUSCH-KLEINER, L.: Sich selbst und die anderen besser verstehen lernen: Entwicklung und Förderung von sozialem Verständnis bei Kindern im Vorschulalter. Donauwörth 1980
- 17) KRISCH, K., ERHARD, R.: Einige kritische Überlegungen zur Verhaltenstherapie bei Kindern.
- 19) MEICHENBAUM, D.: Methoden der Selbstinstruktion. In: KANFER, F.H., GOLDSTEIN, A.P. (Hrsg.): Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München 1977
- 24) SLAVSON, S. R.: Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1971
- { 21a) SCHRÖDER, G.: Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. München
- { 22) x SEIDL, E., POHL-MAYERHÖFER, R. (Hrsg.): Rollenspiele für Grundschule und Kindergruppen. München 1978
- 26) x VOPEL, K.: Interaktionsspiele für Kinder, Teile 1 - 3. Hamburg 1978

...

- 29) WENDLANDT, W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme in der pädagogischen Praxis: neue Ansätze. Düsseldorf 1979
- 28) x WENDLANDT, W. (Hrsg.): Rollenspiel in Erziehung und Unterricht. München 1977
- 18) KUHN, V.: Verhaltenstherapie im Kindesalter. München 1972
- 25) x VOPEL, K.: Lebendiges Lernen und Lehren. Interaktionsspiele, Heft 1 und 2 Hamburg, 1974, Heft 3 Hamburg 1975
- 14) INNERHOFER, P.: Das Münchner Trainingsmodell. Berlin 1977
- 5) BRAUN, P.: Familientrainingsprogramm zum Ausgleich von psychosozialen Belastungen, Trainermanual Teile 1 - 3 und Teilnehmermappe (Erprobungsexemplare). Im Auftrag und mit Mitteln der BZgA, Köln 1981
- 9) GORDON, TH.: Familienkonferenz. Hamburg 1972
- 27) x VOPEL, K., KIRSTEN, R.: Kommunikation und Kooperation. Ein gruppendynamisches Trainingsprogramm. 4. Aufl. München 1980
- 21) SATIR, V.: Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. 4. Aufl. München 1980
- 18) LUTTMAN, SH, KIRSCHENBAUM, M.: Familiensysteme. Wachstum und Störungen - Einführung in die Familientherapie. München 1977
- 20) SATIR, V.: Familienbehandlung - Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. München 1973
- 8) x FREUDENREICH, D., GRÄSSER, H., KÖBERLING, J.: Rollenspiel. Rollenspiellernen für Kinder und Erzieher in Kindergärten, Vorklassen und ersten Schuljahren. 4. Aufl. Hannover 1980
- 23) x SIBLER, H.-P., RIEMER, CH., KUHN, M., ERNI, CH.: Spiele ohne Sieger. Ravensburg 1976
- 3) x BAER, U.: Kennenlernspiele und Einstiegsmethoden. 3. Aufl. Köln 1979

8a FRÖSCHL, : Protokoll der Auswertungsberatung, April 1982, über das Familientrainingsprogramm der BZgA. Köln 1982

und
V. Bewegungserziehung, Bewegungstherapie

× BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS: Der Übergang vom Kindergarten zur Grundschule. Donauwörth, 1974

BERNDT, I., REHS, H.-J., RUTENFRANZ, J.: Sportpädagogische Gesichtspunkte zur Prophylaxe der Adipositas im Kindesalter. Öff. Gesundh.-Wesen 37, 1975, Seite 1 - 9

BELSER, et al.: Ästhetische Erziehung, Musik und Bewegung. Curriculum-Materialien II für Vorschule und Eingangsstufe. Weinheim 1975

COLLINGWOOD, T. R., WILLETT, L.: The Effects of physical Training upon Self-concept and Body Attitude. Journal of Clinical Psychology 27, 1971, S. 411 - 412

DIEHM, L.: Kindersportfibel. Frankfurt 1971

× FLUEGELMANN, A., TEMBECK, S.: Die neuen Spiele. Soyen 1980

× FROSTIG, M.: Bewegungserziehung: Bewegen - Wachsen - Lernen (Kartei). Hannover 1979

FROSTIG, M.: Bewegungserziehung. München-Basel 1980

× GLATHE, B.: Stundenbilder zur rhythmischen Erziehung. Wolfenbüttel 1974

GUTEZEIT, G., GRITZKA, D., WAEGNER, J.: Der Einfluß einer sportpädagogischen Betreuung auf die motorische Koordinationsleistung adipöser Kinder. Motorik 1, 1978 (1), S. 9 - 12

1 > × HAMBLIN, K.: Pantomime ~~Spiele~~ - Spiel mit deiner Fantasie. Soyen 1981

2 > KOHLER, C., KIESEL, A.: Bewegungstherapie. Leipzig 1972

× KRANTZ, M.: Wir spielen Geschichten. Köln 1972

× KREUSCH-JACOB, D.: Lieder-Spielbuch für Kinder. Ravensburg 1978

× MATTMÜLLER-FRICK, F.: Rhythmik - eine Übungskartei. Bern 1974

PETZOLD, H.: Psychotherapie und Körperdynamik. 2. Aufl. ~~1977~~ Paderborn 1977

3 > SCHEEL, D., PALM-SCHEEL, L.: Kinder brauchen Bewegung. Frankfurt 1981

SELVINI-PALAZZOLI, M.: Die Bildung des Körperbewußtseins. Die Ernährung des Kindes als Lernprozeß. Psychother. Psychosom. 15, 1967, S. 293 - 312

VOGT, W.: Bewegungsförderung. Praxis-Handbuch. Hannover 1975

× VONKE, H.: Pantomimik. Wehrheim 1978

ZÖLLER, G.: Musik und Bewegung im Elementarbereich - ein Beitrag zur Kommunikations- und Kreativitätserziehung. Donauwörth 1974

- ② ISRAEL, S.: Körperliche Aktivität und Adipositas. Medizin und Sport 28, 1978, S. 213 - 216
- ① HABERMANN, P. G.: Der Einfluß von Diät und Training auf das Gewicht und die körperliche Leistungsfähigkeit adipöser Kinder. Diss. Erlangen/Nürnberg 1974
- ③ SCHÖNEBERG, H.: Leibeserziehung als Spiel. In: PLESSNER, H., BOCK, H., GRUPE, O. (Hrsg.): Sport und Leibeserziehung. München 1973