

“rundum gesund”

Geschlechts- und kultursensible Gesundheitsförderung bei Adipositas

Externe Evaluation

Abschlussbericht - Teil B

Ergebnisse der Fragebogenerhebung und der Messdaten

Wien, Dezember 2012

Mag.^a Christa Straßmayr, Elisabeth Mayr MA & Herbert Gluske
queraum. kultur- & sozialforschung
Obere Donaustraße 59/7a
1020 Wien
Tel/Fax: +43 1 958 09 11
E-mail: office@queraum.org

Inhaltsverzeichnis

1 Gesamtauswertung aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge	4
1.1 Soziodemografische Daten	4
1.2 Entwicklung der medizinischen Parameter	10
1.3 Wirkung des Kursangebotes	14
1.3.1 Veränderung des salutogenen Essverhaltens	15
1.3.2 Veränderung des pathogenen Essverhaltens.....	19
1.3.3 Veränderungen im Umgang mit Nahrungsmitteln	22
1.3.4 Veränderungen vorklinischer Essstörungen	24
1.3.5 Veränderungen von Binge Eating und Big Eating.....	24
1.3.6 Veränderung der Lebensqualität.....	26
1.3.7 Veränderung der Bewegungsmotivation und des Bewegungsverhaltens	27
1.3.8 Veränderung der Ernährungspräferenz	29
1.3.9 Veränderungen im Körperbild.....	29
1.3.10 Veränderungen beim Selbstwert.....	30
2 Gesamtauswertung jener TeilnehmerInnen von denen Daten zu allen Erhebungszeitpunkten vorliegen.....	31
2.1 Soziodemografische Daten	31
2.2 Entwicklung der medizinischen Parameter	32
2.3 Wirkung des Kursangebotes	36
2.3.1 Veränderung des salutogenen Essverhaltens	37
2.3.2 Veränderung des pathogenen Essverhaltens.....	41
2.3.3 Veränderungen im Umgang mit Nahrungsmitteln	43
2.3.4 Veränderungen vorklinischer Essstörungen	44
2.3.5 Veränderungen von Binge Eating und Big Eating.....	45
2.3.6 Veränderung der Lebensqualität.....	46
2.3.7 Veränderung der Bewegungsmotivation und des Bewegungsverhaltens	47
2.3.8 Veränderung der Ernährungspräferenz	50
2.3.9 Veränderungen im Körperbild.....	51
2.3.10 Veränderungen beim Selbstwert.....	52

3 Ergebnisse der quantitativen Befragung des Familienmoduls	53
3.1 Wirkung des Kursangebotes aus Sicht der Eltern und der Kinder.....	53
3.1.1 Wirkung des ersten Kursdurchgangs	53
3.1.2 Medizinische Parameter der Kinder des ersten Kursdurchgangs	60
3.1.3 Wirkung des zweiten Kursdurchgangs	62
3.1.4 Medizinische Parameter der Kinder des zweiten Kursdurchgangs.....	65
3.3 Rückmeldungen zum Vortragsmodul	67
3.3.1 Rückmeldungen zu Vorträgen an Schulen und anderen Institutionen	67
3.3.2 Rückmeldungen zur Vortragsreihe an der VHS Rudolfsheim-Fünfhaus .	70
3.3.3 Rückmeldungen zu den Gesundheits-Aktionstragen an Volksschulen ...	71
4. Anhang: Auflistung der zu Scores zusammengefassten Fragestellungen aus dem AD-EVA Fragebogen.....	73

1 Gesamtauswertung aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge

Der folgende Berichtsteil beinhaltet die Ergebnisse der quantitativen Befragung der Erwachsenen. Insgesamt haben 246 Erwachsenen an der Evaluation teilgenommen. Es konnten 69 Männer (36 türkischsprachig, 33 deutschsprachig) und 177 Frauen (36 türkischsprachig, 141 deutschsprachig) erreicht werden. Die folgenden Daten beziehen sich auf alle erwachsenen Personen, die an der Evaluation teilgenommen haben, inklusive der Erwachsenen aus dem Familienmodul. Die TeilnehmerInnen wurden am Beginn des Kurses, nach 6 Monaten und nach 12 Monaten befragt. Die medizinischen Parameter wurden zusätzlich am Kursende (nach 8,5 Monaten) erhoben.

1.1 Soziodemografische Daten

Alter, BMI und Gewicht

Das Alter der TeilnehmerInnen liegt durchschnittlich bei knapp 50 Jahren, wobei Personen zwischen 20 und 73 Jahren erreicht wurden. Die teilnehmenden Männer sind mit etwa 50 Jahren durchschnittlich älter als die Frauen (48,5 Jahre).

Der durchschnittliche BMI ist 36,4 kg/m² bei den Frauen (Spanne: 25,5 kg/m² – 48,8 kg/m²) und durchschnittlich 35,9 kg/m² bei den Männern (Spanne: 28,5 kg/m² – 44 kg/m²). Das durchschnittliche Gewicht der Frauen liegt mit 97,9 kg (Spanne: 65,6 kg – 139,2 kg) unter jenem der Männer mit 111,7 kg (Spanne: 80,3 kg – 151 kg). Die Detailergebnisse sind in der Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Durchschnittliches Alter, BMI und Gewicht aller TeilnehmerInnen nach Geschlecht und Herkunft zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung, n= 198-246

	Frauen	Männer	türkspr. Frauen	deutspr. Frauen	türkspr. Männer	deutspr. Männer
Alter in Jahren	48,5	50,4	44,4	49,5	51,3	49,3
Spanne	23 - 73	20 - 73	24 – 64	23 – 73	37 - 61	20 - 73
BMI in kg/m ²	36,4	35,9	36	36,5	33,1	37,1
Spanne	25,5 – 48,8	28,5 - 44,0	26,8 - 46,8	25,5 – 48,8	28,5 – 41,7	30,6 - 44,1
Gewicht in kg	97,9	111,7	91,2	99,4	96,8	120,3
Spanne	65,6 – 139,2	80,3 - 151	65,6 – 126	68,5 – 139,2	80,3 – 120,5	87,5 - 151

Geburtsland

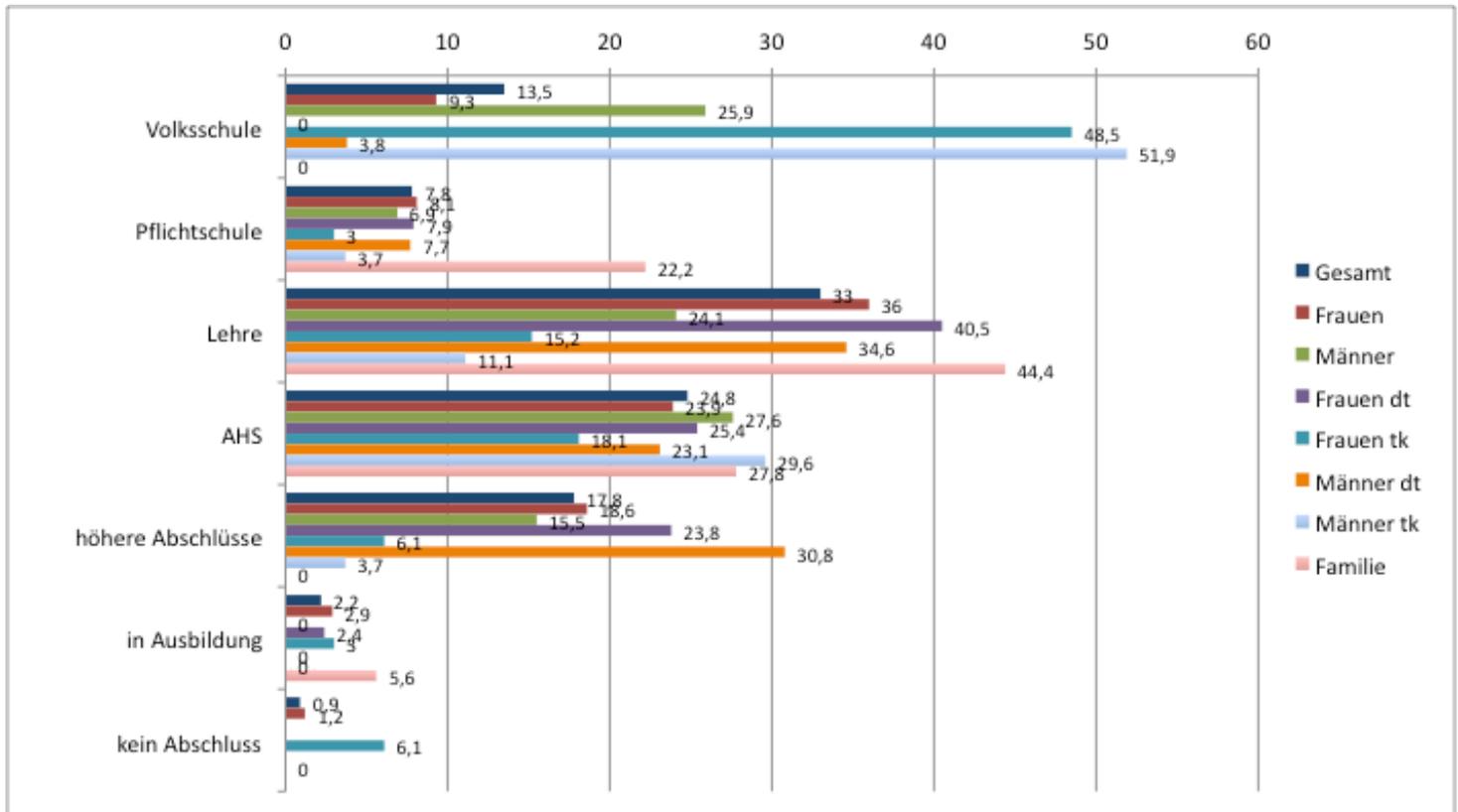
Die TeilnehmerInnen des Projektes wurden nach ihrem Geburtsland gefragt. Von den 234 Personen, die diese Frage beantworteten wurden 65,4% in Österreich geboren, die restlichen Befragten gaben an, dass sie in einem anderen Land geboren wurden. 70,2% der Frauen und mehr als die Hälfte der Männer wurden in Österreich geboren.

Schulbildung

33% aller TeilnehmerInnen und damit die größte Gruppe, haben als höchste abgeschlossene Schulbildung eine Lehre. Ein Viertel der Befragten hat eine AHS abgeschlossen und weitere 17,8% haben einen höheren Abschluss gemacht. 13,5% haben einen Volksschul- und weitere 7,8% einen Pflichtschulabschluss. Die restlichen Befragten befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Ausbildung (2,2%) oder haben keinen Abschluss (0,9% - ausschließlich türkischsprachige Frauen).

Mehr als die Hälfte der befragten Männer hat entweder die Volksschule (25,9%) oder eine AHS (27,6%) besucht. Im Vergleich dazu hat mehr als ein Drittel der Frauen (40,5% der deutschsprachigen und 15,2% der türkischsprachigen) eine Lehre abgeschlossen. Beinahe die Hälfte der türkischsprachigen Frauen (48,5%) und 51,9% der türkischsprachigen Männer hat ausschließlich die Volksschule besucht. Nur 3,7% der türkischsprachigen Männer und 6,1% der türkischsprachigen Frauen haben einen höheren Abschluss. Diese Kategorie wird von den deutschsprachigen Männern (30,8%) und Frauen (23,8%) angeführt. Beinahe die Hälfte der TeilnehmerInnen des Familienmoduls hat eine Lehre gemacht, 27,8% haben einen AHS und 22,2% haben einen Pflichtschulabschluss. 5,6% der TeilnehmerInnen des Familienmoduls befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in Ausbildung (siehe Grafik 1).

Grafik 1: Höchste abgeschlossene Schulbildung, Angaben in %, n= 230



Familienstand und Anzahl der Kinder

Von den insgesamt 236 TeilnehmerInnen, die diese Frage beantworteten, sind 59,3% zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet. 28% sind ledig beziehungsweise geschieden oder getrennt. Insgesamt leben 8% aller TeilnehmerInnen ledig mit ihrem/r Partner/in oder in einer

Lebensgemeinschaft und 4,7% sind verwitwet. Interessant ist, dass 93,9% der türkischsprachigen, aber nur 61,5% der deutschsprachigen Männer verheiratet sind. Bei den Frauen ist eine ähnliche Tendenz sichtbar, nämlich 44,8% der deutschsprachigen und 72,7% der türkischsprachigen Frauen sind verheiratet. 22,4% der deutschsprachigen, aber nur 9,1% der türkischsprachigen Frauen sind ledig. Aus dem Familienmodul sind mehr als zwei Drittel der TeilnehmerInnen (68,4%) verheiratet, 15,8% sind geschieden oder getrennt und der Rest lebt entweder in einer Lebensgemeinschaft oder ist ledig.

Beinahe die Hälfte der Befragten (49,6%) hat ein Kind oder zwei Kinder. 18,3% haben drei Kinder, wobei dies insbesondere auf die türkischsprachigen Frauen (40,6%) und auf die türkischsprachigen Männer (24,1%) zutrifft. Interessant ist weiters, dass mehr als die Hälfte der türkischsprachigen Männer (58,6%) mit vier oder mehreren Kindern lebt. 57,9% der TeilnehmerInnen des Familienmoduls haben ein Kind, die restlichen haben zwei (26,3%) oder drei (15,8%) Kinder. Die größte Gruppe ohne Kinder ist mit 34,6% jene der deutschsprachigen Männer.

Beruf

Die Mehrzahl der 229 TeilnehmerInnen, die diese Frage beantwortet haben, gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach (28,8%) oder sind bereits in Pension (27,5%). 11,8% der Befragten sind arbeitslos. Zu etwa gleichen Anteilen wurde eine Teilzeitbeschäftigung (10%) und eine Tätigkeit Zuhause (Hausfrau/Hausmann - 9,6%) angegeben. 4,4% sind geringfügig beschäftigt und 3,1% befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Ausbildung. 2,2% der Befragten beziehen Sozialhilfe (Bedarfsorientierte Mindestsicherung). 1,7% kreuzten in den Fragebögen „Sonstiges“ an und die restlichen 0,9% sind in Karenz.

Die Hälfte der türkischsprachigen Frauen ist als Hausfrau tätig und beinahe die Hälfte der deutschsprachigen Männer ist in Pension. Der Großteil der türkischsprachigen Männer (40,7%) ist arbeitslos. Etwa jede fünfte türkischsprachige Frau (18,8%) sowie TeilnehmerInnen des Familienmoduls (21,1%) gehen ebenfalls keiner Erwerbstätigkeit nach. Letztere dominieren mit 47,4% die Gruppe der Vollzeitbeschäftigten, gefolgt von den deutschsprachigen Männern (38,5%) und den deutschsprachigen Frauen (34,4%). Lediglich 11,1% der türkischsprachigen Männer und 3,1% der türkischsprachigen Frauen sind vollzeitbeschäftigt. Am häufigsten gehen die TeilnehmerInnen des Familienmoduls (15,8%) sowie die deutschsprachigen Frauen (13,6%) einer Teilzeitbeschäftigung nach. Sowohl in der Gruppe der geringfügig Beschäftigten als auch in jener der SozialhilfebezieherInnen sind die türkischsprachigen Männer mit jeweils 11,1% am stärksten vertreten.

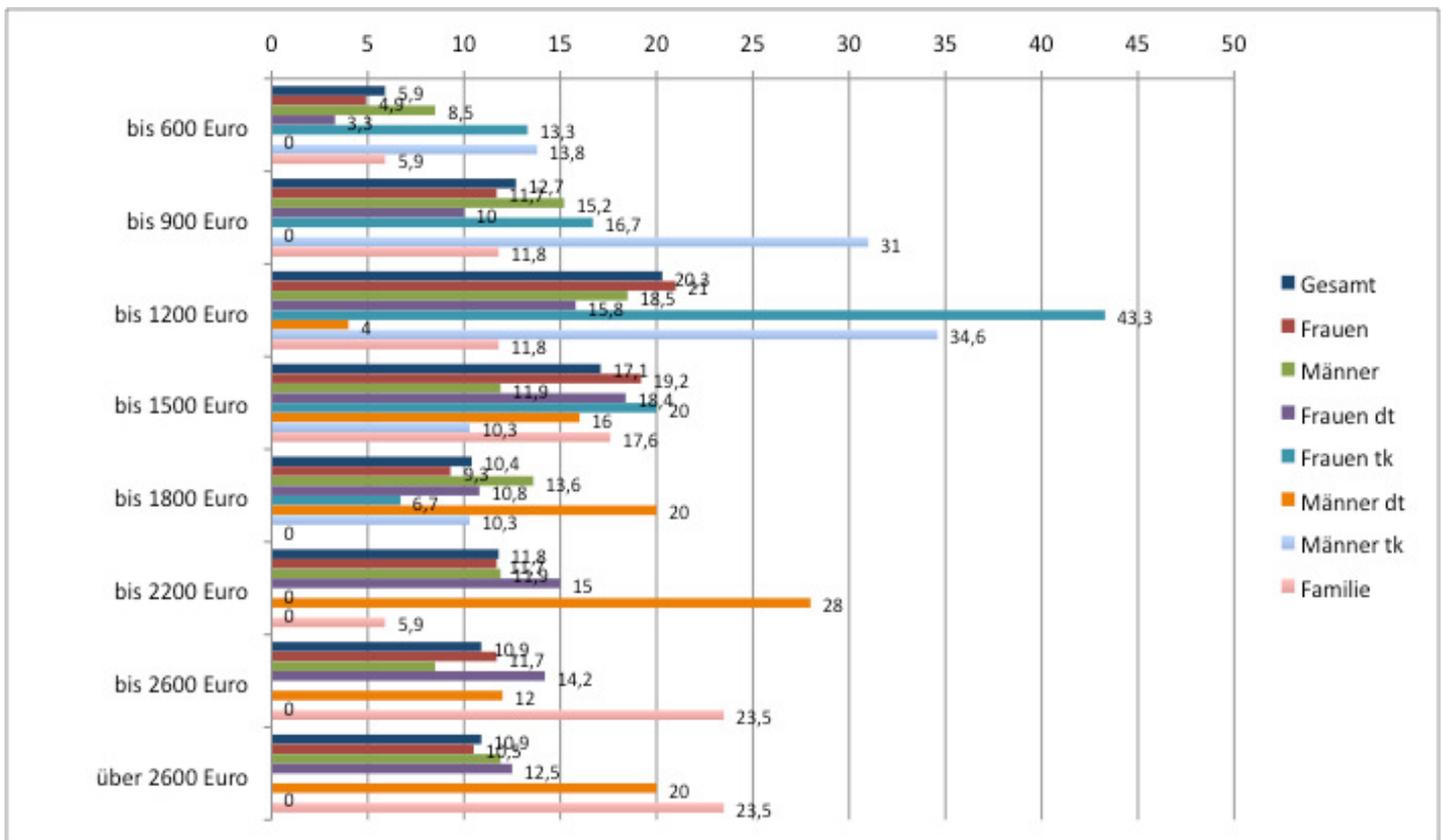
Haushaltsnettoeinkommen

Von allen TeilnehmerInnen verfügen 5,9% über bis zu 600 Euro, weitere 12,7% verfügen über bis zu 900 Euro monatlich. 20,3% haben ein monatliches Netto-Haushaltseinkommen von 900 bis zu 1200 Euro. 27,5% haben 1200 bis zu 1800 Euro monatlich, 11,8% bis zu 2200 Euro und 21,8% der Befragten bis zu 2600 Euro oder mehr zur Verfügung.

13,3% der türkischsprachigen Frauen und 13,8% der türkischsprachigen Männer leben von bis zu 600 Euro monatlich, während dies nur auf 3,3% der deutschsprachigen Frauen zutrifft. Weitere 16,7% der türkischsprachigen Frauen und fast ein Drittel (31%) der türkischsprachigen Männer gaben an, monatlich 600 bis 900 Euro zur Verfügung zu haben, während dies auf nur 10% der deutschsprachigen Frauen zutrifft. Der größte Anteil (34,6%) der türkischsprachigen Befragten (Frauen und Männer) hat ein monatliches Netto-

Haushaltseinkommen von 900 bis 1200 Euro. Fast die Hälfte der deutschsprachigen Männer gibt ein Haushaltseinkommen zwischen 1500 und 2200 Euro an. Sie sind damit in diesem Einkommensbereich die mit Abstand am stärksten vertretene Gruppe. Auffallend ist, dass weder türkischsprachige Frauen, noch türkischsprachige Männer in den Einkommensgruppen ab 1800 vorkommen. Lediglich 10,9% der Befragten steht ein Netto-Haushaltseinkommen von über 2600 Euro monatlich für ihre Familie zur Verfügung. Diese Gruppe wird mit 23,5% von den TeilnehmerInnen des Familienmoduls angeführt, gefolgt von den deutschsprachigen Männern (20%). Weiteren 23,5% der TeilnehmerInnen des Familienmoduls stehen monatlich zwischen 2200 und 2600 Euro zur Verfügung. Anteilsmäßig sind die FamilienmodulteilnehmerInnen damit jene Gruppe mit dem höchsten Netto-Haushaltseinkommen (siehe Grafik 2).

Grafik 2: Haushaltsnettoeinkommen, Angaben in %, n= 211



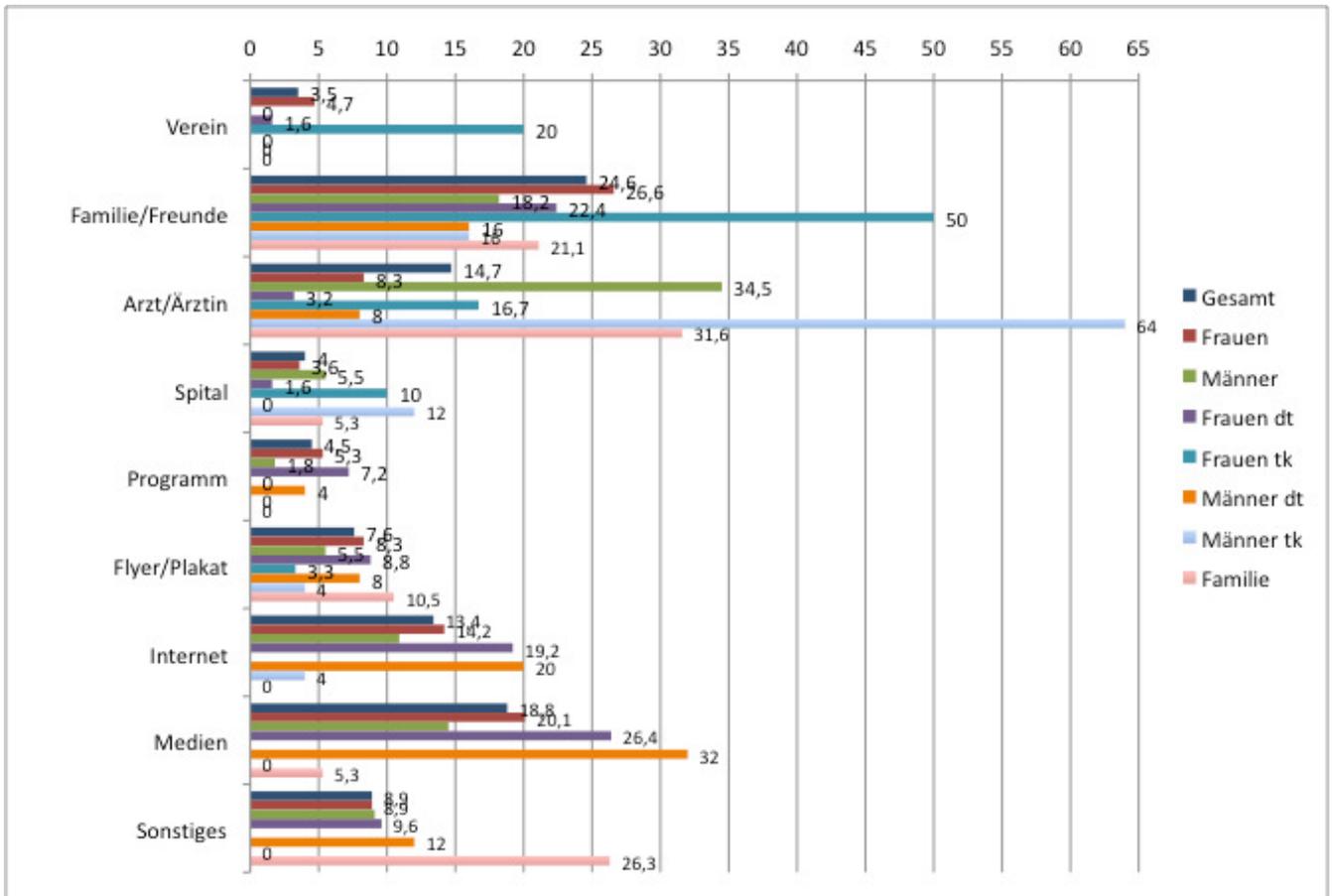
Im Zusammenhang mit den soziodemografischen Angaben wurden die TeilnehmerInnen danach gefragt, wie sie von dem Projekt erfahren haben und welche Faktoren Sie vor ihrer Kursteilnahme an einer Gewichtsreduktion gehindert haben.

Zugang zum Projekt

Von den insgesamt 224 Personen, die diese Frage beantworteten, haben 32,2% durch Medien oder das Internet vom Projekt erfahren und 24,6% durch ihre Familie oder Freunde. Weitere 14,7% wurden durch ihren Arzt/ihre Ärztin auf das Projekt aufmerksam gemacht und 7,6% interessierten sich für den Kurs, weil sie einen Flyer oder ein Plakat gesehen haben. 12% wurden durch einen Verein, das Spital oder durch ein anderes Programm auf „Rundum gesund“ aufmerksam und insgesamt 8,9% gaben „Sonstiges“ an.

Die geschlechtsspezifische Auswertung dieser Frage zeigte, dass der Großteil der Frauen (26,6%) durch die Familie und durch Freunde auf das Projekt aufmerksam gemacht wurde. Der Großteil der befragten Männer (34,5%) und sogar mehr als zwei Drittel der türkischsprachigen Männer hat durch einen Arzt/eine Ärztin vom Projekt erfahren (siehe Grafik 3).

Grafik 3: Zugang zum Projekt, Angaben in %, n= 224

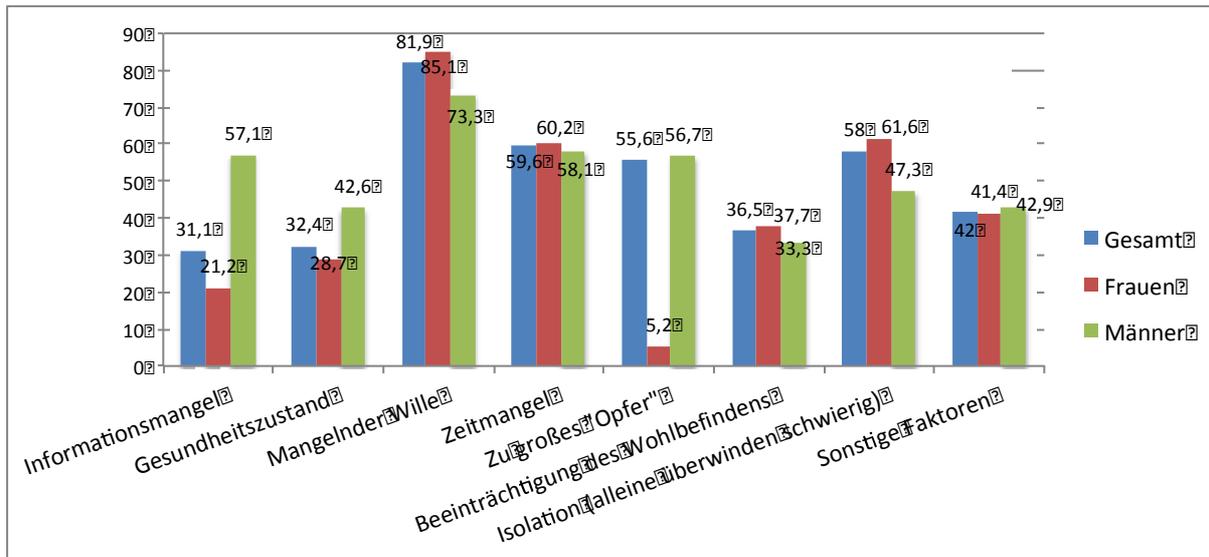


Faktoren, die eine Gewichtsreduktion bislang verhindert haben

Die TeilnehmerInnen wurden zu Kursbeginn danach gefragt, welche Faktoren Sie vor den Kursen daran gehindert haben, ihr Gewicht zu reduzieren. Diese Frage wurde gegliedert in Faktoren, die sich auf die TeilnehmerInnen selber beziehen und in Faktoren, die sich auf die Umwelt der TeilnehmerInnen beziehen. Die teilnehmenden Frauen und Männer konnten die einzelnen Fragen jeweils mit „ja“ oder „nein“ beantworten, je nachdem ob der entsprechende Faktor auf sie zutraf.

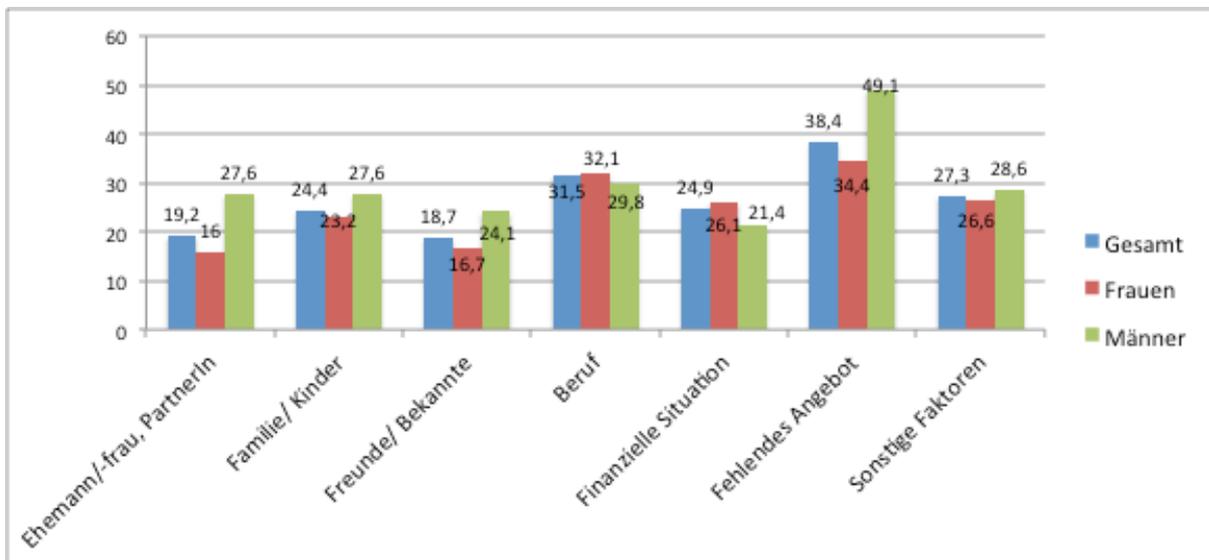
Der Großteil der TeilnehmerInnen (81,9%) gab „mangelnder Wille“ als Faktor an, welcher sie bisher von einer Gewichtsreduktion abgehalten hat. Als weitere entscheidende Faktoren wurden „Isolation“ und damit die Schwierigkeit, sich alleine überwinden zu müssen und der Umstand, dass die Gewichtsreduktion ein „zu großes Opfer“ wäre, genannt (siehe Grafik 4).

Grafik 4: Hinderliche Faktoren bei Ihnen selbst, Angaben in %, n= 228



Die Mehrheit der TeilnehmerInnen (38,4%) gab „fehlendes Angebot“ als Faktor in ihrer Umwelt an, welcher sie bisher von einer Gewichtsreduktion abgehalten hat. Als weitere hindernde Faktoren für die Reduktion des Gewichtes wurden „Beruf“ und „sonstige Faktoren“ genannt. Beinahe die Hälfte der befragten Männer und mehr als ein Drittel der befragten Frauen gab an, dass das fehlende Angebot der entscheidende Faktor war, welcher sie bisher von einer Gewichtsreduktion abgehalten hat (siehe Grafik 5).

Grafik 5: Hinderliche Faktoren in Ihrer Umwelt, Angaben in %, n= 219



1.2 Entwicklung der medizinischen Parameter

Die Referenzwerte für Frauen und Männer hinsichtlich der medizinischen Daten unterscheiden sich oftmals.

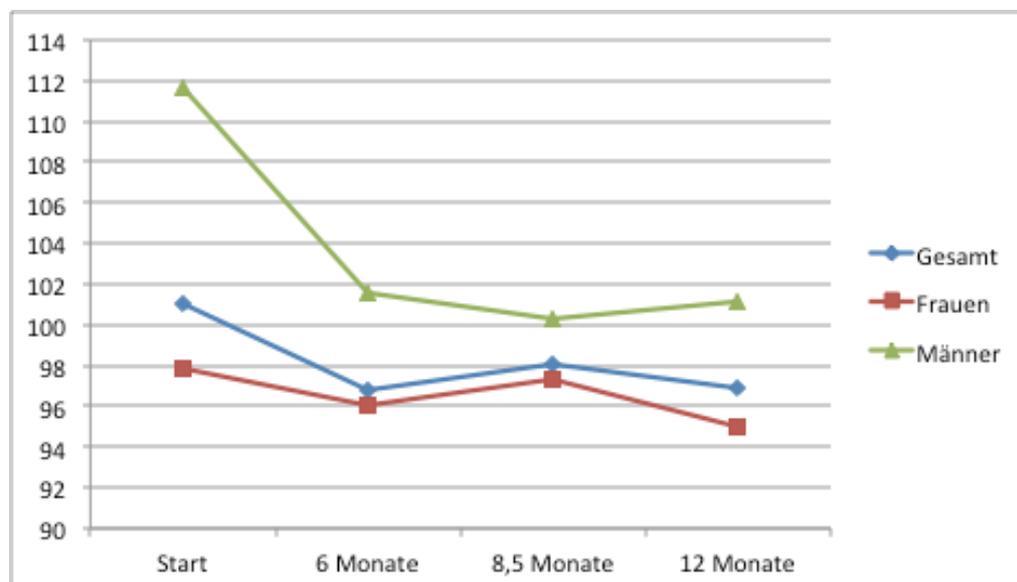
Im Folgenden wird die Entwicklung der medizinischen Daten aller erwachsenen TeilnehmerInnen der drei Module (Männer, Frauen, Familie) dargestellt. Die Werte der ersten Messung werden mit jenen der folgenden Messungen, nach sechs, nach 8,5 und nach zwölf Monaten, verglichen. Bei den Werten zum Stoffwechsel und zum Blutzucker liegen ausschließlich die Daten der Messungen zu Kursbeginn und zwölf Monate nach Kursbeginn vor.

Veränderung des Gewichts

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass ein rasanter und dadurch kurzfristiger Gewichtsverlust nicht Ziel dieses Projektes ist. Dennoch hat sich das durchschnittliche Gewicht aller TeilnehmerInnen im Laufe der Messzeitpunkte verringert.

Das Durchschnittsgewicht der teilnehmenden Frauen sank zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt von 97,9 kg auf 96 kg und stieg dann bei der dritten Messung wieder etwas an, auf durchschnittlich 97,3 kg. Die letzte Messung, zwölf Monate nach Kursbeginn, ergab bei den teilnehmenden Frauen ein durchschnittliches Gewicht von 95 kg, wodurch die Frauen ihr Gewicht um durchschnittlich 2,9 kg reduzieren konnten. Die Männer verloren zwischen der ersten und der zweiten Messung insgesamt 10,1 kg. Zwischen der zweiten und der dritten Messung verloren sie durchschnittlich weitere 1,3 kg. Bei der letzten Messung hatten die Männer durchschnittlich 101,2 kg und konnten ihr Gewicht somit von 111,7 kg auf 100,3 kg um durchschnittlich 10,5 kg reduzieren (siehe Grafik 6).

Grafik 6: Veränderung des durchschnittlichen Gewichts aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge, n= 139-218

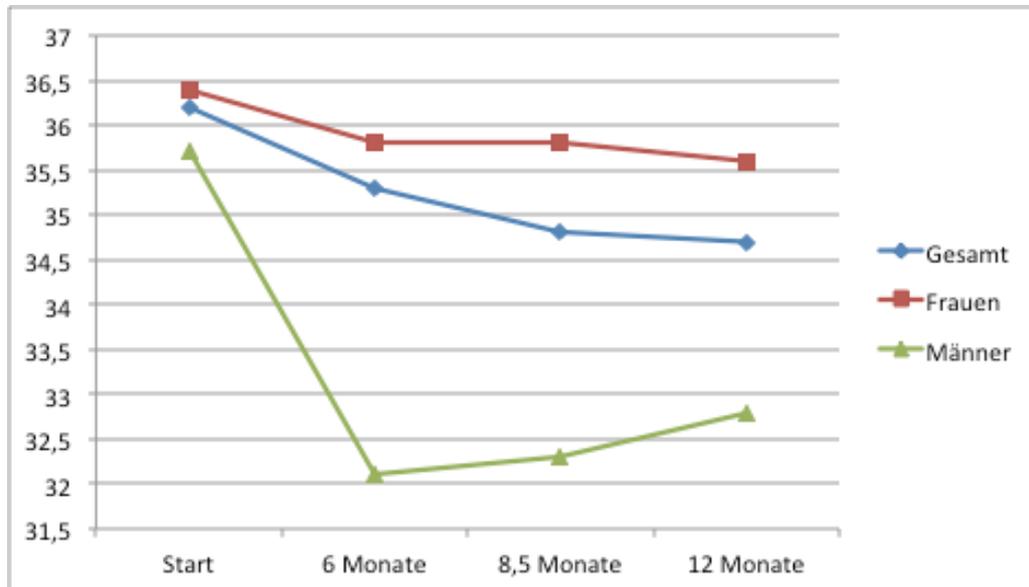


Veränderung des Body Mass Index

Mit dem Gewicht hat sich auch der BMI der teilnehmenden Frauen und Männer zum Positiven verändert. Bei den Frauen sank der BMI während der zwölf Monate nach

Kursbeginn durchschnittlich von 36,4 kg/m² auf 35,6 kg/m² und bei den Männern durchschnittlich von 35,7 kg/m² auf 32,8 kg/m² (siehe Grafik 7).

Grafik 7: Veränderung des durchschnittlichen BMI aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge, n= 134-210



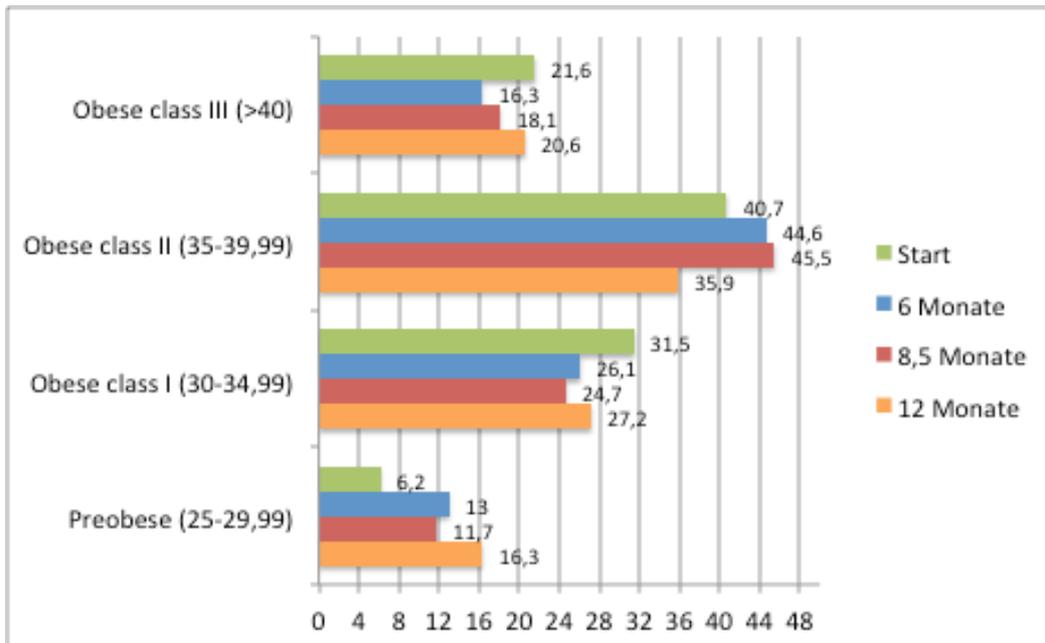
Durch die veränderten BMI-Werte werden die teilnehmenden Frauen und Männer nun auch anderen BMI-Gruppen zugeteilt.

Die nachstehenden Grafiken 8 und 9 beziehen sich auf die internationale Klassifikation der WHO von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bezogen auf den BMI³.

In der Grafik 8 wird ersichtlich, dass bei den Frauen eine Verschiebung in Richtung niedrigere Adipositas-Grade über die Messungszeitpunkte hinweg passierte. Eine positive Veränderung ist in der Gruppe dem Adipositas-Grad III zu erkennen, da zu Kursbeginn noch 21,6% der Frauen in diese Gruppe eingeordnet wurden und zwölf Monate nach Kursbeginn nur mehr 20,6%. Dementsprechend erfreulich ist es auch, dass die Zugehörigkeit zur Gruppe Preobese von 6,2% zu Kursbeginn auf 16,3% zum Ende des Beobachtungszeitraumes angestiegen ist. Der Großteil der befragten Frauen befand sich zu allen vier Messzeitpunkten in den Gruppen mit dem Adipositas-Grad II (siehe Grafik 8).

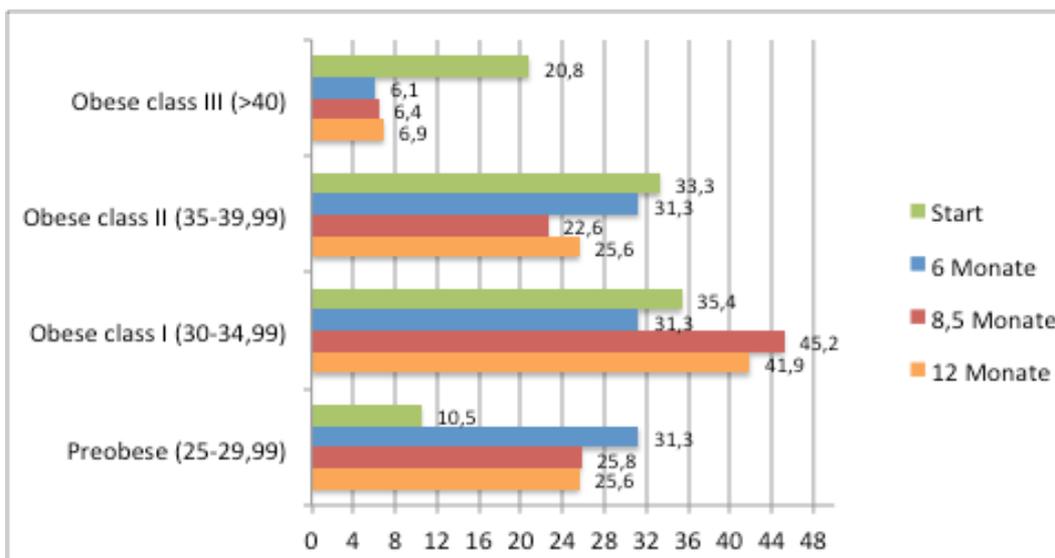
³ Siehe: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

Grafik 8: Veränderung der Zugehörigkeit zu den BMI-Gruppen bei den Frauen, Angaben in %, n= 108-210



Besonders erfreulich ist, dass bei den Männern ein starker Rückgang bei der Zugehörigkeit zur Gruppe mit dem Adipositas-Grad III erkennbar ist, von 20,8% auf 6,9%. Weiters gehört zwölf Monate nach Kursbeginn beinahe die Hälfte der teilnehmenden Männer (41,9%) der Gruppe mit dem Adipositas-Grad I an. Ähnlich wie bei den Frauen stieg auch bei den Männern die Zugehörigkeit zur Gruppe Preobese zwischen dem ersten und dem letzten Messzeitpunkt um insgesamt 15,1% an. Auch bei den Männern ist diese Entwicklung ein Hinweis darauf, dass sich das Körpergewicht in eine gesündere Richtung entwickelt (siehe Grafik 9).

Grafik 9: Veränderung der Zugehörigkeit zu den BMI-Gruppen bei den Männern, Angaben in %, n= 134-210



Veränderung des Bauchumfangs

Für die Berechnung von Übergewicht und den damit zusammenhängenden gesundheitlichen Risiken ist der BMI alleine jedoch nicht ausreichend. Zusätzlich wird der Bauchumfang in Zentimetern dafür herangezogen. Laut WHO ist der Normalwert bei Frauen bis zu 80 cm, bei Männern bis zu 94 cm. Frauen mit einem Bauchumfang von 80 – 88 cm leben mit einem erhöhten Risiko, mit mehr als 88 cm sogar mit einem stark erhöhten Risiko aufgrund des Übergewichtes eine Herz- Kreislauferkrankung zu bekommen. Männer haben zwischen 94 – 102 cm ein erhöhtes Risiko und mit mehr als 102 cm ein stark erhöhtes Risiko.¹

Der Bauchumfang aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge wurde zu vier Zeitpunkten gemessen. Dreimal während des Kurses und einmal 12 Monate nach Kursbeginn. Erfreulich ist, dass sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine Reduktion des Bauchumfangs zwischen der ersten und der vierten Messung feststellbar war.

Betrag der Bauchumfang zum Zeitpunkt der ersten Messung bei den Frauen noch durchschnittlich 112,6 cm, sank dieser 12 Monate nach Kursbeginn durchschnittlich auf 109,2 cm. Obwohl dieser Wert noch immer im Risikobereich liegt, konnten die Frauen den Bauchumfang um durchschnittlich 3,4 cm verringern.

Bei den Männern sind es sogar 11,7 cm, welche sie durchschnittlich während des Kurses an Bauchumfang verloren haben (Kursbeginn: 123,5 cm, nach 12 Monaten: 111,8 cm). Auch dieser Wert befindet sich noch im Risikobereich.

Veränderung des Stoffwechsels

Zusammenfassend ist bei fast allen Werten, die für den Stoffwechsel der TeilnehmerInnen verantwortlich sind, eine Verbesserung erkennbar.

Die Berechnung der HDL-Cholesterinwerte („gutes Cholesterin“) zeigen, dass zu Kursbeginn 12,8% der Männer und 30,8% der Frauen unter dem Referenzbereich² lagen und somit einen zu geringen HDL-Cholesterinwert im Blut hatten. Beim letzten Messzeitpunkt hatten nur mehr 10,7% der Männer und 29,6% der Frauen einen zu geringen HDL-Cholesterinwert.

Der LDL-Cholesterinwert sollte dagegen bei Männer und Frauen unter dem Grenzwert von 160 mg/dl³ liegen. Dieser wurde zu Kursbeginn von 14% der Männer und 15,2% der Frauen überschritten. Obwohl sich alle anderen Werte, die für den Stoffwechsel verantwortlich sind, verbessert haben, ist beim LDL-Cholesterinwert ein umgekehrter Trend erkennbar. Zwölf Monate nach Kursbeginn überschreiten 19,2% der Männer und 17,1% der Frauen diese Grenze.

Erfreulich ist hingegen die Entwicklung der Triglyceride-Werte. Zu Kursbeginn wies noch die Hälfte der befragten Männer eine gesundheitsgefährdende Erhöhung der Triglyceride auf, nach zwölf Monaten sank dieser Wert auf 35,7%. Bei den Frauen waren es zu Kursbeginn noch 37,1%, die diese Grenze überschritten und zwölf Monate nach Kursbeginn nur mehr 33,3% (siehe Tabelle 2).

¹ Nähere Informationen zum Bauchumfang siehe:

<http://www.journalmed.de/newsview.php?id=18672> (Eingesehen am 29.11.2012)

² Referenzwerte siehe:

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/labor/referenzwerte/referenzwertefrauen/ab18_HK.html (Eingesehen am 29.11.2012)

Tabelle 2: Fettstoffwechsel der TeilnehmerInnen nach Geschlecht, Angaben in %, n= 109-191

Fettstoffwechsel	Männer		Frauen	
	Kursbeginn	nach 12 Monaten	Kursbeginn	nach 12 Monaten
HDL-Cholesterin				
Frauen > 45 mg/dl, Männer > 35 mg/dl	87,2	89,3	69,2	70,4
darunter	12,8	10,7	30,8	29,6
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
LDL-Cholesterin				
< 160 mg/dl	86	80,8	84,8	82,9
darüber	14	19,2	15,2	17,1
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Triglyceride				
50-150mg	50	64,3	62,9	66,7
darüber	50	35,7	37,1	33,3
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Veränderung des Blutzuckerspiegels

Die Messung des Blutzuckerspiegels (Glukose) ergab, dass zu Kursbeginn bei 37% der Männer und bei 18,5% der Frauen eine zumindest grenzwertige Erhöhung vorlag. Hierzu ist eine positive Entwicklung sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen erkennbar. Zwölf Monate nach Kursbeginn haben nur mehr 11,5% der Männer und 17,9% der Frauen einen erhöhten Blutzuckerspiegel (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Blutzuckerspiegel der TeilnehmerInnen nach Geschlecht, Angaben in %, n= 110-192

Blutzuckerspiegel	Männer		Frauen	
	Kursbeginn	nach 12 Monaten	Kursbeginn	nach 12 Monaten
bis 110 mg	63	88,5	81,5	82,1
darüber	37	11,5	18,5	17,9
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

1.3 Wirkung des Kursangebotes

Die Wirkung des Kurses auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wurde mittels des AD-EVA Fragebogens erhoben. Von jeweils 145 bis zu 245 Erwachsenen liegen Fragebögen zu den drei Erhebungszeitpunkten vor. Die Beantwortung der Fragebögen erfolgte auf einer fünfstufigen Likertskala, wobei die Antwortalternativen von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt total“ reichten.

In den folgenden Darstellungen findet eine Aufteilung der Ergebnisse nach Geschlecht und Herkunft der TeilnehmerInnen statt. Für eine bessere Übersicht der Ergebnisse wurden die zahlreichen Fragestellungen zu unterschiedlichen Themenbereichen des AD-EVA

Fragebogens nach dessen Handbuch zu thematischen Kategorien (Scores) zusammengefasst. Diese Zusammenfassung der Scores ist dem Anhang zu entnehmen.

1.3.1 Veränderung des salutogenen Essverhaltens

Wie bereits im Rahmen des Vorgängerprojektes „Nach Herzenslust – leichter Leben“ wurde auch in diesem Projekt das salutogene Essverhalten der TeilnehmerInnen erhoben. Dieser von Ardelt-Gattinger (2010) geprägte Begriff versteht den lockeren, unverkrampften Umgang mit Essen und dem Äußeren. Hierbei sind kleine „Sünden“ erlaubt und Essen wird als lustvolle Tätigkeit gesehen. Salutogenes Essverhalten setzt sich aus den Teilbereichen „mittlere kognitive Kontrolle“, „Genuss“, „salutogener Umgang mit Sport“ und der Fähigkeit „Empfehlungen umzusetzen“, zusammen (siehe Endbericht Nach Herzenslust - Leichter Leben, S 49). Die Antworten wurden so gepolt, dass der Wert 1 am wenigsten und der Wert 5 am meisten salutogene Tendenzen anzeigt.

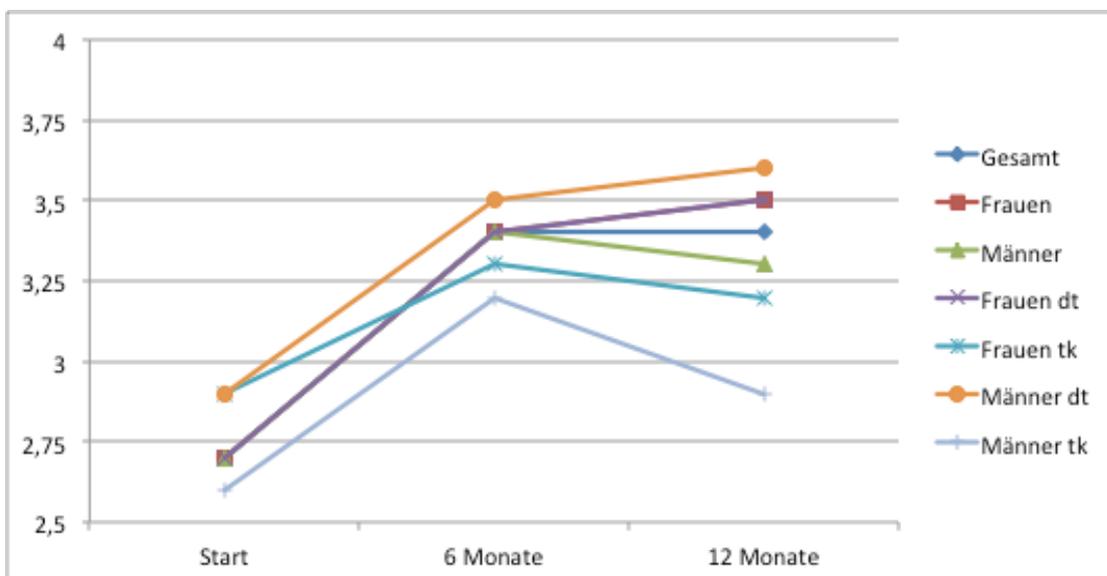
Mittlere kognitive Kontrolle

Erhöht sich die mittlere kognitive Kontrolle, verringert sich dadurch die verstärkte Wahrnehmung von Essensreizen und die starke Konzentration auf das Nicht-Essen. Eine zu hohe kognitive Kontrolle wird jedoch nicht angestrebt. Mit den TeilnehmerInnen wird an einer flexiblen, mittleren kognitiven Kontrolle gearbeitet. Um diese erheben zu können, wurden die Erwachsenen danach gefragt, ob sie zum Beispiel Süßigkeiten bewusst genießen, ob sie Heißhungerattacken haben, ob sie es beim Buffet schaffen, die Kontrolle nicht zu verlieren und ob sie ihren Essensgelüsten nicht hilflos ausgeliefert sind.

Die Grafik 10 zeigt, dass die mittlere kognitive Kontrolle bei allen TeilnehmerInnen über den Interventionszeitraum der ersten sechs Monate stark angestiegen ist. Bei den deutschsprachigen KursteilnehmerInnen stieg sie auch in den darauffolgenden sechs Monaten weiter an, bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen verringerte sich die mittlere kognitive Kontrolle vom Stand 6 Monate nach Kursstart bis zum Ende der Nachbetreuungsphase wieder, ist aber im Vergleich zum Kursstart noch immer stärker ausgeprägt.

Im Allgemeinen ist die mittlere kognitive Kontrolle im Verlauf der zwölf Monate bei den Frauen stärker angestiegen als bei den Männern. Mit einem Durchschnittswert von 2,9 war die mittlere kognitive Kontrolle bei den deutschsprachigen Männern und den türkischsprachigen Frauen zum Kursbeginn am stärksten ausgeprägt. Bei der letzten Erhebung war die mittlere kognitive Kontrolle der deutschsprachigen Männer mit einem Durchschnittswert von 3,6 am stärksten ausgeprägt. Die stärkste Zunahme an mittlerer kognitiver Kontrolle ist bei der Gruppe der deutschsprachigen Frauen festzustellen. Hier betrug der Mittelwert zu Kursbeginn 2,7 und zwölf Monaten nach Kursbeginn 3,5 (siehe Grafik 10).

Grafik 10: Durchschnittliche kognitive Kontrolle, n= 145-245

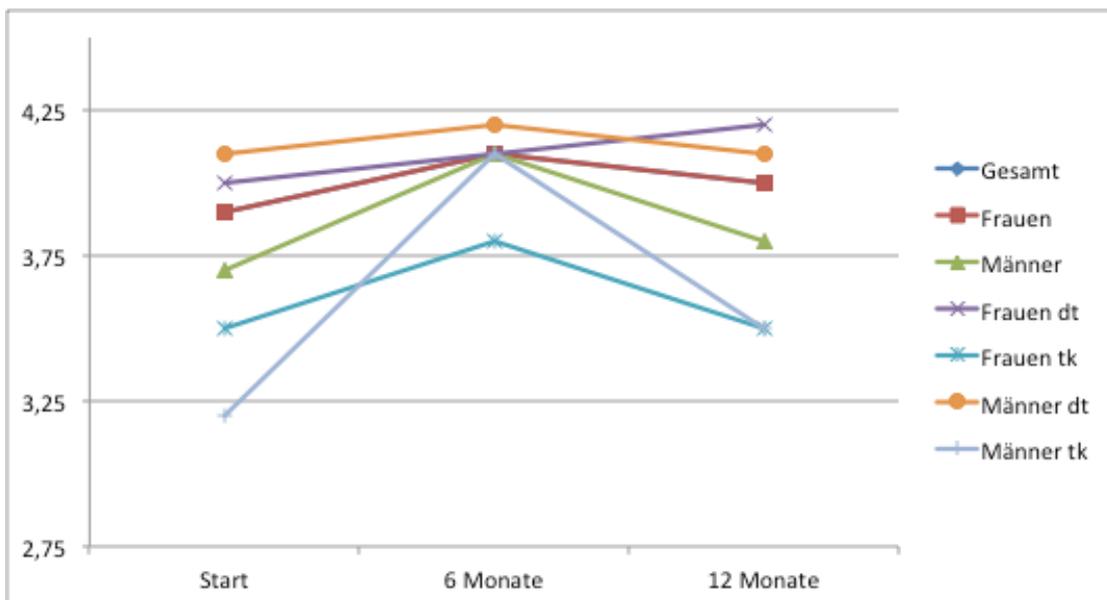


Genussvoller Umgang mit Essen

Genussvoller Umgang mit Essen wird in der Beschreibung von Ardelt-Gattinger als weiteres Konstrukt für salutogenes Essverhalten verstanden. In diesem Zusammenhang wurden die TeilnehmerInnen unter anderem danach gefragt, ob Essen für sie Genuss bedeutet, ob sie sich „kleine Sünden“ zwischendurch erlauben, ob sie Spaß am Grillen mit FreundInnen oder einem Restaurantbesuch mit dem Partner/der Partnerin haben und ob in ihrer Ernährung generell alle Lebensmittel erlaubt sind. Bezüglich des genussvollen Umgangs mit Essen wurden die TeilnehmerInnen gefragt, in wieweit sie der Aussage zustimmen würden, dass es an ihnen und ihrem Verhalten liegt, ob sie zu- oder abnehmen.

Im Allgemeinen hat der positive und genussvolle Umgang mit Essen bei den TeilnehmerInnen in den ersten sechs Monaten der Kurslaufzeit zugenommen. In den darauffolgenden sechs Monaten stieg dieser genussvolle Umgang mit Essen bei den deutschsprachigen Frauen und den türkischsprachigen Männern weiter an, bei den türkischsprachigen Frauen und den deutschsprachigen Männern sank er hingegen wieder auf den durchschnittlichen Wert zu Kursbeginn. Mit einem durchschnittlichen Wert von 4,1 war das Genussempfinden der deutschsprachigen Männer zum Zeitpunkt des Kursbeginns am stärksten ausgeprägt. Nach zwölf Monaten ist jenes der deutschsprachigen Frauen, mit einem Durchschnittswert von 4,2 am stärksten ausgeprägt (siehe Grafik 11).

Grafik 11: Durchschnittlicher, genussvoller Umgang mit Essen, n= 245-145

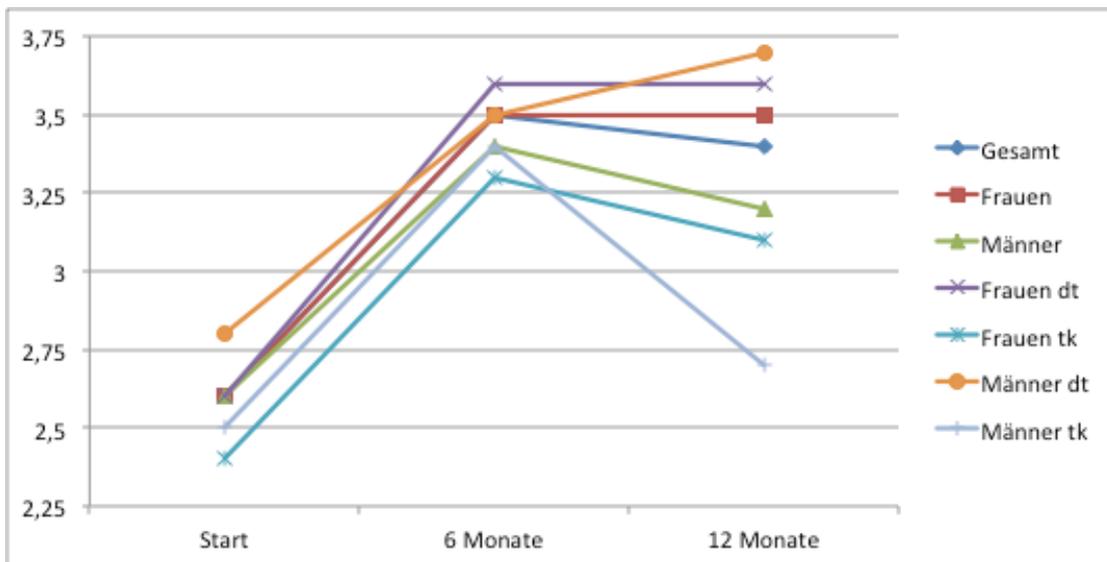


Salutogener Umgang mit Sport

Eine weitere Komponente für salutogenes Essverhalten ist ein gesunder, ungezwungener Umgang mit Sport. Diesbezüglich wurden die TeilnehmerInnen zu ihren sportlichen Betätigungen im Alltag befragt: Ob sie versuchen ihre Talente und Begabungen zu nutzen, ob sie regelmäßig Sport treiben und ob sie Sport als Ausgleich betreiben, wenn sie vielleicht einmal zuviel gegessen haben. Weiters wurden sie gefragt, ob ihnen Sport Spaß macht und ob sie Sport als ihr Hobby bezeichnen würden.

Bezogen auf diese Fragen sind die Mittelwerte bei allen KursteilnehmerInnen während der ersten sechs Monate der Kurslaufzeit gestiegen, bei den Frauen im Allgemeinen stärker, als dies bei den Männern der Fall war. In den weiteren sechs Beobachtungsmonaten sind die Mittelwerte bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen wieder gesunken. Bei den deutschsprachigen Frauen ist der durchschnittliche Wert nach sechs weiteren Monaten konstant geblieben und bei den deutschsprachigen Männern ist dieser sogar noch weiter angestiegen. Zum Zeitpunkt des Kursbeginns war der ungezwungene Umgang mit Sport bei den deutschsprachigen Männern am stärksten ausgeprägt, bei den deutschsprachigen Frauen hat sich der salutogene Umgang mit Sport während der zwölf Monate nach Kursbeginn hingegen am stärksten entwickelt. Zusammenfassend haben alle Gruppen nach zwölf Monaten einen durchschnittlich höheren Mittelwert hinsichtlich des salutogenen Umgangs mit Sport, als dies zum Kursbeginn der Fall war (siehe Grafik 12).

Grafik 12: Durchschnittlicher, salutogener Umgang mit Sport, n= 145-245

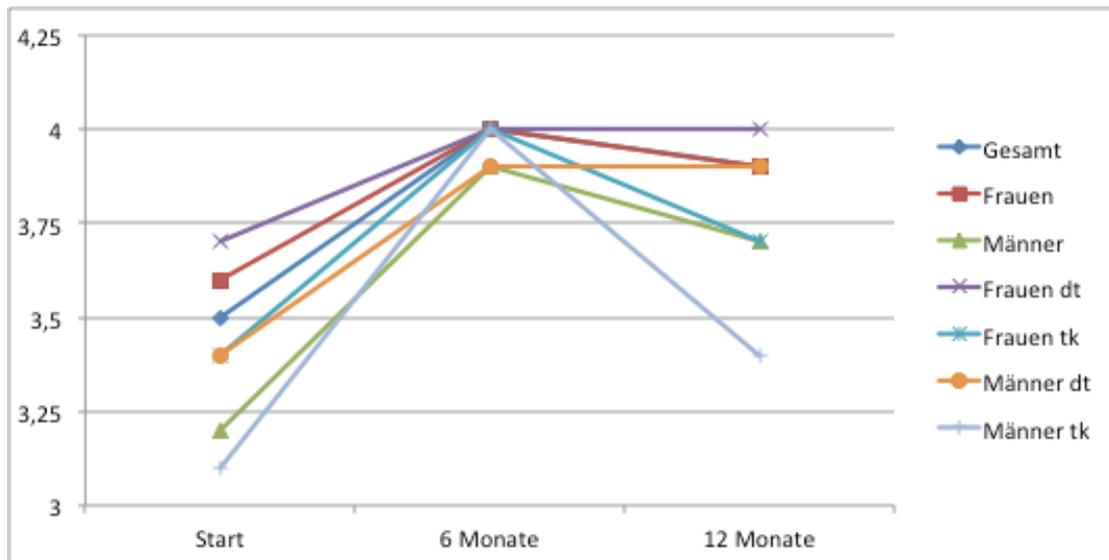


Empfehlungen umsetzen

Bezüglich der letzten Teilkomponente salutogenen Essverhaltens, wurden die TeilnehmerInnen gefragt, wie sie mit Empfehlungen hinsichtlich ihrer Ernährung aber auch zum Beispiel hinsichtlich ihrer Kleiderwahl umgehen. Ob sie häufig versuchen Obst und Gemüse zu essen, ob sie bei Wurst und Käsesorten die fettärmeren Varianten bevorzugen, ob ihnen ein Spaziergang an der frischen Luft gegen Kummer hilft und ob sie bei ihrer Kleidung darauf achten, dass diese ihre körperlichen Vorzüge betont.

Bei allen KursteilnehmerInnen kann im Laufe der ersten sechs Kursmonate eine gesteigerte Umsetzung der Empfehlungen für ein salutogenes Essverhalten festgestellt werden. Bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen blieb diese Umsetzung von Empfehlungen bis zum letzten Messzeitpunkt konstant, wobei die Gruppe der deutschsprachigen Frauen diese sowohl zum Kursbeginn, als auch nach zwölf Monaten, am meisten umsetzten. Bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen sank der durchschnittliche Wert nach den ersten sechs Kursmonaten zwar wieder, war jedoch noch immer höher, als zum Zeitpunkt des Kursbeginns. Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle Kursgruppen 12 Monate nach Kursbeginn Empfehlungen für ein salutogenes Essverhalten besser umsetzten, als dies zum Zeitpunkt des Kursbeginns der Fall war (siehe Grafik 13).

Grafik 13: Durchschnittliche Umsetzung der Empfehlungen, n= 245-145



1.3.2 Veränderung des pathogenen Essverhaltens

Um pathogenes Essverhalten erfassen zu können, wurden die TeilnehmerInnen mittels der Fragebögen zu drei Teilbereichen befragt, welche als Hinweise für pathogenes Essverhalten dienen. In diesen wird die übertriebene Beschäftigung mit dem Nicht-Essen (kognitive Kontrolle), die Störbarkeit durch externe Reize, wie etwa der Geruch oder der Anblick von Essen (Störbarkeit) und das vermehrte Essen oder Appetitverlust bei unterschiedlichen Lebensereignissen (Emotionsessen), thematisiert.

Wie im Vorgängerprojekt „Nach Herzenslust – leichter Leben“ wurde auch in diesem das pathogene Essverhalten durch eine fünfstufige Likertskala erhoben (siehe Endbericht Nach Herzenslust - Leichter Leben, S 56).

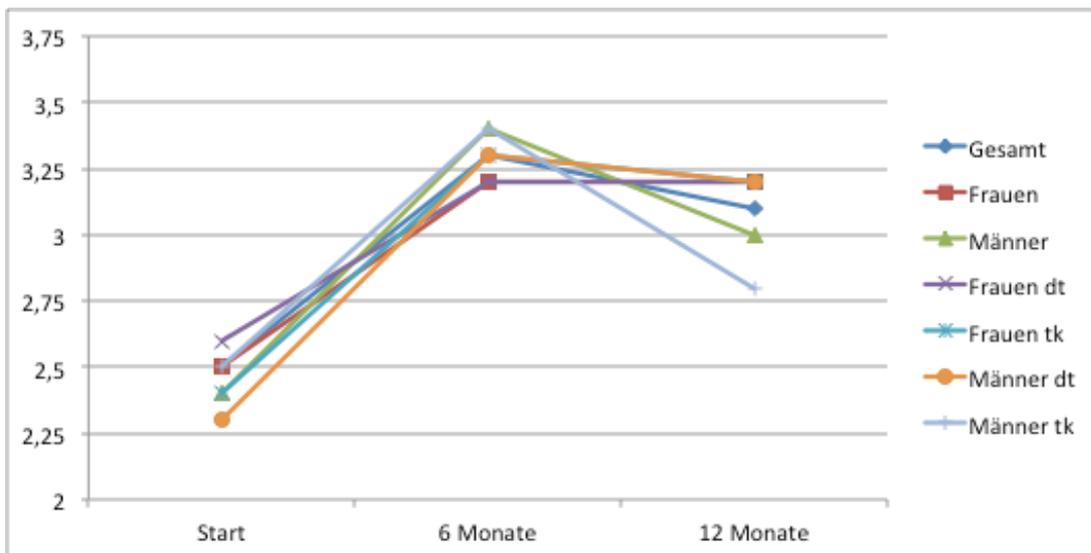
Die Antworten wurden so gepolt, dass der Wert 1 am wenigsten und der Wert 5 am meisten pathogene Tendenzen anzeigt.

Kognitive Kontrolle

Hinsichtlich der kognitiven Kontrolle wurden die TeilnehmerInnen gefragt, ob sie zum Beispiel Speisen aus Sorge um ihr Gewicht oft ablehnen, ob sie oft versuchen, zwischen den Mahlzeiten nichts zu essen und ob sie bei der Entscheidung was sie essen, an ihr Gewicht denken.

In der Grafik 14 ist dargestellt, dass die kognitive Kontrolle bei allen TeilnehmerInnen während der ersten sechs Kursmonate zugenommen hat. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass es gelungen ist, die TeilnehmerInnen anzuregen, sich mit dem eigenen Essverhalten zu beschäftigen und das Gelernte im Alltag umzusetzen. In den weiteren sechs Monaten gelang es den türkischsprachigen TeilnehmerInnen offensichtlich gut, nach anfänglicher, gesteigerter kognitiver Kontrolle, ihre gedankliche Beschäftigung mit Essen oder Nicht-Essen wieder auf ein flexibles mittleres Maß, zwischen erster und zweiter Messung, zu bringen. Bei den deutschsprachigen KursteilnehmerInnen veränderte sich die kognitive Kontrolle nach den ersten 6 Kursmonaten nur mehr sehr wenig und blieb auf einem hohen Niveau. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass alle KursteilnehmerInnen ihre kognitive Kontrolle während der zwölf Monate nach Kursbeginn steigerten, die Frauen im Allgemeinen mehr als die Männer (siehe Grafik 14).

Grafik 14: Durchschnittliche kognitive Kontrolle, n= 144-245



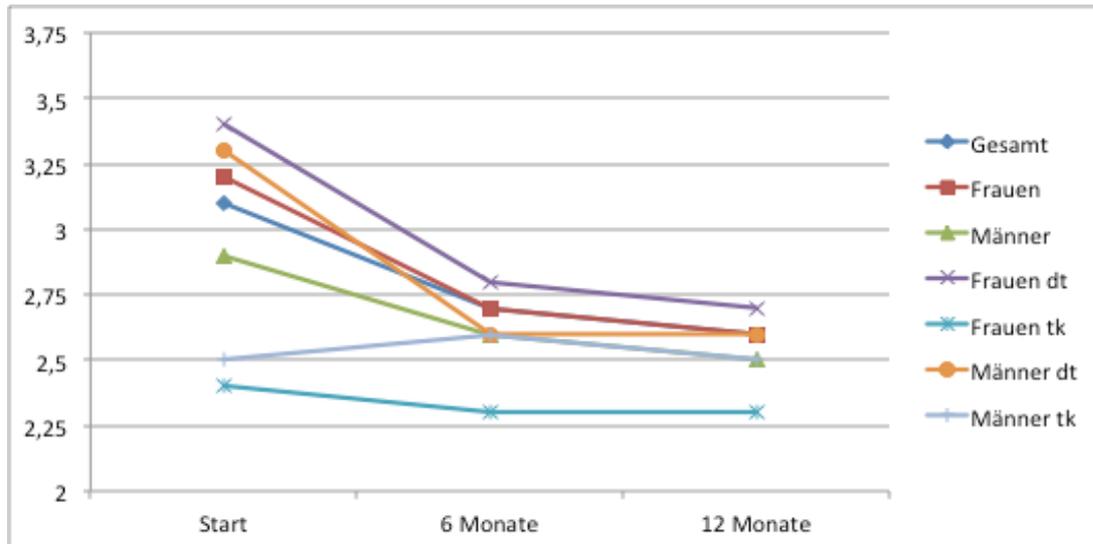
Störbarkeit

Den TeilnehmerInnen wurden Fragen zu externen Einflüssen gestellt, um etwas über deren Störbarkeit durch Gerüche oder durch den Anblick von Essen herauszufinden. Die teilnehmenden Frauen und Männer wurden gefragt, ob sie mehr essen würden, wenn Speisen gut riechen und aussehen, ob sie sich gern etwas kaufen, wenn sie an einer Bäckerei oder einem Café vorbeikommen oder ob sie mehr essen, wenn sie andere essen sehen.

Bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen und den türkischsprachigen Frauen ist die durchschnittliche Störbarkeit durch Gerüche und den Anblick von Essen während der ersten sechs Kursmonate gesunken, bei den türkischsprachigen Männern ist diese hingegen etwas angestiegen. In den sechs weiteren Monaten sank die Störbarkeit bei den

deutschsprachigen Frauen weiter und bei den türkischsprachigen Männern ging der durchschnittliche Wert wieder zurück auf den Ausgangswert von 2,5. Im Allgemeinen weisen die Männer eine geringere Störbarkeit auf, als die Frauen. Am meisten sind deutschsprachige Frauen von dieser Störbarkeit betroffen. Zu allen Erhebungszeitpunkten waren es die türkischsprachigen Frauen, auf welche diese externen Stimulationen den geringsten Einfluss hatten. Im Laufe der zwölf Monate, konnten die türkischsprachigen TeilnehmerInnen ihre Störbarkeit durch externe Einflüsse, reduzieren (siehe Grafik 15).

Grafik 15: Durchschnittliche Störbarkeit, n= 144-245

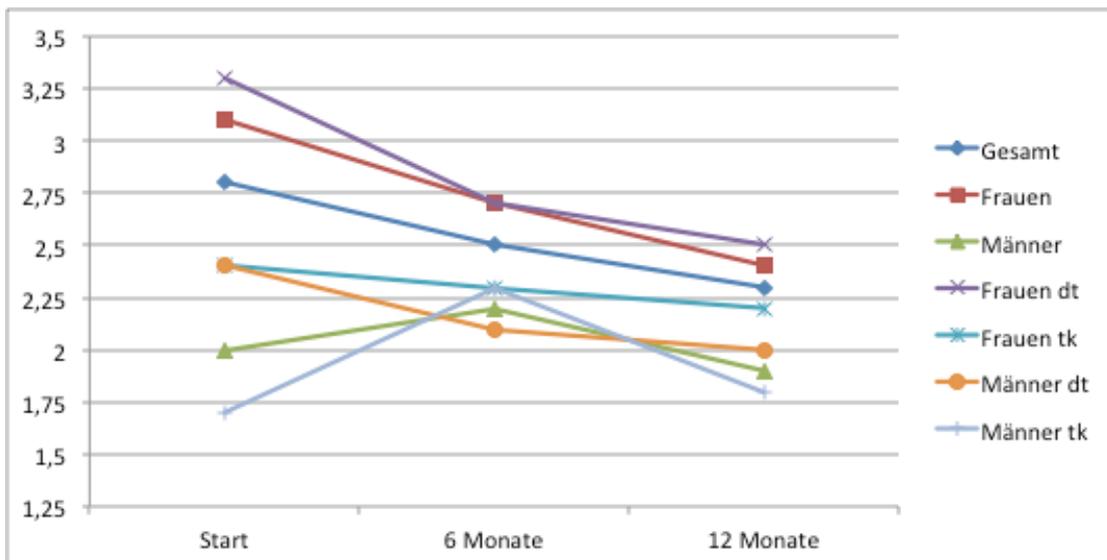


Emotionsessen

Um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob TeilnehmerInnen bei emotionalen Ereignissen wie zum Beispiel Stress oder Langeweile, übermäßig viel essen, wurden Fragen zu Emotionsessen in die Fragebögen eingebaut. Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie am liebsten etwas essen würden, wenn etwas nicht so läuft, wie sie sich dies vorgestellt hatten oder ob sie bei unangenehmen Situationen den Wunsch haben zu essen. Weitere Fragen bezogen sich darauf, ob sie übermäßig viel essen, wenn sie sich ärgern, einsam fühlen, traurig oder enttäuscht sind.

Das übermäßige Essen in emotionalen Situationen ist bei fast allen TeilnehmerInnen seit dem Kursbeginn deutlich weniger geworden. Bei den türkischsprachigen Männern, die, verglichen mit den anderen Gruppen den niedrigsten Ausgangswert hatten, ist das Essen in emotionalen Situationen etwas mehr geworden. Nach insgesamt zwölf Monaten ist das Emotionsessen jedoch auch bei den türkischsprachigen Männern beinahe wieder auf den geringen Ausgangswert zurückgegangen. Diese Gruppe war zum Zeitpunkt des Kursbeginns und auch zwölf Monate danach am wenigsten von übermäßigem Essen in emotionalen Situationen betroffen. Bei den deutschsprachigen Frauen ist der Rückgang des Emotionsessens zwölf Monate nach Kursbeginn zwar am deutlichsten erkennbar jedoch ist diese Gruppe ist auch beim letzten Messzeitpunkt am meisten vom Emotionsessen betroffen (siehe Grafik 16).

Grafik 16: Durchschnittliches Emotionsessen, n= 144-245



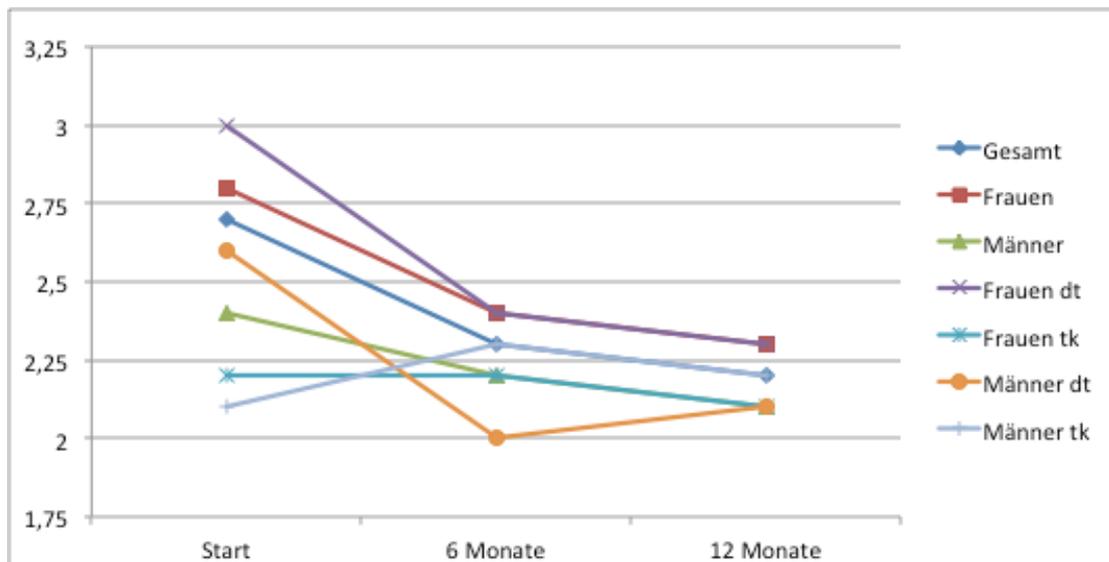
1.3.3 Veränderungen im Umgang mit Nahrungsmitteln

Nach Ardelt-Gattinger ist der „Umgang mit Nahrungsmitteln“ der einflussreichste Faktor für Adipositas (siehe Endbericht Nach Herzenslust - Leichter Leben, S 64). In diesem Zusammenhang wurden die TeilnehmerInnen zu ihrem Verlangen nach übermäßigem Essen oder Naschen und dem Problem dieses Verlangen zu kontrollieren, gefragt. Diese operationalisierten Fragen sollten Aufschluss darüber geben, ob ein Suchtverhalten vorliegt. Hierbei ist die Intensität der Fixierung auf übermäßiges Essen und Naschen von Bedeutung.

Der gesunde Umgang mit Nahrungsmitteln hat sich im Laufe der Erhebungen bei fast allen TeilnehmerInnen verbessert. Der Großteil der Befragten gab bereits nach sechs Monaten

Kurslaufzeit an, seltener diesen inneren Drang nach übermäßigem Essen und Naschen zu verspüren. Die Abhängigkeit des persönlichen Wohlbefindens vom Essen und Naschen ist demnach gesunken. Am deutlichsten zeigt sich diese Entwicklung bei deutschsprachigen Frauen. Bei den türkischsprachigen Männern ist in den ersten sechs Monaten eine leicht umgekehrte Entwicklung zu erkennen, weil bei ihnen das Verlangen nach übermäßigem Essen und Naschen etwas zugenommen hat. Dieser durchschnittliche Wert verringert sich jedoch in den darauffolgenden sechs Monaten wieder. Zusammenfassend kann bei allen Gruppen, im Vergleich zum Ausgangszustand, zwölf Monate nach Kursbeginn eine geringere Abhängigkeit von übermäßigem Essen und Naschen festgestellt werden (siehe Grafik 17).

Grafik 17: Durchschnittlicher Umgang mit Nahrungsmitteln, n= 144-244

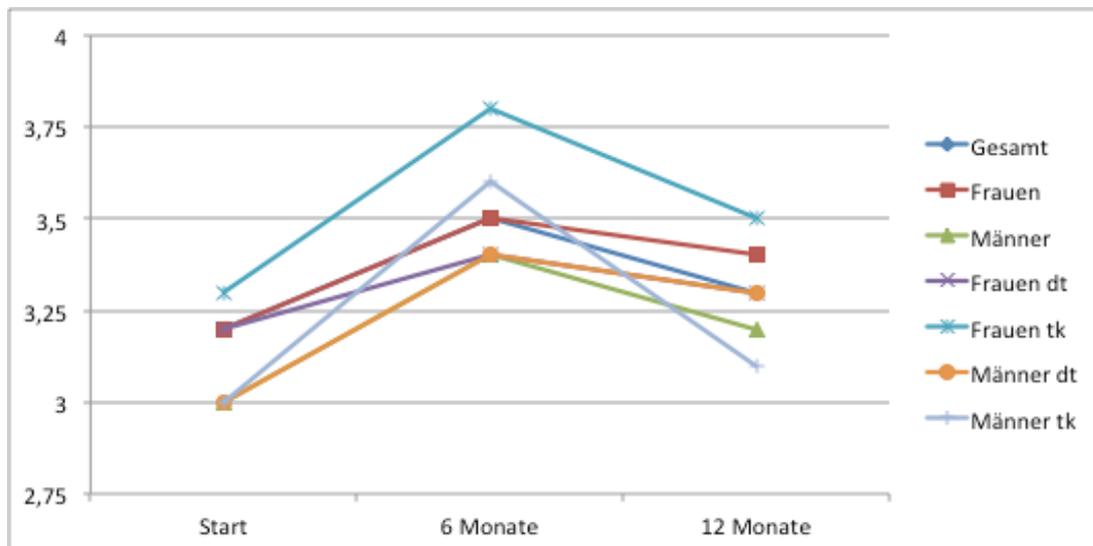


1.3.4 Veränderungen vorklinischer Essstörungen

Im Fragebogen wurden operationalisierte Fragen zur übertriebenen Sorge bezüglich einer Gewichtszunahme und zur gedanklichen Fixierung hinsichtlich Essen und Abnehmversuchen, gestellt. Die TeilnehmerInnen wurden zum Beispiel gefragt, ob sie Angst hätten, zu dick zu sein oder zu werden, ob sie in der letzten Zeit absichtlich weniger gegessen haben oder ob ihnen die Vorstellung, 3-5 kg zuzunehmen, Panik macht.

Die übertriebene Sorge bezüglich Gewichtszunahme und die starke gedankliche und tatsächliche Beschäftigung mit Essen und Diätversuchen sind bei allen TeilnehmerInnen, vor allem aber bei den türkischsprachigen Befragten, in den ersten sechs Kursmonaten stark angestiegen. Diese Entwicklung kann, ähnlich wie bei der kognitiven Kontrolle (siehe Grafik 18), auf die im Kurs vermittelten Informationen und Anregungen bezüglich eines gesünderen Essverhaltens zurückgeführt werden. Durch die intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema ist es offensichtlich zu einer vermehrten Beschäftigung mit einem gesunden Lebensstil gekommen. Nach weiteren 6 Monaten normalisierte sich diese übertriebene Sorge hinsichtlich Gewichtszunahme und die hohe Bedeutung der Figur bei allen TeilnehmerInnen wieder und pendelte sich auf einem Niveau zwischen erster und zweiter Erhebung ein. Die gedankliche Fixierung hinsichtlich Essen und Abnehmen war bei den türkischsprachigen Frauen im Laufe der drei Erhebungszeitpunkte am stärksten ausgeprägt (siehe Grafik 18).

Grafik 18: Durchschnittswerte vorklinischer Essstörungen, n= 144-243



1.3.5 Veränderungen von Binge Eating und Big Eating

Um etwas über das Binge Eating beziehungsweise Big Eating Verhalten der TeilnehmerInnen zu erfahren, wurden ihnen Fragen zu den negativen Nebenerscheinungen und Folgen von Essanfällen gestellt. Diese Essanfälle gehen mit dem Gefühl der Verzweiflung, Isolation einher und führen bei den Betroffenen oftmals zu erzwungenem Erbrechen und zur Einnahme von Abführmitteln.

Die Antwortmöglichkeiten ergeben Mittelwerte zwischen 1 und 2, wobei 1 bedeuten würde, dass alle TeilnehmerInnen Binge/Big Eating Verhaltensweisen aufweisen und 2, dass kein/e TeilnehmerIn solche Verhaltensweisen hat. Hier drückt also ein steigender Mittelwert eine sinkende Zugehörigkeit zu diesen Sores aus.

Unter einer Binge Eating Erkrankung versteht man wiederkehrende Essanfälle, bei denen Betroffene die Kontrolle über ihr Handeln verlieren und anschließend Scham empfinden und den Anfall zu verheimlichen versuchen.

Der durchschnittliche Wert bei der Binge Eating Disorder stieg bei den Frauen von 1,5 bei der ersten auf 1,6 bei der dritten Erhebung. Dies bedeutet, dass zwölf Monate nach Kursbeginn weniger Frauen Binge Eating Verhaltensweisen angeben, als dies zum Kursbeginn der Fall war. Auch bei den befragten Männern ist eine positive Entwicklung hinsichtlich Binge Eating erkennbar, da der durchschnittliche Wert von 1,6 zu Kursbeginn auf 1,7 nach zwölf Monaten angestiegen ist und sich somit weniger Männer von diesem Verhalten betroffen sind.

Anders als Binge Eating, beschreibt Big Eating das Verhalten von Personen, die sehr große Mengen essen, diesbezüglich jedoch kein Scham- oder Schuldgefühl empfinden. Dieses „Überessen“ ist eine Partialstörung der Binge Eating Disorder. Der durchschnittliche Mittelwert von 1,4 bei den Frauen im Vergleich zum durchschnittlichen Wert von 1,5 bei den Männern weist darauf hin, dass zu Kursbeginn mehr befragte Frauen als Männer von Big Eating betroffen waren. Die Betroffenheit bei den Frauen und Männern zwischen der ersten und der dritten Erhebung sank jedoch bei beiden Gruppen gleich stark ab. Dies wird durch einen steigenden Mittelwert, bei den Frauen auf 1,6 und bei den Männern auf 1,7, ausgedrückt.

In Zusammenhang mit diesem Themenbereich wurden die TeilnehmerInnen auch danach gefragt, wie oft sie nachts aufstehen, um zu essen und wie sie ihren Alkoholkonsum einschätzen. Hierzu sind positive Entwicklungen zwischen der ersten und der dritten Erhebungen erkennbar. Waren es bei der ersten Befragung insgesamt 81,7% der TeilnehmerInnen, die nachts nie aufstanden, um zu essen, stieg dieser Wert bei der dritten Erhebung auf 84,2%. Eine positive Entwicklung ist weiters, dass bei der ersten Erhebung insgesamt 6,7% aller TeilnehmerInnen 1-2mal pro Woche nachts aufstanden um zu essen und sich dieser durchschnittliche Wert bei der dritten Erhebung auf 6% reduzierte.

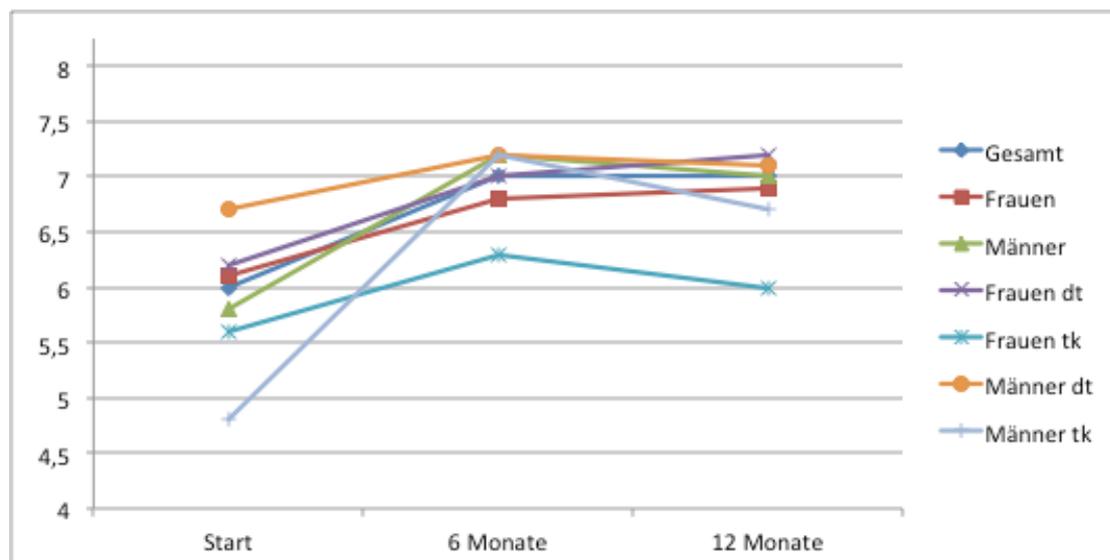
Auch hinsichtlich des Alkoholkonsums sind positive Entwicklungen erkennbar. Bei der ersten Erhebung gaben insgesamt 54,8% an, dass sie nie Alkohol trinken und dieser Wert stieg in den zwölf Monaten auf 60,2% an. Auch die Anzahl jener Personen die 1-2mal pro Woche Alkohol trinken sank von 18,7% bei der ersten Erhebung auf 14,3% zwölf Monate nach Kursbeginn.

1.3.6 Veränderung der Lebensqualität

Eine Gewichtszu- oder -abnahme schlägt sich in der Beurteilung der Lebensqualität nieder. Deswegen wurden die TeilnehmerInnen auf Basis der Skala zur Lebensqualität von Erwachsenen (SLQ-E) zu ihrem allgemeinen Befinden, körperlichen Aktivitäten, ihren Sozialkontakten, der Zufriedenheit am Arbeitsplatz sowie ihrer Freude an Sexualität befragt. Die Beantwortung erfolgte bei diesen Fragen auf einer zehnstufigen Likertskala (1= sehr gering, 10=sehr hohe Ausprägung).

Erfreulich ist, dass alle TeilnehmerInnen während der ersten sechs Kursmonate eine wesentliche Steigerung ihrer Lebensqualität erlebten. Diese Steigerung setzte sich in den darauffolgenden sechs Monaten bei den deutschsprachigen Frauen weiter fort, bei den anderen Gruppen sank die Lebensqualität hingegen wieder etwas ab. Erfreulich ist, dass die Lebensqualität bei allen TeilnehmerInnen zwölf Monate nach Kursbeginn deutlich höher ist, als zum Zeitpunkt des Kursbeginns. Zu Kursbeginn schätzten die deutschsprachigen Männer ihre Lebensqualität am höchsten ein, nach zwölf Monaten waren dies hingegen die deutschsprachigen Frauen (siehe Grafik 19).

Grafik 19: Durchschnittliche Lebensqualität, n= 239-141



Sozialkontakte

Die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit ihren Sozialkontakten wird in diesem Bericht, unabhängig vom allgemeinen Score zu Lebensqualität, noch einmal gesondert dargestellt. Dies ist darin begründet, dass die Entwicklung des sozialen Netzwerkes der KursteilnehmerInnen eine zentrale Zielsetzung des Projektes darstellt.

Die TeilnehmerInnen wurden danach gefragt, wie sie ihre Sozialkontakte einschätzen (1=sehr unbefriedigend, 10=sehr befriedigend). Erfreulich ist, dass sowohl die Frauen als auch die Männer eine positive Entwicklung hinsichtlich ihrer Sozialkontakte wahrnehmen. Der durchschnittliche Wert bei den Frauen zum Kursbeginn war 6,9 und stieg während der zwölf Monate auf 7,4. Bei den Männern stieg der Durchschnittswert von 6,2 auf 7,2.

1.3.7 Veränderung der Bewegungsmotivation und des Bewegungsverhaltens

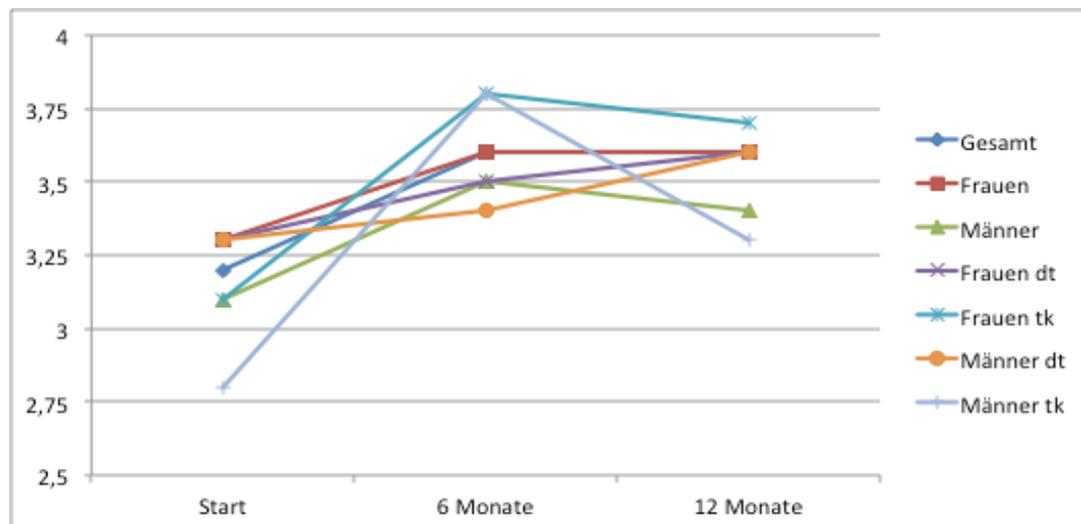
Zur Messung der Bewegungsmotivation und des Bewegungsverhaltens wurde der Fragebogen zur Bewegungsmotivation für Erwachsene (FBM-E) verwendet.

Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung

Die TeilnehmerInnen konnten wählen inwieweit es auf sie zutrifft, Sport zu machen, weil es ihnen Spaß macht, sie sich dadurch abregieren können, sie dabei etwas leisten können oder sie gern gemeinsam mit Freunden oder in der Natur Sport betreiben.

Auch hinsichtlich der Bewegungsmotivation der teilnehmenden Frauen und Männer sind in den ersten sechs Kursmonaten positive Entwicklungen sichtbar. In den darauffolgenden sechs Monaten stieg die Bewegungsmotivation der deutschsprachigen KursteilnehmerInnen weiter an, wohingegen jene der türkischsprachigen Männer und Frauen wieder etwas sank. Die eindrucksvollste Veränderung hinsichtlich Spaß und Befriedigung durch Bewegung ist bei den türkischsprachigen Frauen zu erkennen. Im Vergleich zu den deutschsprachigen TeilnehmerInnen hatten sie zum Zeitpunkt des Kursbeginns bei körperlicher Bewegung noch eher wenig Spaß, konnten aber ihre Bewegungsmotivation im Verlauf der zwölf Monate auf einen durchschnittlichen Wert von 3,7 steigern und sind somit die Gruppe, die nach zwölf Monaten am meisten Spaß an Bewegung hat. Die türkischsprachigen Männer hingegen haben sowohl zum ersten, als auch zum letzten Erhebungszeitpunkt am wenigsten Freude und Spaß an Bewegung. Erfreulich ist, dass bei allen Gruppen zwölf Monate nach Kursbeginn eine höhere Bewegungsmotivation, als zu Beginn des Projekts, erkennbar ist (siehe Grafik 20).

Grafik 20: Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung, n= 143-235

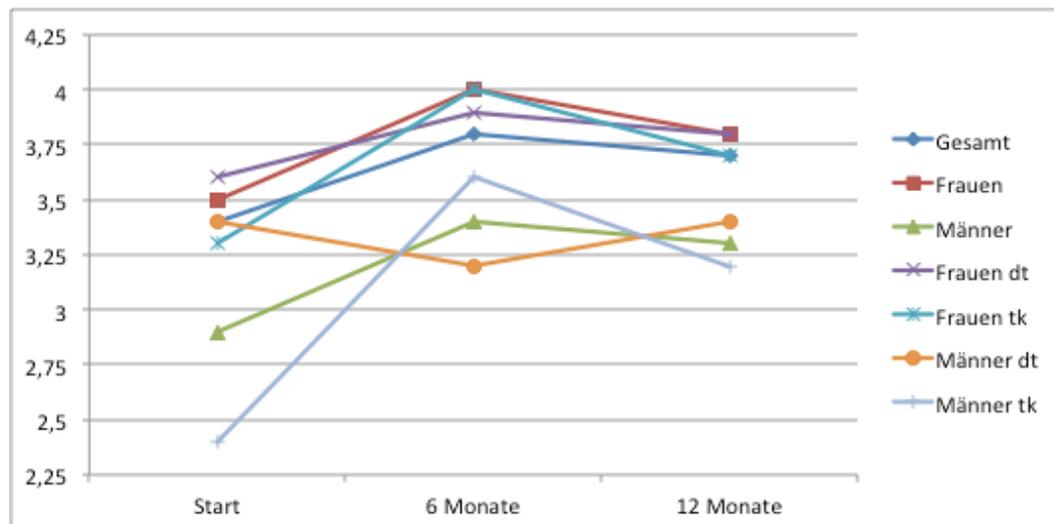


Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen

Weiters wurden die TeilnehmerInnen gefragt, inwieweit es auf sie zutrifft, dass sie Sport machen, weil sie dadurch schlanker und schöner werden und sich dann wohler fühlen.

Auch die Ästhetik als entscheidender Grund zur Bewegungsmotivation hat im Laufe der Erhebungen bei fast allen TeilnehmerInnen an Bedeutung gewonnen. Im Allgemeinen stimmen hier die Frauen mehr zu als die Männer. Bei den befragten Frauen nahm die Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen während der zwölf Monate immer weiter zu. Bei den türkischsprachigen Männern stieg diese Bewegungsmotivation in den ersten sechs Monaten stark an und fiel im Verlauf der weiteren sechs Monate wieder etwas ab. Bei den deutschsprachigen Männern verringerte sich die Bewegungsmotivation in den ersten Monaten, stieg im weiteren Verlauf jedoch wieder auf den Ausgangswert an. Sowohl zu Kursbeginn, als auch bei der Erhebung nach zwölf Monaten, waren es die deutschsprachigen Frauen, die am häufigsten angaben, sicher eher wegen des positiven Einflusses auf Körper und Aussehen zur Bewegung motivieren zu können. Die Bewegungsmotivation der türkischsprachigen Männer blieb, trotz starker Steigerung nach sechs Monaten, zum ersten und zum letzten Erhebungszeitpunkt am geringsten (siehe Grafik 21).

Grafik 21: Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen, n= 143-234



Der Vergleich der ersten, der zweiten und der dritten Auswertung der **Schrittzähler-ergebnisse** zeigt, dass die TeilnehmerInnen am Kursbeginn durchschnittlich 7.414 Schritte pro Tag gegangen sind und sich dies bei der dritten Messung um durchschnittlich 931 Schritte pro Tag vermehrt hat.

Waren die Frauen zum Kursbeginn noch etwas „fleißiger“, wurden sie von den Männern zum zweiten Messzeitpunkt eingeholt. Die dritte Schrittzählmessung ergab, dass die Frauen durchschnittlich 50 Schritte mehr pro Tag machen, als die Männer (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Veränderung der durchschnittlichen Schrittzählerergebnisse aller TeilnehmerInnen der drei Kursdurchgänge, n= 107-166

	Frauen	Männer	türkopr. Frauen	deutspr. Frauen	türkopr. Männer	deutspr. Männer	Gesamt
Schritte/Tag Messung 1	7.516	6.892	5.880	7.807	6.817	6.973	7.414
Schritte/Tag Messung 2	8.253	8.593	7.788	8.353	8.161	8.809	8.327
Schritte/Tag Messung 3	8.358	8.308	7.547	8.598	8.210	8.473	8.345

1.3.8 Veränderung der Ernährungspräferenz

Bei der Erhebung zum täglichen Essverhalten wurden die TeilnehmerInnen vor allem danach gefragt, wo sie ihre täglichen Mahlzeiten hauptsächlich einnehmen und wie häufig sie dort essen. Zusätzlich wurde erhoben, wie diese Lebensmittel zubereitet werden (hierbei wurde zwischen „selber gekocht“ und Fertiggerichten unterschieden). Die TeilnehmerInnen konnten diese Fragen mit nie=1, selten=2, manchmal=3, oft=4 und immer=5 beantworten.

Im Allgemeinen ist eine Tendenz in Richtung eines gesünderen Essverhaltens bei den Befragten erkennbar. Bei allen TeilnehmerInnen weist ein geringerer Mittelwert zwölf Monate nach dem Kursbeginn darauf hin, dass sie durchschnittlich weniger oft Fast Food außer Haus, bei Imbissständen oder bei McDonalds essen, als dies zu Kursbeginn der Fall war. Etwas anders ist die Entwicklung bei der Frage, wie oft die TeilnehmerInnen Fertiggerichte essen, hier stieg der Durchschnittswert bei den Antworten der deutschsprachigen TeilnehmerInnen und jener der türkischsprachigen Frauen, lediglich bei den deutschsprachigen Männer verringerte sich der durchschnittliche Wert zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt. Der Mittelwert zur Frage, wie oft die TeilnehmerInnen außer Haus, in einer Kantine oder einer Cafeteria essen würden, stieg bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen, in den zwölf Monaten nach Kursbeginn, an, verringerte sich hingegen bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen im Verlauf dieser Zeit. Umgekehrt entwickelte sich das Verhalten bezogen auf die Frage, wie häufig die TeilnehmerInnen außer Haus in einem Restaurant, bei Freunden oder Verwandten essen. Der durchschnittliche Wert zu dieser Frage verringerte sich bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen, stieg jedoch bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen zwölf Monate nach Kursbeginn an. Interessant ist, dass die Bereitschaft selber zu kochen bei den befragten Männern zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt anstieg, bei den Frauen diese Bereitschaft hingegen im Verlauf von zwölf Monaten durchschnittlich etwas sank.

1.3.9 Veränderungen im Körperbild

Ein Abschnitt des Fragebogens zielte darauf ab, herauszufinden, ob sich die Vorstellungen der Befragten hinsichtlich ihres Selbstbildes beziehungsweise ihres Wunschbildes während der Kurslaufzeit verändert haben. Hierfür wurden die durchschnittlichen Zustimmungen zur Körperbildskala miteinander verglichen. Die Beantwortung erfolgte mittels einer sechsstufigen Silhouetten-Skala, wobei 1 „morbid untergewichtig“, 2 „schlank“, 3 „normalgewichtig“, 4 „übergewichtig“, 5 „adipös“ und 6 „morbid adipös“ symbolisiert (siehe Grafik 22).

Die TeilnehmerInnen fühlen sich selber zu Beginn des Kurses, mit einem durchschnittlichen Wert von 4,9, der Figur Nr. 5 der Figurenskala (siehe Grafik 22) zugehörig. Bei der zweiten Erhebung sank der Wert auf 4,6 und bei der dritten Erhebung schätzten sich die TeilnehmerInnen mit einem Durchschnittswert von 4,4 zwischen der Figur Nr. 4 und der Figur Nr. 5 ein.

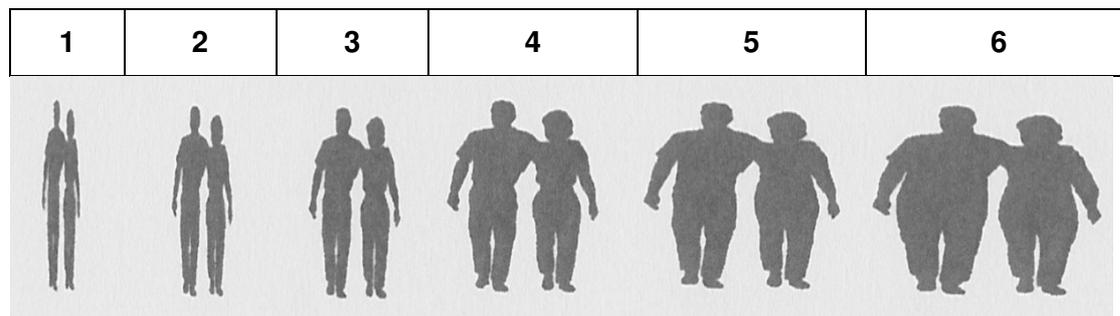
Jedoch nicht nur bei der Selbstwahrnehmung gab es im Kursverlauf Veränderungen, sondern auch in der Wahrnehmung der Differenz zwischen Selbst- und Wunschbild. Diese wurde bei der ersten Erhebung mit einem durchschnittlichen Wert von 1,9 berechnet, was in diesem Zusammenhang bedeutet, dass das Selbst- und das Wunschbild sich um 1,9 Figuren voneinander unterscheiden. Die zweite Erhebung ergab eine Differenz von 1,4 Figuren, welche bei der dritten Erhebung weiter auf 1,2 sank.

Diese Entwicklungen können unterschiedlich interpretiert werden. Eine Möglichkeit ist, da die TeilnehmerInnen tatsächlich abgenommen haben, nehmen sie dies auch aktiv wahr, wodurch ihr Selbstbild dem Wunschbild immer „näher rückt“.

Eine weitere Interpretationsmöglichkeit ist, dass sich die TeilnehmerInnen während des Kurses von unrealistischen Körperbildern verabschiedet und ihr Wunschbild an realistische Einschätzungen der eigenen Möglichkeiten angepasst haben.

Bei der Auswertung der Einzelskalen zum Selbst- und zum Wunschbild ist erkennbar, dass beide Interpretationen zutreffen. Einerseits ist der durchschnittliche Wert bezogen auf das Selbstbild gesunken und andererseits ist der durchschnittliche Wert hinsichtlich des Wunschbildes gestiegen. Allgemein ist dieser Trend als positive Entwicklung wahrzunehmen und gilt ähnlich ausgeprägt für alle Kursgruppen.

Grafik 22: Darstellung zur Einschätzung des Körperbildes



1.3.10 Veränderungen beim Selbstwert

Um Veränderungen bezogen auf den Selbstwert der teilnehmenden Personen aufzeigen zu können, wurden die KursteilnehmerInnen zum einen danach gefragt, ob sie mit ihrem Körper einigermaßen zufrieden sind und zum anderen, ob sie Komplimente gut annehmen können (1=stimme gar nicht zu, 5=stimme total zu).

Im Allgemeinen ist eine steigende Zustimmung zu beiden Fragestellungen zwischen der ersten und der dritten Erhebung erkennbar. Am stärksten ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den deutschsprachigen Frauen gestiegen. Bei der Fragestellung, ob die TeilnehmerInnen Komplimente gut annehmen können ist bei allen KursteilnehmerInnen eine steigende Entwicklung erkennbar, am stärksten auch hier bei den deutschsprachigen Frauen.

2 Gesamtauswertung jener TeilnehmerInnen von denen Daten zu allen Erhebungszeitpunkten vorliegen

Der folgende Berichtsteil beinhaltet die Ergebnisse der quantitativen Befragung jener 145 TeilnehmerInnen, von denen zu allen Erhebungszeitpunkten Daten vorliegen. D.h. von den insgesamt 246 erwachsenen Personen, die an der Evaluation teilgenommen haben, liegen von 145 alle Messungen/Daten vor, alle anderen haben zu einem oder mehreren Zeitpunkten keine Messung/Datenerhebung abgegeben.

Zusätzlich wird in diesem Abschnitt ein spezieller Fokus auf jene 26 TeilnehmerInnen gelegt, die zu Kursbeginn einen BMI über 40 hatten. Diese Personen waren eigentlich keine direkte Zielgruppe bei rundum gesund. Die jeweiligen Darstellungen veranschaulichen jedoch, dass gerade bei den Personen, die einen BMI über 40 hatten, zwölf Monate nach Kursbeginn viele positive Entwicklungen erkennbar sind.

Bei ausgewählten Messungen wurde ein Signifikanztest auf einem 95%-Niveau durchgeführt.

2.1 Soziodemografische Daten

Geschlecht, Alter, Herkunft

Von insgesamt 145 Personen sich 79 deutschsprachige Frauen, 23 deutschsprachige Männer, 23 türkischsprachige Frauen und 20 türkischsprachige Männer. Die befragten Frauen sind durchschnittlich 49,4 Jahre und die befragten Männer durchschnittlich 51 Jahre alt.

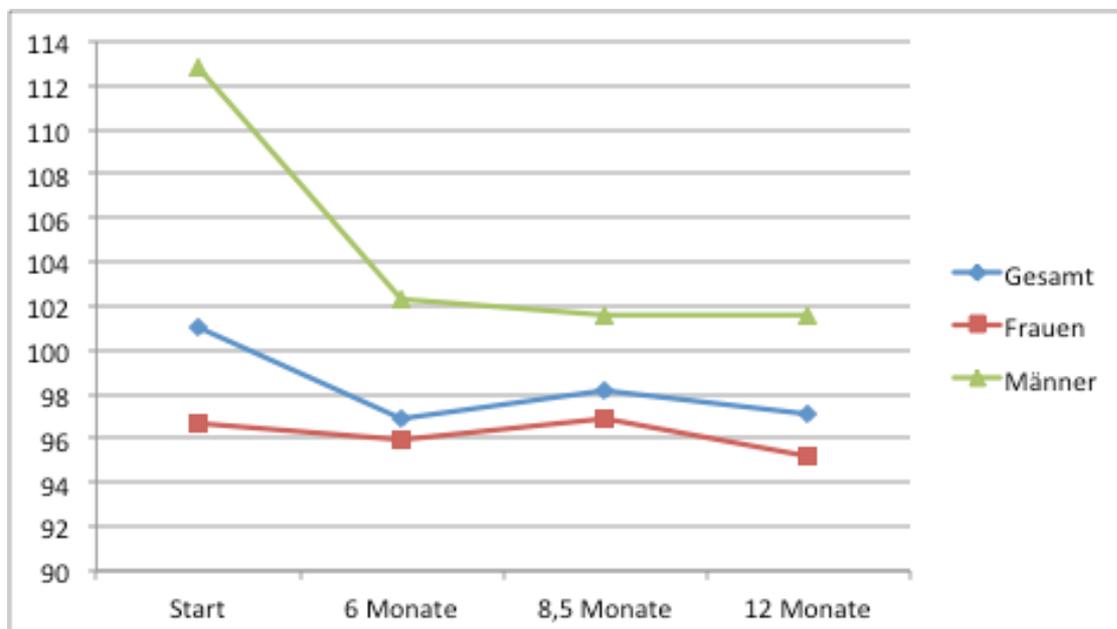
2.2 Entwicklung der medizinischen Parameter

Veränderung des Gewichts

Obwohl ein rasanter und dadurch kurzfristiger Gewichtsverlust nicht Ziel dieses Projekts war, hat sich dennoch das durchschnittliche Gewicht der TeilnehmerInnen im Laufe der zwölf Monate verringert. Das Durchschnittsgewicht der teilnehmenden Frauen sank zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt von 96,7 kg auf 95,9 kg und stieg dann wieder an, auf durchschnittlich 96,9 kg. Die letzte Messung, zwölf Monate nach Kursbeginn, ergab bei den teilnehmenden Frauen ein durchschnittliches Gewicht von 95,2 kg, wodurch die Frauen ihr Gewicht um durchschnittlich 1,5 kg reduzieren konnten. Die Männer hatten bei der ersten Messung durchschnittlich 112,8 kg und haben innerhalb der ersten sechs Kursmonate durchschnittlich 10,5 kg verloren. Bei der dritten und vierten Messung konnten die Männer ihr Gewicht auf 101,6 kg weiter reduzieren. Sie haben somit im Laufe der zwölf Monate insgesamt 11,2 kg verloren, von 112,8 kg zu Kursbeginn auf 101,6 kg zwölf Monate nach Kursbeginn (siehe Grafik 23).

Erfreulich ist auch die Entwicklung des Gewichts bei den Frauen und Männern mit einem BMI über 40. Die Frauen hatten bei der ersten Erhebung durchschnittlich 116,1 kg und reduzierten dieses, zwölf Monate nach Kursbeginn, auf durchschnittlich 105,3 kg. Sie verloren insgesamt 10,8 kg. Die Männer mit einem BMI über 40 verloren innerhalb dieser zwölf Monate insgesamt 13,1 kg und reduzierten ihr Gewicht von 133,2 kg bei der ersten Messung auf 120,1 kg bei der letzten Messung.

Grafik 23 : Veränderung des durchschnittlichen Gewichts jener TeilnehmerInnen, von denen Daten zu allen Messzeitpunkten vorliegen, n= 128-134



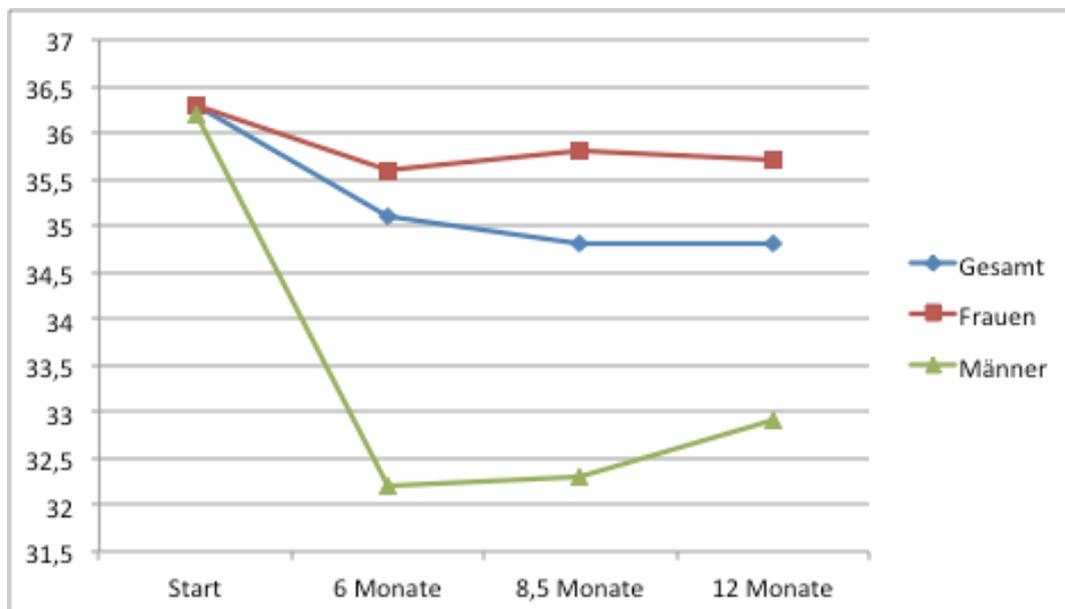
Veränderung des Body Mass Index

Mit dem Gewicht hat sich auch der BMI der Frauen und Männer zum Positiven verändert. Bei den Frauen sank der BMI während der zwölf Monate nach Kursbeginn durchschnittlich von $36,3 \text{ kg/m}^2$ auf $35,7 \text{ kg/m}^2$ und bei den Männern durchschnittlich von $36,2 \text{ kg/m}^2$ auf $32,9 \text{ kg/m}^2$ (siehe Grafik 24).

Besonders erfreulich ist auch, dass bei den KursteilnehmerInnen, die zu Kursbeginn einen BMI über 40 hatten, dieser von durchschnittlich $41,7 \text{ kg/m}^2$ bei der ersten Messung auf durchschnittlich $37,3 \text{ kg/m}^2$ bei der letzten Messung sank.

Die durchschnittliche Veränderung des BMI der TeilnehmerInnen von $36,4 \text{ kg/m}^2$ bei der ersten Messung auf $35,2 \text{ kg/m}^2$ bei der vierten Messung ist signifikant ($p < 0,05$).

Grafik 24: Veränderung des durchschnittlichen BMI jener TeilnehmerInnen von denen Daten zu allen Messzeitpunkten vorliegen, $n = 123-130$



Veränderung des Bauchumfangs

Auch der Bauchumfang jener TeilnehmerInnen, von denen Daten dazu vorliegen, hat sich positiv entwickelt. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kann zwölf Monate nach Kursbeginn eine deutliche Reduktion des Bauchumfangs festgestellt werden. Die Frauen konnten ihren Bauchumfang von $112,6 \text{ cm}$ auf $109,4 \text{ cm}$ reduzieren und die Männer von $124,5 \text{ cm}$ auf $111,9 \text{ cm}$. Somit verloren die Frauen durchschnittlich $3,2 \text{ kg}$ und die Männer im Durchschnitt $12,6 \text{ kg}$.

Auch der Bauchumfang jener TeilnehmerInnen, die zu Kursbeginn einen BMI über 40 hatten, reduzierte sich erheblich, von durchschnittlich $135,20 \text{ cm}$ zu Kursbeginn auf $123,63 \text{ cm}$ bei der letzten Messung.

Die durchschnittliche Veränderung des Bauchumfangs der TeilnehmerInnen von $116,3 \text{ cm}$ bei der ersten Messung auf $110,9 \text{ cm}$ bei der vierten Messung ist signifikant ($p < 0,05$).

Veränderung des Stoffwechsels

Zusammenfassend ist bei fast allen Werten, die für den Stoffwechsel der TeilnehmerInnen verantwortlich sind, eine Verbesserung erkennbar.

Die Berechnung der HDL-Cholesterinwerte („gutes Cholesterin“) zeigen, dass zu Kursbeginn 12,1% der Männer und 33,3% der Frauen unter dem Referenzbereich⁴ lagen und somit einen zu geringen HDL-Cholesterinwert im Blut hatten. Beim letzten Messzeitpunkt hatten nur mehr 7,7% der Männer und 29,6% der Frauen einen zu geringen HDL-Cholesterinwert (siehe Tabelle 5).

Auch bei den Frauen mit einem BMI über 40 ist eine positive Entwicklung des HDL-Cholesterinwertes erkennbar. Zu Kursbeginn hatten noch 40% der Frauen unter dem Referenzwert, bei der letzten Messung waren es nur mehr 13,3% der Frauen mit einem BMI über 40. Bei den Männern hingegen ist eine umgekehrte Tendenz sichtbar, zu Kursbeginn lagen 12,5% der Männer mit einem BMI über 40 unter dem Referenzbereich und zwölf Monate nach Kursbeginn waren es 14,3%.

Der LDL-Cholesterinwert sollte dagegen bei Männern und Frauen unter dem Grenzwert von 160 mg/dl⁵ liegen. Dieser wurde zu Kursbeginn von 10,3% der Männer und 18,5% der Frauen überschritten. Obwohl sich alle anderen Werte, die für den Stoffwechsel verantwortlich sind, verbessert haben, ist beim LDL-Cholesterinwert der Männer ein umgekehrter Trend erkennbar, da zwölf Monate nach Kursbeginn dieser von insgesamt 16,7% der Männer überschritten wurde. Bei den Frauen hingegen ist wieder eine Verbesserung erkennbar, da diese Grenze nur mehr von 17,1% der Frauen überschritten wird (siehe Tabelle 5).

Ähnlich ist die Tendenz wenn man die Veränderung der LDL-Cholesterinwerte jener TeilnehmerInnen betrachtet, die einen BMI über 40 haben. Zu Kursbeginn überschritten 4,2% der Frauen und 14,3% der Männer den Grenzwert. Zwölf Monate nach Kursbeginn betraf dies insgesamt 7,7% der Frauen und jene 14,3% der Männer.

Erfreulich ist weiters die Entwicklung der Triglyceride-Werte. Zu Kursbeginn hatten noch 36,4% der befragten Männer eine gesundheitsgefährdende Erhöhung der Triglyceride, nach zwölf Monaten sank dieser Wert auf 34,6%. Bei den Frauen waren es zu Kursbeginn noch 37,1%, die diese Grenze überschritten und zwölf Monate nach Kursbeginn nur mehr 33,3% (siehe Tabelle 5).

Auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 ist die Entwicklung der Triglyceride-Werte erfreulich. Hatten zu Kursbeginn noch 41,4% der Frauen und die Hälfte der befragten Männer eine gesundheitsgefährdende Erhöhung der Triglyceride, so konnten beide Gruppen diesen Wert senken. Zwölf Monate nach Kursbeginn sind es nur mehr 18,8% der Frauen und 28,6% der Männer, auf die eine Erhöhung der Triglyceride zutrifft.

⁴ Referenzwerte siehe:

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/labor/referenzwerte/referenzwertefrauenab18_HK.html (Eingesehen am 29.11.2012)

⁵ Referenzwerte siehe:

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/labor/referenzwerte/referenzwertefrauenab18_HK.html

Tabelle 5: Fettstoffwechsel jener TeilnehmerInnen von denen Daten zu allen Messzeitpunkten vorliegen, Angaben in %, n= 94-120

Fettstoffwechsel	Männer		Frauen	
	Kursbeginn	nach 12 Monaten	Kursbeginn	nach 12 Monaten
HDL-Cholesterin				
Frauen > 45 mg/dl, Männer > 35 mg/dl	87,9	92,3	66,7	70,4
Darunter	12,1	7,7	33,3	29,6
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
LDL-Cholesterin				
< 160 mg/dl	89,7	83,3	81,5	82,9
Darüber	10,3	16,7	18,5	17,1
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
Triglyceride				
50-150mg	63,6	65,4	62,9	66,7
Darüber	36,4	34,6	37,1	33,3
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Veränderung des Blutzuckerspiegels

Die Messung des Blutzuckerspiegels (Glukose) ergab, dass zu Kursbeginn bei 32,3% der Männer und bei 19,1% der Frauen eine zumindest grenzwertige Erhöhung vorlag. Hierzu ist eine positive Entwicklung sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen erkennbar. Zwölf Monate nach Kursbeginn haben nur mehr 12,5% der Männer und 17,9% der Frauen einen erhöhten Blutzuckerspiegel (siehe Tabelle 6).

Auch bei den Männern mit einem BMI über 40 entwickelten sich die Blutzuckerwerte positiv. Zu Kursbeginn hatten noch 37,5% der Männer eine grenzwertige Erhöhung des Blutzuckerspiegels, nach zwölf Monaten betrifft dies nur mehr 14,3%. Bei den Frauen mit einem BMI über 40 ist hingegen eine umgekehrte Tendenz wahrnehmbar.

Tabelle 6: Blutzuckerspiegel der TeilnehmerInnen nach Geschlecht, Angaben in %, n= 28-69

Blutzuckerspiegel	Männer		Frauen	
	Kursbeginn	nach 12 Monaten	Kursbeginn	nach 12 Monaten
bis 110 mg	67,7	87,5	80,9	82,1
Darüber	32,3	12,5	19,1	17,9
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Sowohl bei den Stoffwechselwerten, als auch bei den Blutzuckerwerten ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen der ersten und jenen der vierten Messung erkennbar.

2.3 Wirkung des Kursangebotes

Die Wirkung des Kurses auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wurde mittels des AD-EVA Fragebogens erfragt. Die insgesamt 145 Erwachsenen konnten ihre Antworten einer fünfstufigen Likertskala, mit Ausprägungen von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt total“, zuordnen. In den folgenden Darstellungen findet ebenfalls eine Aufteilung der Ergebnisse nach Geschlecht und Herkunft der TeilnehmerInnen statt. Bei den Beschreibungen der Veränderungen des Ess- und Bewegungsverhalten wird auch jeweils die spezifische Veränderung jener TeilnehmerInnen dargestellt, welche zum Zeitpunkt des Kursbeginns einen BMI über 40 hatten.

2.3.1 Veränderung des salutogenen Essverhaltens

Mittlere kognitive Kontrolle

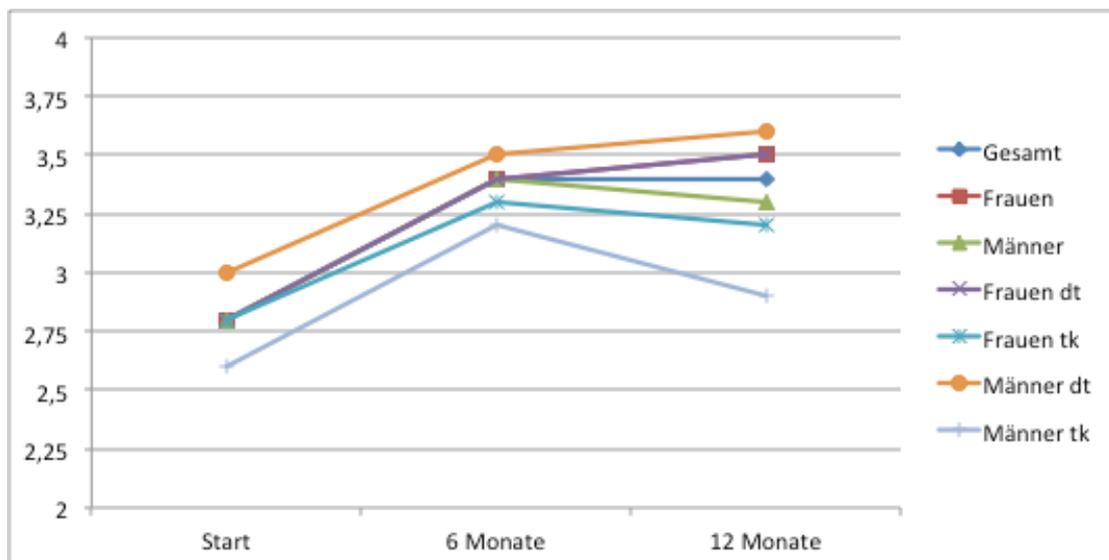
Die mittlere kognitive Kontrolle ist bei allen 145 TeilnehmerInnen über den Interventionszeitraum der ersten sechs Monate stark angestiegen. Bei den deutschsprachigen KursteilnehmerInnen stieg sie auch in den darauffolgenden sechs Monaten weiter an, bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen verringerte sich die mittlere kognitive Kontrolle vom Stand sechs Monate nach Kursstart bis zum Ende der Nachbetreuungsphase wieder, ist aber im Vergleich zum Kursstart noch immer stärker ausgeprägt.

Im Allgemeinen ist die mittlere kognitive Kontrolle im Verlauf der zwölf Monate bei den Frauen stärker angestiegen als bei den Männern. Mit einem Durchschnittswert von 3 bzw. 3,6 war die mittlere kognitive Kontrolle bei den deutschsprachigen Männern zu Kursbeginn und bei der Erhebung nach zwölf Monaten am stärksten ausgeprägt. Die stärkste Zunahme an mittlerer kognitiver Kontrolle ist bei der Gruppe der deutschsprachigen Frauen festzustellen. Hier betrug der Mittelwert zu Kursbeginn 2,8 und zwölf Monate nach Kursbeginn 3,5 (siehe Grafik 25).

Die TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 hatten zu Kursbeginn einen Durchschnittswert von 2,8, welchen sie innerhalb der zwölf Monate auf 3,6 steigerten. Somit ist ihre kognitive Kontrolle, zusammen mit jener der deutschsprachigen Männer, am stärksten ausgeprägt.

Bei 145 befragten Personen ist der Anstieg des Indexwerts für die kognitive Kontrolle signifikant ($p < 0,05$).

Grafik 25: Durchschnittliche kognitive Kontrolle, n= 145



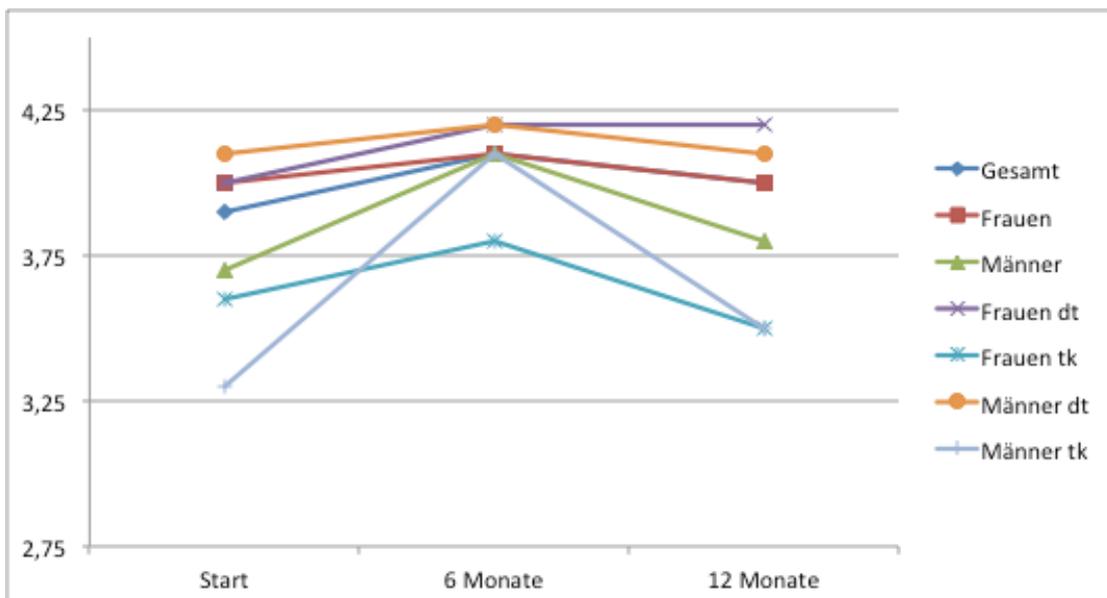
Genussvoller Umgang mit Essen

Im Allgemeinen hat der positive und genussvolle Umgang mit Essen bei allen TeilnehmerInnen in den ersten sechs Monaten der Kurslaufzeit zugenommen. In den darauffolgenden sechs Monaten blieb dieser genussvolle Umgang mit Essen bei den deutschsprachigen Frauen gleich, bei den deutschsprachigen Männern sank der durchschnittliche Wert wieder auf den Wert zum Zeitpunkt des Kursbeginns. Bei den türkischsprachigen Frauen liegt der durchschnittliche Wert zwölf Monate nach Kursbeginn etwas unter dem Ausgangswert und bei den türkischsprachigen Männern liegt dieser bei der letzten Erhebung etwas über dem Ausgangswert. Mit einem durchschnittlichen Wert von 4,1 war das Genussempfinden der deutschsprachigen Männer zum Zeitpunkt des Kursbeginns am stärksten ausgeprägt. Nach zwölf Monaten ist jenes der deutschsprachigen Frauen, mit einem Durchschnittswert von 4,2 am stärksten ausgeprägt (siehe Grafik 26).

Die Personen mit einem BMI über 40 hatten zu Kursbeginn einen Durchschnittswert von 3,8 und nach zwölf Monaten einen durchschnittlichen Wert von 3,9. Auch bei dieser Gruppe ist eine positive Entwicklung, hinsichtlich des positiven und genussvollen Umgangs mit Essen erkennbar.

Der Anstieg des Index für einen genussvollen Umgangs mit Essen zwischen der ersten und der vierten Messung ist statistisch nicht signifikant.

Grafik 26: Durchschnittlicher, genussvoller Umgang mit Essen, n= 145



Salutogener Umgang mit Sport

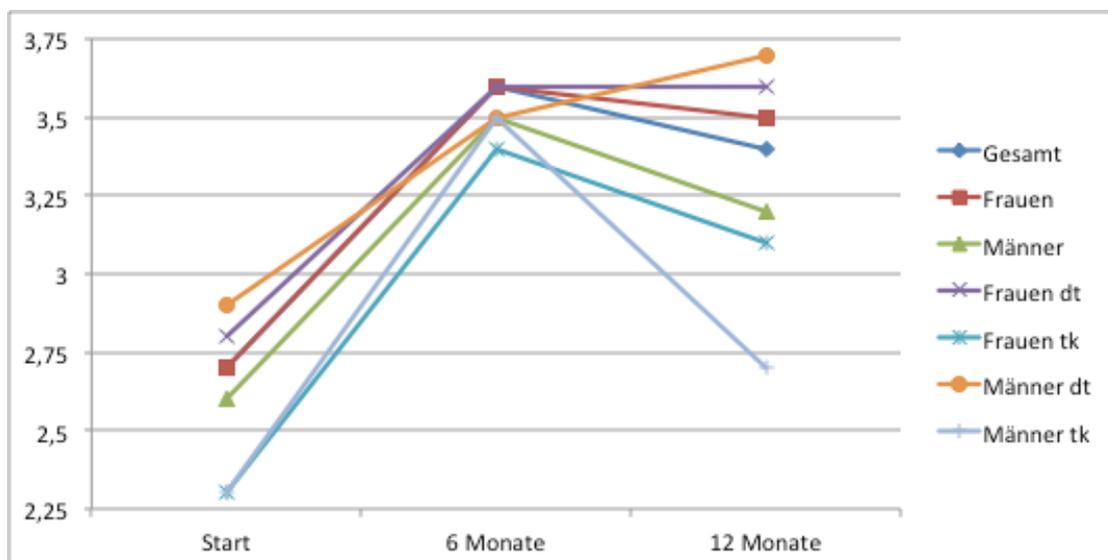
Ein gesunder und ungezwungener Umgang mit Sport ist eine weitere Komponente des salutogenen Essverhaltens. Diesbezüglich wurden die insgesamt 145 TeilnehmerInnen, von denen Daten zu allen Erhebungszeitpunkten vorliegen, zu ihren sportlichen Betätigungen im Alltag befragt.

Hinsichtlich dieser Fragestellung sind die Mittelwerte aller KursteilnehmerInnen während der ersten sechs Monate der Kurslaufzeit stark gestiegen, bei den Frauen im Allgemeinen stärker, als dies bei den Männern der Fall war. In den weiteren sechs Beobachtungsmonaten sind die Mittelwerte bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen wieder gesunken. Bei den deutschsprachigen Frauen ist der durchschnittliche Wert nach sechs weiteren Monaten konstant geblieben und bei den deutschsprachigen Männern ist dieser sogar noch weiter angestiegen. Zum Zeitpunkt des Kursbeginns und zwölf Monate danach war der ungezwungene Umgang mit Sport bei den deutschsprachigen Männern am stärksten ausgeprägt, bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen hat sich der salutogene Umgang mit Sport im Laufe der zwölf Monate nach Kursbeginn am stärksten entwickelt. Zusammenfassend hatten alle KursteilnehmerInnen nach zwölf Monaten einen durchschnittlich höheren Mittelwert hinsichtlich des salutogenen Umgangs mit Sport, als dies zu Kursbeginn der Fall war (siehe Grafik 27).

Auch die TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 konnten den durchschnittlichen Wert hinsichtlich eines ungezwungenen und gesunden Umgangs mit Sport von 2,7, zu Kursbeginn, auf 3,6, zwölf Monate danach, steigern.

Die durchschnittliche Zunahme des salutogenen Umgangs mit Sport deutet auf einen signifikanten Unterschied hin ($p < 0,05$).

Grafik 27: Durchschnittlicher, salutogener Umgang mit Sport, n= 145



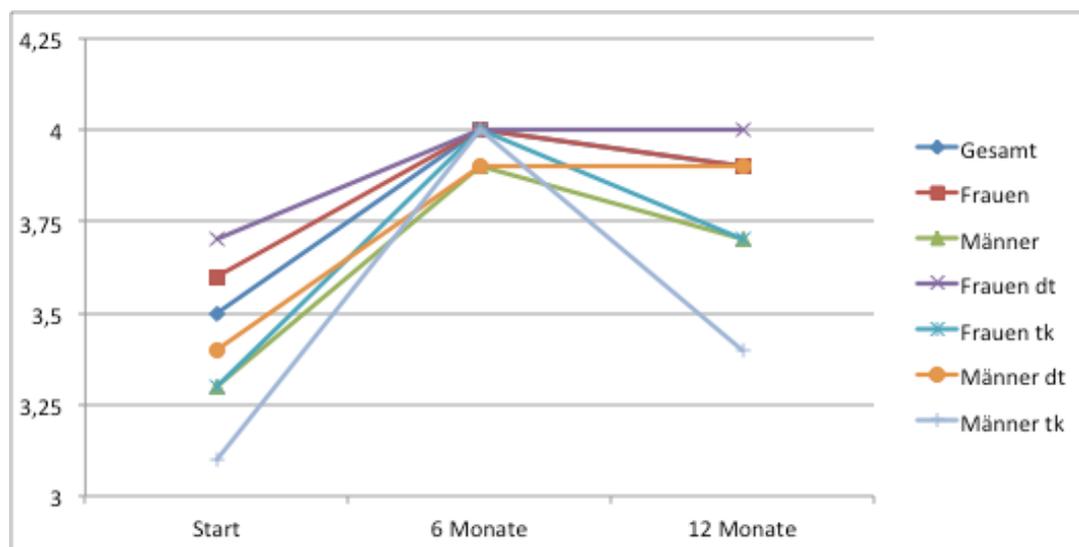
Empfehlungen umsetzen

Bei allen KursteilnehmerInnen kann im Laufe der ersten sechs Kursmonate eine gesteigerte Umsetzung der Empfehlungen für ein salutogenes Essverhalten festgestellt werden. Bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen blieb diese Umsetzung von Empfehlungen bis zum letzten Messzeitpunkt konstant, wobei die Gruppe der deutschsprachigen Frauen diese Empfehlungen sowohl zum Kursbeginn, als auch nach zwölf Monaten, am meisten umsetzte. Bei den türkischsprachigen TeilnehmerInnen sank der durchschnittliche Wert nach den ersten sechs Kursmonaten zwar wieder, war jedoch noch immer höher, als zum Zeitpunkt des Kursbeginns. Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle Kursgruppen 12 Monate nach Kursbeginn Empfehlungen für ein salutogenes Essverhalten besser umsetzten, als dies zum Zeitpunkt des Kursbeginns der Fall war (siehe Grafik 28).

Die TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 wiesen bei der Frage hinsichtlich einer Umsetzung von Empfehlungen für ein salutogenes Essverhalten einen durchschnittlichen Wert von 3,5 auf, welchen sie innerhalb von zwölf Monaten auf 3,9 steigern konnten. Dies entspricht jenem durchschnittlichen Wert, den auch die deutschsprachigen Männer nach zwölf Monaten aufwiesen.

Der Signifikanztest auf einem 95%-Niveau ergab, dass der Unterschied in der Zunahme der Empfehlungen, die bei der ersten und der dritten Messung umgesetzt werden, signifikant ist ($p < 0,05$).

Grafik 28: Durchschnittliche Umsetzung der Empfehlungen, n= 145



2.3.2 Veränderung des pathogenen Essverhaltens

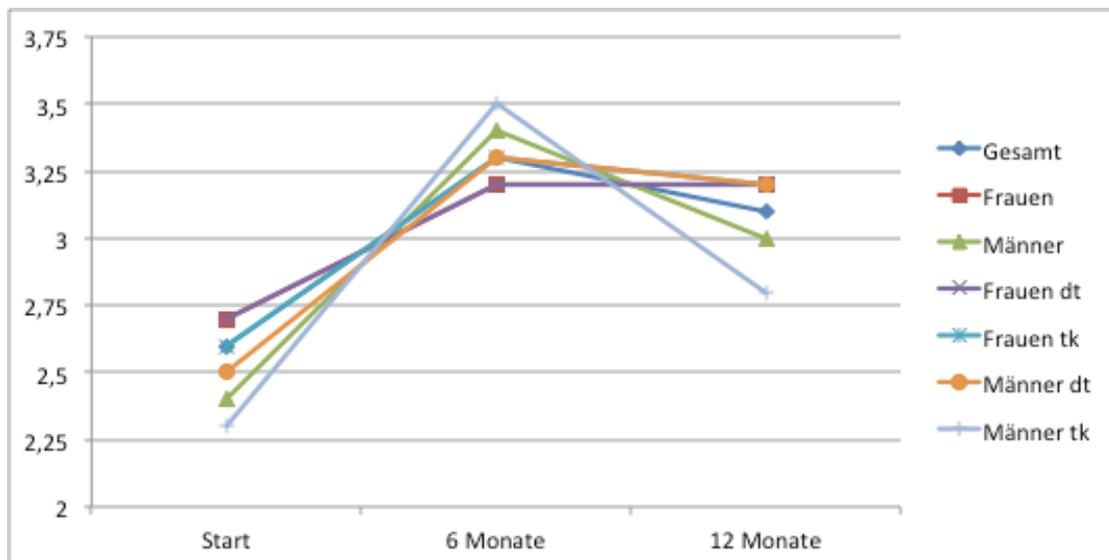
Kognitive Kontrolle

In der Grafik 29 ist dargestellt, dass die kognitive Kontrolle bei allen 145 TeilnehmerInnen während der ersten sechs Kursmonate stark angestiegen ist. Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass sich die TeilnehmerInnen während der Kurslaufzeit verstärkt mit dem eigenen Essverhalten beschäftigten. In den weiteren sechs Monaten gelang es den türkischsprachigen TeilnehmerInnen und den deutschsprachigen Männern offensichtlich gut, nach anfänglicher, gesteigerter kognitiver Kontrolle, ihre gedankliche Beschäftigung mit Essen oder Nicht-Essen wieder auf ein flexibles mittleres Maß, zwischen erster und zweiter Messung, zu bringen. Bei den deutschsprachigen Frauen veränderte sich die kognitive Kontrolle nach den ersten sechs Kursmonaten nur mehr sehr wenig und blieb auf einem hohen Niveau. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass alle KursteilnehmerInnen ihre kognitive Kontrolle während der zwölf Monate nach Kursbeginn steigerten, die teilnehmenden Männer im Allgemeinen mehr als die Frauen (siehe Grafik 29).

Die Gruppe der Personen mit einem BMI über 40 wies zwölf Monate nach Kursbeginn, verglichen mit den in Grafik 29 dargestellten Gruppen, die höchste kognitive Kontrolle auf. Auch bei dieser Gruppe stieg die kognitive Kontrolle in den ersten sechs Kursmonaten stark an und pendelte sich in den darauffolgenden sechs Monaten auf einem durchschnittlichen Wert zwischen erster und zweiter Messung ein.

Der durchschnittliche Anstieg der kognitiven Kontrolle deutet auf einen signifikanten Unterschied hin ($p < 0,05$).

Grafik 29: Durchschnittliche kognitive Kontrolle, n= 145



Störbarkeit

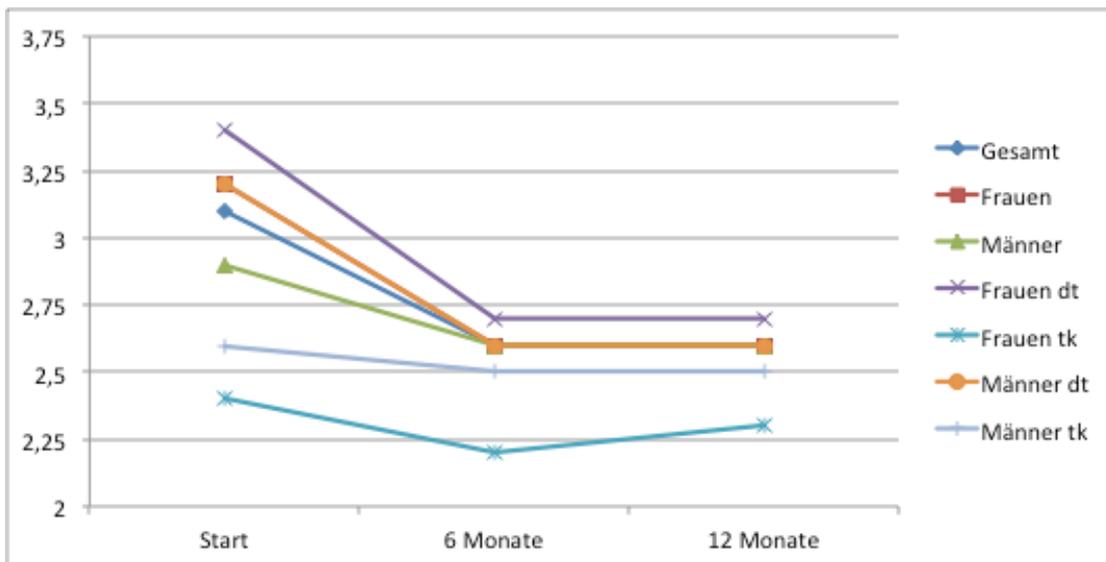
Den TeilnehmerInnen wurden bei allen drei Erhebungszeitpunkten Fragen zu ihrer Störbarkeit durch Gerüche oder durch den Anblick von Essen gestellt.

Bei allen 145 KursteilnehmerInnen ist die durchschnittliche Störbarkeit durch Gerüche und den Anblick von Essen während der ersten sechs Kursmonate gesunken. In den sechs darauffolgenden Monaten stieg die Störbarkeit bei den türkischsprachigen Frauen wieder etwas an, bei allen anderen TeilnehmerInnen blieb der durchschnittliche Wert jedoch konstant. Im Allgemeinen wiesen die Männer zu Kursbeginn eine geringere Störbarkeit auf, als die Frauen, diese weist hingegen zwölf Monate nach Kursbeginn den gleichen durchschnittlichen Wert auf. Am häufigsten sind deutschsprachige Frauen von dieser Störbarkeit betroffen. Zu allen Erhebungszeitpunkten waren es die türkischsprachigen Frauen, auf welche diese externen Stimulationen den geringsten Einfluss hatten. Im Laufe der zwölf Monate, konnten alle 145 TeilnehmerInnen ihre Störbarkeit durch externe Einflüsse, reduzieren (siehe Grafik 30).

Auch die TeilnehmerInnen, die einen BMI über 40 hatten, konnten die durchschnittliche Störbarkeit durch Gerüche und den Anblick von Essen im Laufe der zwölf Monate von 3,1 auf 2,3 reduzieren.

Der durchschnittliche Rückgang der Störbarkeit während der zwölf Monate ist bei einem Signifikanztest auf einem 95%-Niveau signifikant ($p < 0,05$).

Grafik 30: Durchschnittliche Störbarkeit, n= 145



Emotionsessen

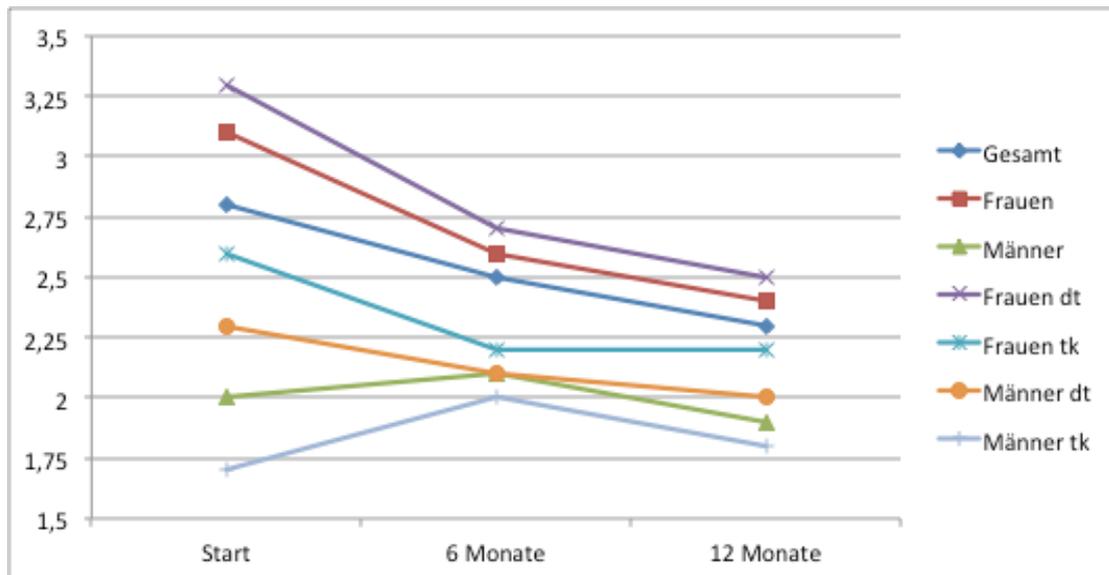
Das übermäßige Essen in emotionalen Situationen wie zum Beispiel bei Stress oder Langeweile, ist bei fast allen 145 TeilnehmerInnen seit dem Kursbeginn deutlich weniger geworden. Lediglich bei den türkischsprachigen Männern, die, verglichen mit den anderen Gruppen den niedrigsten Ausgangswert hatten, ist das Essen in emotionalen Situationen nach den ersten sechs Monaten etwas mehr geworden. Nach insgesamt zwölf Monaten ist das Emotionsessen jedoch auch bei den türkischsprachigen Männern beinahe wieder auf den geringen Ausgangswert zurückgegangen. Diese Gruppe war zum Zeitpunkt des Kursbeginns und auch zwölf Monate danach am wenigsten von übermäßigem Essen in

emotionalen Situationen betroffen. Bei den deutschsprachigen Frauen ist der Rückgang des Emotionsessens zwölf Monate nach Kursbeginn zwar am deutlichsten erkennbar jedoch kommt in dieser Gruppe zu allen Messzeitpunkten übermäßiges Essen in emotionalen Situationen am häufigsten vor (siehe Grafik 31).

Auch jene TeilnehmerInnen, die zu Kursbeginn einen BMI über 40 hatten, konnten das übermäßige Essen in emotionalen Situationen reduzieren. So ging der durchschnittliche Wert von 2,8 zu Kursbeginn im Laufe der zwölf Monate auf 2,1 zurück.

Bei 145 Personen hat der Indexwert für das durchschnittliche Emotionsessen signifikant abgenommen ($p < 0,05$).

Grafik 31: Durchschnittliches Emotionsessen, n= 145



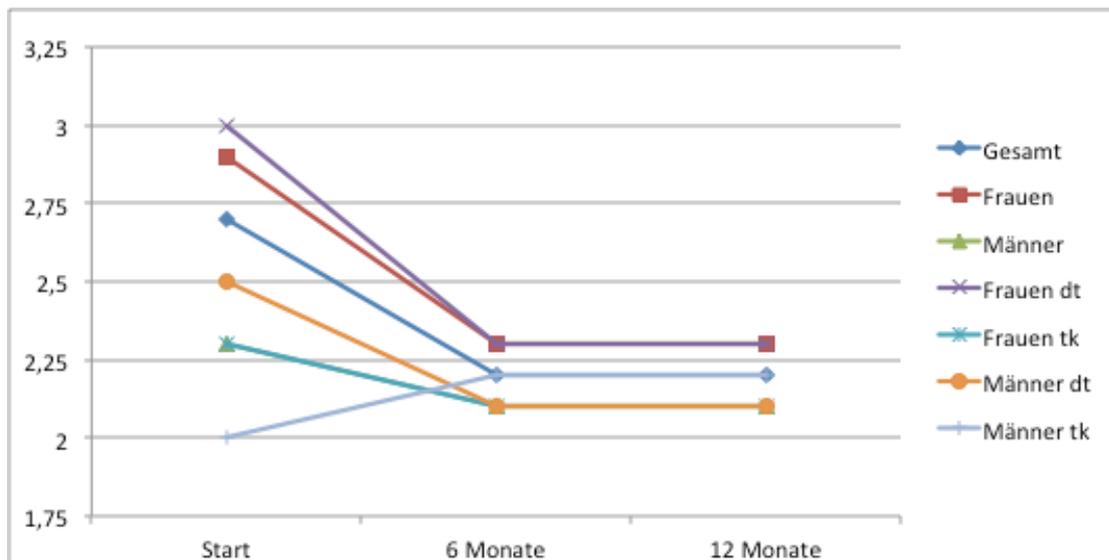
2.3.3 Veränderungen im Umgang mit Nahrungsmitteln

Der gesunde Umgang mit Nahrungsmitteln hat sich im Laufe der Erhebungen bei fast allen TeilnehmerInnen positiv entwickelt. Der Großteil der 145 Befragten gab bereits nach sechs Monaten Kurslaufzeit an, seltener einen inneren Drang nach übermäßigem Essen und Naschen zu verspüren. Die Abhängigkeit des persönlichen Wohlbefindens vom Essen und Naschen ist demnach gesunken. Am deutlichsten zeigt sich diese Entwicklung bei den deutschsprachigen Frauen. Bei den türkischsprachigen Männern ist in den ersten sechs Monaten eine leicht umgekehrte Entwicklung zu erkennen, weil bei ihnen das Verlangen nach übermäßigem Essen und Naschen etwas zugenommen hat. Nachdem dieser jedoch im Vergleich zu den anderen Gruppen, relativ geringe Ausgangswert angestiegen war, blieb er in den darauffolgenden sechs Monaten konstant. Zusammenfassend kann bei den deutschsprachigen TeilnehmerInnen und den türkischsprachigen Frauen, im Vergleich zum Ausgangszustand, zwölf Monate nach Kursbeginn eine weitaus geringere Abhängigkeit von übermäßigem Essen und Naschen festgestellt werden, als dies zu Kursbeginn der Fall war (siehe Grafik 32).

Auch bei den teilnehmenden Männern und Frauen mit einem BMI über 40 ist eine positive Entwicklung hinsichtlich des Umgangs mit Nahrungsmittel erkennbar. Der durchschnittliche, innere Drang nach übermäßigem Essen und Naschen reduzierte sich von 2,6 innerhalb von zwölf Monaten auf 2,2.

Die durchschnittliche Abnahme des inneren Drangs nach übermäßigem Essen und Naschen ist auf einem Sicherheitsniveau von 95% signifikant ($p < 0,05$).

Grafik 32: Durchschnittlicher Umgang mit Nahrungsmitteln, n= 145



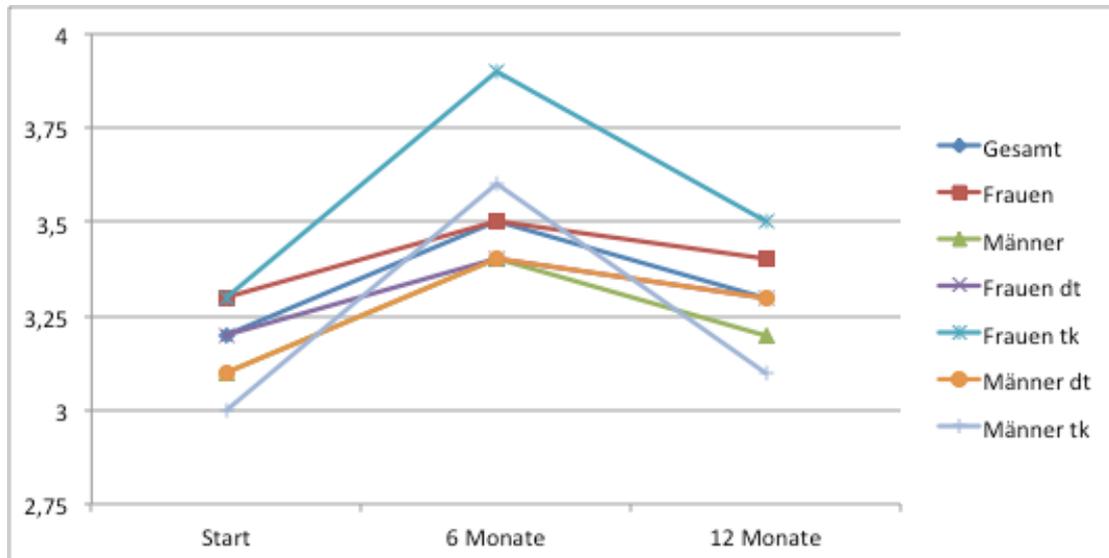
2.3.4 Veränderungen vorklinischer Essstörungen

Die übertriebene Sorge bezüglich Gewichtszunahme und die starke gedankliche und tatsächliche Beschäftigung mit Essen und Diätversuchen ist bei allen TeilnehmerInnen, vor allem aber bei den türkischsprachigen Befragten, in den ersten sechs Kursmonaten stark angestiegen. Diese Entwicklung kann, ähnlich wie bei der kognitiven Kontrolle (siehe Grafik 31), auf die im Kurs vermittelten Informationen und Anregungen bezüglich eines gesünderen Essverhaltens zurückgeführt werden. Durch die intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema ist es bei allen 145 TeilnehmerInnen zu einer vermehrten Beschäftigung mit einem gesunden Lebensstil gekommen. Nach weiteren sechs Monaten normalisierte sich diese übertriebene Sorge hinsichtlich Gewichtszunahme und die hohe Bedeutung der Figur bei allen TeilnehmerInnen wieder und pendelte sich auf einem Niveau zwischen erster und zweiter Erhebung ein. Die gedankliche Fixierung hinsichtlich Essen und Abnehmen war bei den türkischsprachigen Frauen zu allen drei Erhebungszeitpunkte am stärksten ausgeprägt (siehe Grafik 33).

Die Tendenz die stark ansteigende, übertriebene Sorge bezüglich einer Gewichtszunahme und die starke gedankliche und tatsächliche Beschäftigung mit Essen und Diäten in den ersten sechs Kursmonaten ist auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 erkennbar. Dieser stark gestiegene durchschnittliche Wert reduzierte sich jedoch in den darauffolgenden sechs Monaten wieder und pendelte sich auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 auf einen Wert zwischen erster und zweiter Erhebung ein.

Die positive Entwicklung hinsichtlich vorklinischer Essstörungen weist bei einem 95%-Niveau auf einen signifikanten Unterschied hin ($p < 0,05$).

Grafik 33: Durchschnittswerte vorklinischer Essstörungen, $n = 144$



2.3.5 Veränderungen von Binge Eating und Big Eating

Die Antwortmöglichkeiten zu den Fragen hinsichtlich Binge Eating und Big Eating ergeben Mittelwerte zwischen 1 und 2, wobei 1 bedeutet, dass alle TeilnehmerInnen Binge/Big Eating Verhaltensweisen aufweisen und 2, dass kein/e TeilnehmerIn solche Verhaltensweisen hat. Demzufolge drückt ein steigender Mittelwert eine sinkende Zugehörigkeit zu diesen Scores aus.

Beim Binge Eating verlieren Betroffene die Kontrolle über ihr Handeln, haben wiederkehrende Essanfälle und empfinden anschließend Scham deshalb bzw. versuchen den Anfall zu verheimlichen. Der durchschnittliche Wert bei der Binge Eating Disorder stieg bei den befragten Frauen von 1,5 bei der ersten auf 1,6 bei der dritten Erhebung. Auch bei den befragten Männern ist eine positive Entwicklung hinsichtlich Binge Eating erkennbar, da der durchschnittliche Wert von 1,6 zu Kursbeginn auf 1,7 nach zwölf Monaten angestiegen ist. Erfreulich ist, dass zwölf Monate nach Kursbeginn weniger der 145 befragten Frauen und Männer von Binge Eating Verhaltensweisen betroffen sind, als dies zum Kursbeginn der Fall war.

Erfreulich ist, dass auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 der durchschnittliche Wert von 1,6 zu Kursbeginn auf 1,8, zwölf Monate nach Kursbeginn, stieg.

Ebenfalls positiv ist die Entwicklung der Häufigkeit der Big Eating Verhaltensweisen bei den befragten TeilnehmerInnen. Der durchschnittliche Mittelwert von 1,4 bei den Frauen zu Kursbeginn stieg während der zwölf Monate auf 1,6. Eine ähnliche Tendenz ist bei den befragten Männern erkennbar, bei welchen der Wert von 1,5 auf 1,7 stieg. Die Betroffenheit bei den Frauen und Männern zwischen der ersten und der dritten Erhebung sank bei beiden Gruppen gleich stark ab.

Auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 ist eine positive Entwicklung erkennbar, da sich der durchschnittliche Wert von 1,5 auf 1,8 erhöht.

In Zusammenhang mit diesem Themenbereich wurden die 145 TeilnehmerInnen auch danach gefragt, wie oft sie nachts aufstehen, um zu essen und wie sie ihren Alkoholkonsum einschätzen. Auch hierzu sind positive Entwicklungen zwischen der ersten und der dritten Erhebung erkennbar. Waren es bei der ersten Befragung insgesamt 81,8% der TeilnehmerInnen, die nachts nie aufstanden, um zu essen, stieg dieser Wert bei der zweiten Erhebung auf 87,2% und bei der dritten Erhebung waren es insgesamt 84,2% der TeilnehmerInnen, die nachts nie aufstehen um zu essen. Erfreulich ist weiters, dass zu Kursbeginn noch 11,2% der Befragten angaben, dass sie einmal im Monat nachts aufstehen um zu essen und sich dieser Wert innerhalb von zwölf Monaten auf 7,5% reduzierte.

Die durchschnittliche Abnahme des Big Eating und des Binge Eating Verhaltens bei den TeilnehmerInnen deutet auf einen signifikanten Unterschied hin ($p < 0,05$).

Zum Thema Alkoholkonsum gab bei der ersten Erhebung mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen an, nie Alkohol zu trinken. Dieser Wert stieg bei der zweiten Erhebung auf 54,7% und bei der dritten Erhebung sogar auf 60,2% an. Zu Kursbeginn gaben insgesamt 17,3% der Befragten an, dass sie 1-2mal pro Woche Alkohol trinken. Auch hinsichtlich dieses Themas ist eine positive Entwicklung erkennbar, da zwölf Monate nach Kursbeginn nur mehr 14,3% der TeilnehmerInnen angeben, dass sie 1-2mal pro Woche Alkohol trinken.

2.3.6 Veränderung der Lebensqualität

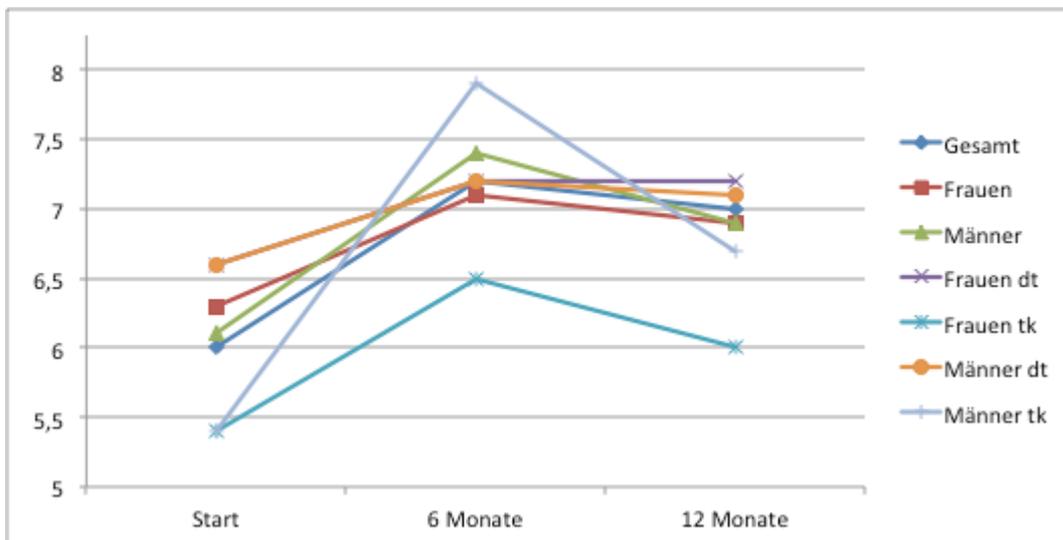
Wie bereits beschrieben schlägt sich eine Gewichtszu- oder -abnahme auch in der Beurteilung der eigenen Lebensqualität nieder.

Besonders erfreulich ist, dass alle 142 TeilnehmerInnen, die zur Lebensqualität zugehörigen Fragen zu allen drei Erhebungszeitpunkten beantworteten, während der ersten sechs Kursmonate eine wesentliche Steigerung ihrer Lebensqualität erlebten. Diese Steigerung blieb in den darauffolgenden sechs Monaten bei den deutschsprachigen Frauen konstant, bei den anderen Gruppen sank die Lebensqualität hingegen wieder etwas ab. Positiv ist jedoch, dass die Lebensqualität bei allen TeilnehmerInnen zwölf Monate nach Kursbeginn deutlich höher ist, als zum Zeitpunkt des Kursbeginns. Zu Kursbeginn schätzten die deutschsprachigen Männer ihre Lebensqualität am höchsten ein, nach zwölf Monaten waren dies hingegen die deutschsprachigen Frauen. Interessant ist, dass die türkischsprachigen Befragten ihre Lebensqualität zu Kursbeginn und zwölf Monate danach, im Vergleich zu den anderen Gruppen, am niedrigsten einschätzten, beim zweiten Erhebungszeitpunkt jedoch die türkischsprachigen Männer ihre Lebensqualität viel höher einschätzten, als alle anderen TeilnehmerInnen (siehe Grafik 34).

Erfreulich ist weiters, dass auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 die durchschnittliche Lebensqualität von 6,3 auf 7,2 anstieg, was, verglichen mit den anderen Kursgruppen, dem durchschnittlich höchstem Wert, zwölf Monate nach Kursbeginn, entspricht.

Der durchschnittliche Anstieg der Lebensqualität der TeilnehmerInnen von 6,2 auf 6,9 weist einen signifikanten Unterschied auf ($p < 0,05$).

Grafik 34: Durchschnittliche Lebensqualität, n= 142



Sozialkontakte

Die Entwicklung des sozialen Netzwerkes der 145 KursteilnehmerInnen stellt eine zentrale Zielsetzung des Projekts dar und wird anhand der Einschätzung mit den eigenen Sozialkontakten dargestellt. Erfreulich ist, dass sowohl die Frauen als auch die Männer eine positive Entwicklung hinsichtlich ihrer Sozialkontakte wahrnehmen. Die Frauen hatten zu Kursbeginn einen durchschnittlichen Wert von 7,1 welcher zwölf Monate nach Kursbeginn auf 7,4 stieg. Auch bei den befragten Männern ist eine erfreuliche Tendenz erkennbar, da bei ihnen der durchschnittliche Wert von 6,5 auf 7,2 anstieg.

2.3.7 Veränderung der Bewegungsmotivation und des Bewegungsverhaltens

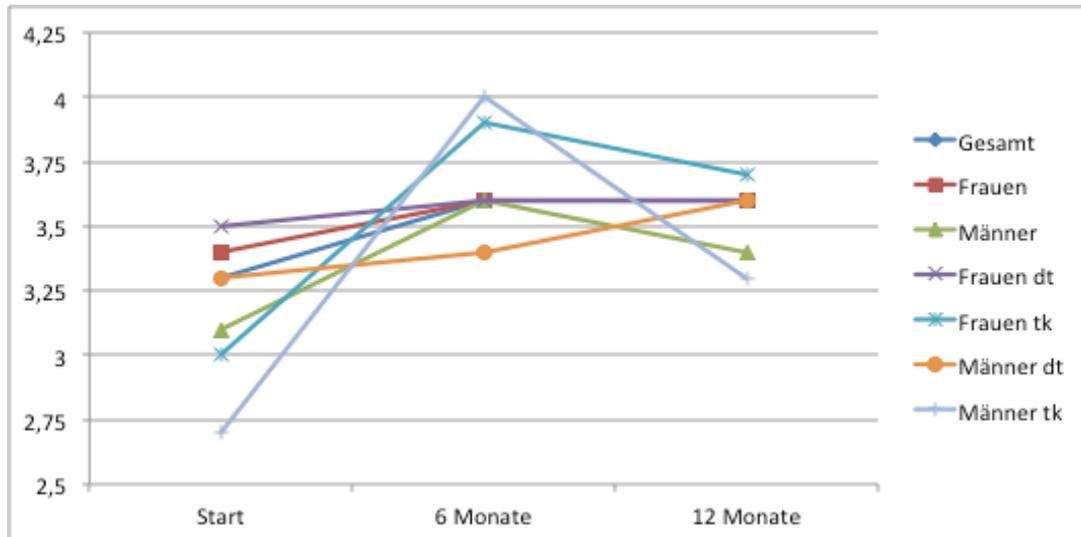
Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung

Auch hinsichtlich der Bewegungsmotivation der TeilnehmerInnen sind sehr positive Entwicklungen über die Zeitspanne der zwölf Monate nach Kursbeginn erkennbar. In den ersten sechs Kursmonaten stieg bei den TeilnehmerInnen die Bewegungsmotivation stark an. In den darauffolgenden sechs Monaten ist diese Motivation bei den deutschsprachigen Männern weiter angestiegen, bei den deutschsprachigen Frauen ist die Bewegungsmotivation konstant geblieben und bei den türkischsprachigen KursteilnehmerInnen ist diese wieder etwas gesunken. Die eindrucksvollste Veränderung hinsichtlich Spaß und Befriedigung durch Bewegung ist bei den türkischsprachigen Frauen zu erkennen. Im Vergleich zu den deutschsprachigen TeilnehmerInnen hatten sie zum Zeitpunkt des Kursbeginns bei körperlicher Bewegung noch eher wenig Spaß, konnten aber ihre Bewegungsmotivation im Verlauf der zwölf Monate auf einen durchschnittlichen Wert von 3,7 steigern und sind somit die Gruppe, die nach zwölf Monaten am meisten Spaß an Bewegung hat. Die türkischsprachigen Männer hingegen hatten zu allen drei Erhebungszeitpunkten am wenigsten Freude und Spaß an Bewegung. Erfreulich ist, dass bei allen TeilnehmerInnen, zwölf Monate nach Kursbeginn, eine höhere Bewegungsmotivation, als zu Beginn der Kursdurchgänge, erkennbar ist (siehe Grafik 35).

Auch die teilnehmenden Personen mit einem BMI über 40 konnten ihre Bewegungsmotivation von 3,5 zu Kursbeginn auf 3,7 zwölf Monate nach Kursbeginn steigern.

Der durchschnittliche Anstieg der Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung weist einen signifikanten Unterschied auf ($p < 0,05$).

Grafik 35: Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung, n= 143



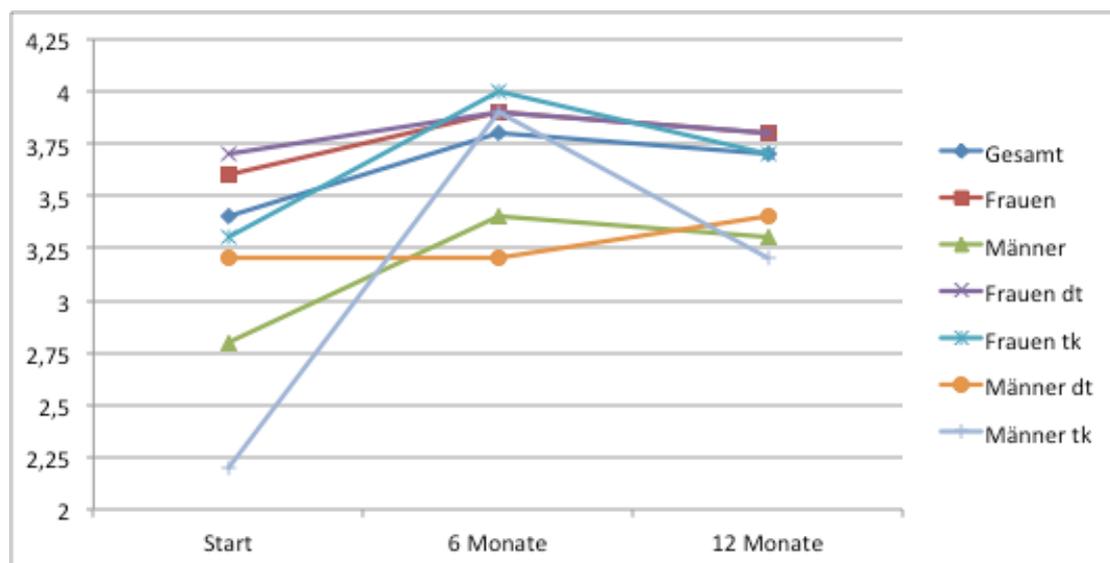
Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen

Auch die Ästhetik als entscheidender Grund zur Bewegungsmotivation hat bei den 143 Befragten im Laufe der Erhebungen bei allen TeilnehmerInnen an Bedeutung gewonnen. Spannend ist, dass hier die Männer mehr zustimmen, als dies die befragten Frauen tun. Bei den befragten Frauen nahm die Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen vor allem während der ersten sechs Kursmonate zu, sank in den darauffolgenden Monaten hingegen wieder etwas ab. Am stärksten stieg die Bewegungsmotivation in den ersten sechs Monaten bei den türkischsprachigen Männern. Sowohl zu Kursbeginn, als auch bei der Erhebung nach zwölf Monaten, waren es die deutschsprachigen Frauen, die am häufigsten angaben, sich eher wegen des positiven Einflusses auf Körper und Aussehen zur Bewegung motivieren zu können. Die Bewegungsmotivation der türkischsprachigen Männer blieb, trotz starker Steigerung nach sechs Monaten, zum ersten und zum letzten Erhebungszeitpunkt am geringsten (siehe Grafik 36).

Auch bei den KursteilnehmerInnen mit einem BMI über 40 hat innerhalb der zwölf Monate die Bewegung aus ästhetischen Gründen an Bedeutung gewonnen. Sie weisen bei der dritten Erhebung den gleichen durchschnittlichen Wert auf, wie die Gruppe der türkischsprachigen Frauen.

Ebenso wie die Bewegungsmotivation aus Spaß und Befriedigung weist auch die Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen einen signifikanten Unterschied auf ($p < 0,05$).

Grafik 36: Bewegungsmotivation aus ästhetischen Gründen, n= 143



Von insgesamt 107 TeilnehmerInnen liegen Schrittzählerergebnisse zu allen drei Erhebungszeitpunkten vor. Der Vergleich der ersten und der dritten Auswertung zeigt, dass die TeilnehmerInnen am Kursbeginn durchschnittlich 7.184 Schritte pro Tag gegangen sind und sich diese Anzahl, zwölf Monate nach Kursbeginn, um durchschnittlich 1.161 Schritte pro Tag gesteigert hat. Sowohl zu Kursbeginn, als auch bei der dritten Erhebung gingen die deutschsprachigen Frauen die meisten Schritte pro Tag. Bei der zweiten Messung waren jedoch die deutschsprachigen Männer am „fleißigsten“. Erfreulich ist, dass die Männer und die Frauen im Laufe der zwölf Monate die Anzahl ihrer Schritte pro Tag erheblich steigerten (siehe Tabelle 7).

Eine positive Entwicklung hinsichtlich der Schritte pro Tag ist auch bei der Gruppe der TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 erkennbar. Diese machten zu Kursbeginn durchschnittlich 5.856 Schritte pro Tag und steigerten dies innerhalb von zwölf Monaten auf 9.694 Schritte pro Tag und sind somit jene Gruppe, die am meisten pro Tag geht. Auch der durchschnittliche Anstieg der Schritte pro Tag weist einen signifikanten Unterschied auf ($p < 0,05$).

Tabelle 7: Veränderung der durchschnittlichen Schrittzählerergebnisse jener TeilnehmerInnen von denen Daten zu allen Erhebungszeitpunkten vorliegen, $n = 107$

	Frauen	Männer	türkspr. Frauen	deutspr. Frauen	türkspr. Männer	deutspr. Männer	TN mit BMI über 40	Gesamt
Schritte/Tag Messung 1	7.380	6.228	5.738	7.745	5.962	6.441	5.856	7.184
Schritte/Tag Messung 2	8.289	8.692	7.943	8.365	8.429	8.809	8.523	8.380
Schritte/Tag Messung 3	8.358	8.308	7.547	8.598	8.010	8.473	9.694	8.345

2.3.8 Veränderung der Ernährungspräferenz

Bei den 145 befragten Personen ist eine Tendenz in Richtung eines gesünderen Essverhaltens erkennbar. Sowohl bei den befragten Männern, als auch bei den Frauen weist ein geringerer Mittelwert zwölf Monate nach dem Kursbeginn darauf hin, dass sie durchschnittlich weniger oft Fast Food außer Haus, bei Imbissständen oder bei McDonalds essen, als dies zu Kursbeginn der Fall war.

Diese erfreuliche Entwicklung ist auch erkennbar, wenn man die Gruppe der TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40, im Speziellen betrachtet. Bei dieser Gruppe sank der Mittelwert von 2 zu Kursbeginn auf einen durchschnittlichen Wert von 1,8 zwölf Monate nach Kursbeginn.

Etwas anders ist die Entwicklung bei der Frage, wie oft die TeilnehmerInnen Fertiggerichte essen, hier stieg der Durchschnittswert bei den Antworten der deutschsprachigen TeilnehmerInnen und jener der türkischsprachigen Frauen, lediglich bei den deutschsprachigen Männer verringerte sich der durchschnittliche Wert zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt.

Auch bei den Personen mit einem BMI über 40 stieg der durchschnittliche Wert zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt.

Der Mittelwert zur Frage, wie oft die TeilnehmerInnen außer Haus, in einer Kantine oder einer Cafeteria essen würden, stieg bei beinahe allen TeilnehmerInnen in den zwölf Monaten nach Kursbeginn an, verringerte sich hingegen bei den deutschsprachigen Männern im Verlauf dieser Zeit.

Auch bei den TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 verringerte sich der durchschnittliche Wert im Laufe der zwölf Monate.

Bei einer weiteren Frage zur Ernährungspräferenz gaben die TeilnehmerInnen zwölf Monate nach Kursbeginn an, dass sie häufiger außer Haus in einem Restaurant, bei Freunden oder Verwandten essen, als dies zu Kursbeginn der Fall war.

Diese Tendenz ist auch bei der Gruppe der TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 erkennbar.

Interessant ist, dass die Bereitschaft selber zu kochen bei den befragten Männern zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt anstieg, diese Bereitschaft hingegen bei den deutschsprachigen Frauen im Verlauf von zwölf Monaten sank und bei den türkischsprachigen Frauen, nach einer Steigerung, wieder auf den Ausgangswert sank.

Betrachtet man die Gruppe der TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 separiert, ist auch hier eine positive Entwicklung erkennbar, da der durchschnittliche Wert zu dieser Frage im Verlauf von zwölf Monaten angestiegen ist.

2.3.9 Veränderungen im Körperbild

Eine weitere positive Veränderung ist hinsichtlich der Vorstellung der Befragten bezogen auf ihr Selbst- und auf ihr Wunschbild erkennbar. Zu Kursbeginn fühlten sich die 145 befragten Frauen und Männer mit einem durchschnittlichen Wert von 4,9, der Figur Nr. 5 der Figurenskala (siehe Grafik 37) zugehörig. Bei der zweiten Erhebung sank der Wert auf 4,6 und bei der dritten Erhebung schätzten sich die TeilnehmerInnen mit einem Durchschnittswert von 4,4 zwischen der Figur Nr. 4 und der Figur Nr. 5 ein. Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei der Gruppe der TeilnehmerInnen mit einem BMI über 40 erkennbar. Hier sank der durchschnittliche Wert von 5,3 auf 4,4. Zusammenhängend mit diesen Entwicklungen veränderte sich auch die Wahrnehmung der Differenz zwischen Selbst- und Wunschbild. Für die TeilnehmerInnen wurde bei der ersten Erhebung ein durchschnittlicher Wert von 1,8 berechnet, was in diesem Zusammenhang bedeutet, dass das Selbst- und das Wunschbild sich um 1,8 Figuren voneinander unterscheiden. Die zweite Erhebung ergab eine Differenz von 1,4 Figuren, welche bei der dritten Erhebung weiter auf 1,2 sank. Diese Entwicklung ist auch beider Gruppe jener Personen erkennbar, die zu Kursbeginn einen BMI über 40 hatten. Die Differenz zwischen Selbst- und Wunschbild ergab bei der ersten Erhebung einen Wert von 2 (was zwei Figuren Unterschied entspricht), die zweite Erhebung ergab einen Wert von 1,5 und die dritte einen Wert von 1,2.

Gleich wie in der Darstellung der Veränderungen im Körperbild aller KursteilnehmerInnen (siehe Kapitel 1.3.9) ist auch diese Entwicklung zum einen auf eine tatsächliche Gewichtsreduktion zurückzuführen und zum anderen auf eine realistischere Wahrnehmung der eigenen Möglichkeiten hinsichtlich eines Abnehmerfolges.

Grafik 37: Darstellung zur Einschätzung des Körperbildes



2.3.10 Veränderungen beim Selbstwert

Hierzu wurden die 145 KursteilnehmerInnen zum einen danach gefragt, ob sie mit ihrem Körper einigermaßen zufrieden sind und zum anderen, ob sie Komplimente gut annehmen können.

Im Allgemeinen ist eine steigende Zustimmung zu beiden Fragestellungen zwischen der ersten und der dritten Erhebung erkennbar. Am stärksten ist die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den türkischsprachigen Männern gestiegen. Sie beantworteten diese Frage zu Kursbeginn mit einem durchschnittlichen Wert von 1,9, welcher zwölf Monate nach Kursbeginn auf 3 anstieg. Hinsichtlich der Fragestellung, ob die TeilnehmerInnen Komplimente gut annehmen können ist bei den deutschsprachigen KursteilnehmerInnen und bei den türkischsprachigen Frauen eine positive Entwicklung erkennbar, bei den türkischsprachigen Männern sank der durchschnittliche Wert bei der dritten Erhebung etwas ab, nachdem er bei der zweiten stark angestiegen war. Am stärksten stieg der durchschnittliche Wert bei den deutschsprachigen Frauen an.

3 Ergebnisse der quantitativen Befragung des Familienmoduls

Im folgenden Abschnitt 3.1 werden die Ergebnisse des Familienmoduls dargestellt. Zunächst wird die Wirkung des ersten Kursdurchgangs (3.1.1) dargestellt, dann werden die medizinischen Parametern der Kinder des ersten Kursdurchgangs dargestellt (3.1.2). Darauf folgt die Darstellung der Wirkung des zweiten Kursdurchgangs (3.1.3) und der medizinischen Parameter der Kinder (3.1.4). Durch die große Herausforderung der Akquise von Familien und die Erfahrung, dass die Schwelle des Angebotes für viele Betroffene zu hoch war, wurde beschlossen, zusätzlich einen niederschwelligeren Zugang, durch Vorträge und Aktionstage an Schulen zu ermöglichen. Aufgrund der Erfahrung beim ersten Kursdurchgang wurde auch die Evaluationsmethode vereinfacht, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Die Evaluationsmethode wurde insofern verändert, dass die Fragebögen der Eltern und der Kinder (KINDL) stark reduziert wurden und ein Schwerpunkt auf die Frage nach der Lebensqualität der Kinder gelegt wurde. Die Rückmeldungen zu den Vorträgen und zu den Aktionstagen werden in Abschnitt 3.3 dargestellt.

3.1 Wirkung des Kursangebotes aus Sicht der Eltern und der Kinder

3.1.1 Wirkung des ersten Kursdurchgangs

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Fragebögen, welche die Mütter in Bezug auf das Wohlbefinden ihrer Kinder und hinsichtlich des täglichen Familienlebens ausgefüllt haben, vorgestellt. Diese werden den Fragebogenergebnissen der Kinder gegenübergestellt. Die Gegenüberstellung bezieht sich auf den Vergleich der Ergebnisse der ersten Erhebung zu Kursbeginn mit den Ergebnissen der dritten Erhebung 12 Monate nach Kursbeginn. Da aus der dritten Erhebung keine Väterfragebögen vorliegen, werden nur die Fragebögen der Mütter für den Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten herangezogen. Insgesamt haben sechs Mütter an der ersten und vier Mütter an der dritten Erhebung teilgenommen. Bei den Kindern waren es acht bei der ersten und vier bei der dritten Erhebung.

Von insgesamt vier Familien wären Rückschlüsse auf Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten möglich. Aufgrund der geringen Stichprobe wurden die Antworten der Mutter und der vier Kinder, von denen nur Daten aus der ersten Erhebung vorliegen, trotzdem in die Auswertung einbezogen.

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die durchschnittlichen Zustimmungen zu den einzelnen Fragen.

Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Sowohl den Müttern, als auch den Kindern wurden Fragen zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden der Kinder, zu deren Selbstwert, zum Familienleben, zum Umgang mit FreundInnen und zum Verhalten in der Schule und Zuhause gestellt. Daher ist bei diesen Fragestellungen ein Vergleich zwischen der Wahrnehmung der Mütter mit jener der Kinder möglich. Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten sind jedoch mit Vorbehalt zu interpretieren, da sie sich auf eine sehr kleine Stichprobe beziehen.

Die Fragen konnten mit „nie, selten, manchmal, oft und immer“ beantwortet werden, woraus sich die dargestellten Mittelwerte ergeben. Die Angaben beziehen sich jeweils auf die Gesamteinschätzung einer Woche und wurden für diesen Bericht so kodiert, dass ein hoher

Durchschnittswert (niedrigster Wert: 1, höchster Wert:5) einheitlich auf eine hohe Zufriedenheit beziehungsweise auf ein hohes Wohlbefinden hinweist. Dies bedeutet, dass Items die zunächst gegensätzlich gepolt waren, „umgedreht“ kodiert wurden, entsprechend den Anleitungen des AD-EVA Handbuchs.

Körperliches Wohlbefinden

Die Fragen zum körperlichen Wohlbefinden bezogen sich darauf, wie oft sich das Kind in der letzten Woche krank gefühlt hat, ob es Kopf- oder Bauchschmerzen hatte, sich müde und schlapp fühlte oder ob es viel Kraft und Ausdauer hatte. Die Einschätzung der Mütter ergab bei der ersten Erhebung einen Mittelwert von 4,1, welcher bei der zweiten Erhebung auf 4,3 anstieg und dann bei der dritten Erhebung auf 3,6 sank. D.h. die Mütter meinen, das körperliche Wohlbefinden ihrer Kinder hätte sich zunächst verbessert und ist dann wieder etwas schlechter geworden. Hier sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich diese Wahrnehmung auf nur mehr vier von ursprünglich sechs Müttern bezieht. Die Kinder schätzten ihr eigenes körperliches Wohlbefinden bei der ersten und bei der dritten Erhebung mit einem durchschnittlichen Wert von 3,8 konstant etwas schlechter ein, als dies die Mütter taten.

Seelisches Wohlbefinden

Eine erfreuliche Entwicklung ist hinsichtlich des seelischen Wohlbefindens der Kinder erkennbar. Auch zu diesem beantworteten die Mütter und die Kinder die gleichen Fragen. Diese bezogen sich darauf, wie oft das Kind in der letzten Woche gelacht und Spaß gehabt hatte oder wie oft es lustlos war, sich alleine, ängstlich oder unsicher gefühlt hatte. Bei der ersten Erhebung beantworteten die Mütter diese Fragen mit einem durchschnittlichen Wert von 4,4, welcher sich bei der dritten Erhebung auf 4,5 steigerte. Eine ähnliche Tendenz zeigen die Einschätzungen der Kinder, welche bei der ersten Erhebung einen durchschnittlichen Wert von 3 ergaben und bei der dritten Erhebung auf einen Wert von 3,1 stiegen.

Daraus ist abzuleiten, dass sowohl die Mütter, als auch die Kinder, zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten eine Verbesserung des seelischen Wohlbefindens erlebten.

Selbstwert

Auch Fragen zum Selbstwertgefühl der Kinder wurden den Müttern und den Kindern gestellt. Dieses wurde anhand von Fragen beurteilt, welche sich darauf bezogen, wie häufig das Kind stolz auf sich war, ob es sich in der eigenen Haut wohl fühlte, ob es sich selber mag und ob es in der letzten Woche viele gute Ideen gehabt hatte. Die Befragung der Mütter bei der ersten Erhebung ergab einen Wert von 3,9 und bei der dritten Erhebung einen durchschnittlichen Wert von 4,1. Die Antworten der Kinder hinsichtlich ihres Selbstwertgefühles ergaben bei der ersten Erhebung einen Wert von 3,6, welcher bei der zweiten Erhebung auf 2,8 sank.

Auch hier ist eine unterschiedliche Wahrnehmung der Mütter und der Kinder erkennbar. Die Mütter gehen bei dieser Frage davon aus, dass sich das Selbstwertgefühl der Kinder zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten gesteigert hat, die Kinder sind hingegen der Meinung, dass dieses gesunken ist.

Familienleben

Hinsichtlich des Familienlebens wurden die Mütter und die Kinder gefragt, wie oft sich das Kind in der letzten Woche mit den Eltern gut verstanden hat, wie häufig es sich zuhause wohl gefühlt hat, ob es Streit gab oder ob sich das Kind durch die Eltern bevormundet fühlte.

Die erste Befragung der Mütter ergab einen Durchschnittswert von 4,3, welcher sich bei der dritten Erhebung auf 4,5 steigerte. Bei den Kindern ergab die erste Erhebung einen Wert von 3,6, welcher bei der dritten Erhebung auf 3,3 sank.

Der Vergleich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten lässt darauf schließen, dass die Mütter in Bezug auf die oben genannten Aspekte des Familienlebens etwas zufriedener, die Kinder hingegen etwas unzufriedener geworden sind.

Umgang mit FreundInnen

Ähnlich wie zum Familienleben wurden die Mütter und die Kinder auch zur sozialen Integration der Kinder befragt. Hier wurden Fragen zur Häufigkeit der Unternehmungen der Kinder mit FreundInnen gestellt und wie sich die Kinder in einer Gruppe mit anderen Kindern fühlen. Weiters wurde danach gefragt, ob sich die Kinder mit den FreundInnen gut verstanden haben und ob das Kind das Gefühl hat, dass es anders ist als die anderen. Die Antworten der Mütter ergaben bei der ersten Erhebung einen Mittelwert von 3,7, welcher bei der dritten Erhebung auf 4,1 stieg. Auch bei den Kindern stieg der Mittelwert zwischen diesen beiden Erhebungszeitpunkten von 3 auf 3,3.

Sowohl die Mütter, als auch die Kinder nehmen eine positive Veränderung zwischen der ersten und der dritten Erhebung hinsichtlich des Umgangs mit FreundInnen wahr.

Schulalltag

Hinsichtlich des Schulalltages beantworteten die Mütter und die Kinder Fragen, welche sich darauf bezogen, wie oft die Kinder die Schulaufgaben in der letzten Woche gut geschafft hatten, wie häufig sie Spaß am Unterricht hatten, ob sie sich Sorgen um ihre Zukunft machten und ob sie Angst vor schlechten Noten hatten. Die Mütter beantworteten diese Fragen bei der ersten Erhebung mit einem Mittelwert von 4,2, welcher bei der dritten Erhebung auf 4,5 stieg. Bei den Kindern ist die umgekehrte Tendenz sichtbar. Bei der ersten Erhebung ergaben die Antworten einen Wert von 3,3, welche bei der dritten Erhebung auf 3 sank.

Ähnlich wie bei den Fragen zum Selbstwertgefühl der Kinder, deutet der Vergleich der Antworten der Mütter auf eine positive Veränderung hin, wohingegen die Kinder zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten eine negative Veränderung hinsichtlich ihres Schulalltages feststellen.

Abgesehen von einem „Ausreißer-Wert“ mit 2,8 befinden sich die Mittelwerte der Fragen, welche sowohl von den Müttern als auch von den Kindern beantwortet wurden, insgesamt zwischen 3 und 4,5 und entsprechen somit durchschnittlichen bis eher positiven Werten.

Umgang mit Essen

In den Elternfragebögen wurden die Mütter weiters nach dem durchschnittlichen Essverhalten ihrer Kinder und den familiären Rahmenbedingungen in denen die Mahlzeiten gewöhnlich eingenommen werden, gefragt. Auch diese Fragen konnten mit „nie=1, selten=2, manchmal=3, oft=4 und immer=5“ beantwortet werden, woraus die durchschnittlichen Werte der ersten und der dritten Erhebung gebildet werden.

Essverhalten und Essensregeln

Hinsichtlich der Essgeschwindigkeit der Kinder antworteten die Mütter bei der ersten Erhebung, dass ihre Kinder, im Vergleich zu deren FreundInnen, selten beziehungsweise manchmal schneller essen würden. Nach der dritten Erhebung ist in Hinblick auf diese Frage eine positive Veränderung sichtbar, da die Mütter angeben, dass ihre Kinder nie bis selten

schneller essen. Auch hinsichtlich der Frage ob die Kinder gerne Nachschlag nehmen ist eine positive Veränderung erkennbar, da diese bei beiden Erhebungen mit einem Mittelwert von 3 beantwortet wurde und bei der dritten Erhebung auf 2,8 sank. Eine umgekehrte Tendenz ist hingegen bei der Frage erkennbar, ob die Kinder zu festen Zeitpunkten am Tag essen. Diese wurde beim ersten Erhebungszeitpunkt mit einem Wert von 4,8 sehr positiv beantwortet, sank bei der dritten Erhebung auf einen Wert von 4,3. Bei der Frage, ob die Kinder einen bestimmten Platz zum Essen haben, ist eine geringe Veränderung zwischen der ersten Erhebung (Mittelwert: 4,7) und der dritten Erhebung (4,5) sichtbar. Diese Werte weisen darauf hin, dass die Kinder zwischen immer und oft an einem bestimmten Platz essen. Eine sehr positive Veränderung ist bei der Frage nach der Beschäftigung während des Essens mit anderen Dingen, wie zum Beispiel lesen und fernsehen erkennbar. Bei der ersten Befragung gaben die Mütter an, dass ihre Kinder zwischen selten und manchmal beim Essen von anderen Dingen abgelenkt sind. Bei der dritten Erhebung waren die Mütter der Meinung, dass dies nur mehr selten der Fall ist.

Weiters wurden die Mütter gefragt, ob sie besondere Nahrungsmittel einsetzen, um ihre Kinder damit zu belohnen. Die Befragten gaben bei der ersten Erhebung an, dass dies selten vorkommt, bei der dritten Befragung deuteten die Antworten eher darauf hin, dass dies manchmal vorkommt.

Abschließend wurde den Müttern die Frage gestellt, ob sie mit Einkaufslisten einkaufen gehen würden. Bei dieser Frage ist eine sehr positive Veränderung des Mittelwertes hinsichtlich der beiden Erhebungszeitpunkte (von 3,3 auf 4,3) erkennbar. Diese Veränderung lässt auf ein gezieltes und bewusst geplantes Einkaufsverhalten der Mütter schließen.

Ernährungsgewohnheiten

Um einen Einblick in die alltäglichen Ernährungsgewohnheiten der Kinder zu erhalten und um eventuelle Veränderungen erkennen zu können, wurden die Mütter gefragt wie häufig ihre Kinder im Durchschnitt bestimmte Nahrungsmittel essen. Auch hier konnten sie wieder zwischen fünf Antwortmöglichkeiten wählen (fast nie=1, 1-3x/Monat=2, 1-3x/Woche=3, jeden Tag=4, 3-5x/Tag=5).

Bei den Fragen, ob die Kinder Salat und rohes Gemüse essen, ist keine Veränderung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (Mittelwert 3,3) erkennbar. Positive Veränderung sind hingegen bei drei weiteren Fragen zu gesunden Lebensmitteln sichtbar. Bei der Frage wie oft die Kinder Obst essen, stieg der Mittelwert von 3,5 bei der ersten, auf 4 bei der dritten Erhebung und weist darauf hin, dass die Kinder durchschnittlich jeden Tag Obst essen. Eine ähnliche Tendenz ergab die Frage, wie oft die Kinder Gemüse essen. Hier stieg der durchschnittliche Wert von 2,3 auf 3,8 und deutet darauf hin, dass die Kinder nun mindestens 1-3x pro Woche beziehungsweise täglich Gemüse essen. Außerdem geben die Mütter an, dass ihre Kinder nun öfter Vollkornbrot essen, da der Mittelwert zwischen der ersten und der dritten Befragung von 2 auf 2,5 gestiegen ist.

Eine weitere Veränderung hin zu einem gesünderen Ernährungsverhalten ist hinsichtlich der Getränkewahl bemerkbar. Bei der ersten Erhebung ergab der Mittelwert 2,8 und weist darauf hin, dass 1-3x pro Woche Cola, Limonade und Eistee getrunken wurden, bei der dritten Erhebung hingegen sank der Mittelwert auf 2,3 und weist auf eine Reduktion dieser Getränke auf ungefähr 1-3x pro Monat hin. Vergleicht man die Mittelwerte der beiden Befragungen hinsichtlich der Frage ob die Kinder Fast Food essen, ist eine positive Veränderung der Antworten von 1-3x pro Monat hin zu „fast nie“ erkennbar. Diese Tendenz

ist auch bei den Knabbereien erkennbar, hinsichtlich dieser Frage sank der Durchschnittswert von 2,5 auf 2. Beim Süßigkeitenkonsum ist der Mittelwert (3) zwischen dem ersten und dem dritten Befragungszeitpunkt gleich geblieben. Bezüglich der Erreichbarkeit dieser Nahrungsmittel sind positive Veränderungen zwischen den beiden Erhebungen zu verzeichnen. Die befragten Mütter gaben bei der dritten Erhebung an, dass es diese Lebensmittel bei ihnen zuhause seltener gibt, und auch, dass diese gut versteckt oder für das Kind zwar erreichbar, aber nicht sichtbar, aufbewahrt werden. Die Fragen, ob es bei ihnen zuhause Wasser und zuckerfreie Getränke gibt, beantworteten die Mütter sowohl bei der ersten, als auch bei der dritten Erhebungen mit „immer“.

Hinsichtlich des Frühstückes, der Schuljause, der Nachmittagsjause und des Abendessens deuten die Antworten der befragten Mütter darauf hin, dass sich das Verhalten der Kinder zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt dahingehend positiv verändert hat, dass sie diese Mahlzeiten nun regelmäßiger essen, beinahe täglich. Umgekehrt verhält es sich mit dem Mittagessen. Hier ist eine geringe Veränderung von „jeden Tag“ hin zu „1-3x/Woche“ erkennbar.

Positiv ist weiters, dass die Mütter auf die Frage, wie oft ihr Kind eine warme Mahlzeit isst, zu beiden Erhebungszeitpunkten angeben, dass dies täglich der Fall ist.

Hinsichtlich des Umgangs mit Nahrungsmitteln innerhalb der Familie sind auch hier größtenteils positive Veränderungen zwischen der ersten und der dritten Erhebung, hin zu einem gesünderen Ernährungsverhalten, erkennbar. Die Kinder wurden in den Kinderfragebögen weiters gefragt, ob sie es in der letzten Woche blöd fanden, dass sie nicht essen können, was sie wollen. Bei der ersten Befragung gaben sie an, dass dies „selten“ der Fall war. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch häufiger essen konnten, was sie wollten. Bei der dritten Befragung meinten sie, dass sie es „nie“ blöd finden nicht essen zu können, was sie wollen. Dieser Umstand kann als Hinweis verstanden werden, dass das von den Eltern initiierte gesündere Essverhalten innerhalb der Familie für die Kinder offensichtlich keine großen Einschränkungen bedeutet. Diese Wahrnehmung der Kinder kann als positive Entwicklung für das Familiensystem interpretiert werden.

Freizeitbeschäftigungen und Bewegungsverhalten der Kinder

Subjektive Einschätzung der Mütter und der Kinder

Am Ende des Fragebogens wurden die Mütter bezüglich der Freizeitbeschäftigungen ihrer Kinder beziehungsweise gemeinsamer familiärer Aktivitäten befragt. Auch hier ist eine positive Veränderung zwischen dem ersten und dem dritten Messzeitpunkt sichtbar. Bei der ersten Erhebung gaben die befragten Mütter größtenteils an, dass ihre Kinder eher mehr als eine Stunde täglich fernsehen und mit dem Computer spielen würden. Dies reduzierte sich, laut den Werten der dritten Erhebung, in den meisten Fällen auf maximal eine Stunde täglich beziehungsweise 2-3x pro Woche.

Auch hinsichtlich einer aktiven Nachmittags- oder Abendgestaltung innerhalb der Familie sind positive Entwicklungen erkennbar. Der Großteil der Mütter gab bei der ersten Befragung an, einmal pro Woche zu spielen, zu basteln oder spazieren zu gehen. Bei der dritten Erhebung gaben die befragten Mütter an, dass diese Aktivitäten nun mehrmals pro Woche stattfinden.

Eine geringe Verschlechterung ist hinsichtlich der Frage erkennbar, wie oft die Mütter kurze Strecken zu Fuß gehen oder wie häufig sie die Treppen statt des Aufzuges verwenden. Bei der ersten Erhebung war der Mittelwert noch bei 3,8 und entsprach in etwa „mehrmals pro Tag“, bei der dritten Erhebung sank der Wert auf 3,3, welcher eher als „1x pro Tag“ interpretiert wird.

Um zusätzliches über das Ess-, Bewegungsverhalten und den Umgang mit der eigenen Figur aus Sicht der Kinder zu erfahren, wurde ihnen zum ersten und zum dritten Messzeitpunkt die Frage gestellt, wie oft sie in der letzten Woche Spaß an Bewegung hatten. Hierzu verringerte sich der Mittelwerte ein wenig, von 4,3 („oft“) hin zu 4. Weiteres wurden die Kinder gefragt, wie häufig sie sich darüber geärgert hätten, dass ihnen ihre Sachen zu eng sind. Bei der ersten Erhebung ergaben die Antworten der Kinder einen Mittelwert von 2,2 beziehungsweise, dass dies selten der Fall war. Dieser Umstand verschlechterte sich offensichtlich ein wenig, da die dritte Erhebung einen Mittelwert von 2,3 ergab. Auch hinsichtlich der Frage, ob die Kinder traurig waren, weil sie wegen ihrer Figur verspottet wurden, ist eine leicht negative Tendenz erkennbar. Diese ergab bei der ersten Messung einen Wert von 1,3 („nie“) und bei der dritten Erhebung einen Wert von 1,5 („nie“ bis „selten“).

Bezüglich der Darstellung von tendenziell negativen Entwicklungen sei an dieser Stelle angemerkt, dass diese nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, da es sich sowohl bei den Müttern, als auch bei den Kindern um eine sehr kleine Stichprobe handelt. Eine positive Entwicklung ist hingegen bei der Frage, wie oft die Kinder in der letzten Woche ihren Körper gemocht haben, erkennbar. Die Antworten der ersten Erhebung ergaben den Wert 3,5 („manchmal“ und „oft“) und bei der dritten Erhebung den Wert 3,7. Die letzte Frage lässt darauf schließen, dass sich das eigene Körperbewusstsein der Kinder in der Zeit zwischen der ersten und der dritten Erhebung positiv verändert hat.

Ergebnisse des Münchner Fitnesstests für Kinder und der Schrittzählermessungen

Um etwas über die konditionellen und koordinativen Fähigkeiten der Kinder zu erfahren wurde der „Münchner Fitnesstest für Kinder“ im Zuge von Turnstunden angewendet. Der Test setzt sich aus insgesamt sechs Übungen (Ballprellen, Zielwerfen, Rumpf- /Hüftbeugen, Standhochsprung, Halten im Hang und Stufensteigen) zusammen.⁶

Diese Turndaten liegen nur von der ersten und der zweiten Messung, von insgesamt vier Kindern (zwei Mädchen und zwei Jungen zwischen sieben und zwölf Jahren) vor.

Die Durchführenden dieser Turnstunden vergaben Punkte für die einzelnen Übungen, woraus sich durchschnittliche Werte herausbildeten. Bei der ersten Messung lagen diese Werte zwischen 30 und 53,8 Punkten, woraus sich ein gesamter Durchschnitt von 41,9 Punkten für alle Übungen ergibt. Bei der zweiten Messung ergaben die durchschnittlichen Werte eine Spanne von 34 bis 64,3 Punkte, woraus sich ein gesamter Durchschnitt von 47,6 Punkten ergibt. Dieser Vergleich zeigt, dass sich die körperliche Fitness der Kinder zwischen den beiden Messzeitpunkten um durchschnittlich 5,7 Punkte verbessert hat.

Von insgesamt fünf Kindern liegen Schrittzählermessungen vom ersten Erhebungszeitpunkt vor, von insgesamt drei Kindern liegen welche vom letzten Zeitpunkt vor. Diese ergaben, dass die Kinder bei der ersten Messung durchschnittlich 7.878 Schritte pro Tag zu Fuß gingen, wobei die Spanne von 4.902 bis zu 11.585 Schritten pro Tag reicht. Die zweite Messung ergab eine durchschnittliche Schrittzahl von 7.668 Schritten pro Tag, mit einer Spanne von 5.522 bis zu 10.388 Schritten pro Tag.

⁶ Nähere Informationen dazu: <http://www.lehrer-online.de/221465.php> (Eingesehen am 29.11.2012)

Körperbild

Um eine Vorstellung darüber zu erhalten, wie sich die Kinder selber sehen, wie sie gerne wären, wie sie glauben, dass andere sie sehen und was sie sich unter einer schönen Figur vorstellen, wurden in den Kinderfragebögen sechs Figuren aufgezeigt, hinsichtlich jener die Kinder die Fragen beantworteten.

Auch bei dieser Darstellung werden die durchschnittlichen Werte angeführt, welche sich aus der Zuordnung zu den Figuren (sehr dünne Figuren=1, sehr dicke Figuren=6) ergaben. Die Interpretationen beziehen sich auf die erste (8 Kinder) und auf die dritte Befragung (4 Kinder).

Die Selbsteinschätzung des eigenen Körperbildes ergab bei der ersten Erhebung einen Mittelwert von 3,4 und bei der dritten Erhebung einen Wert von 3,5. Dies zeigt eine geringe Veränderung des Körperbildes vom normalen „Mittelfeld“ hin zu übergewichtig.

Die Frage, wie die Kinder glauben, dass sie von anderen gesehen werden, ergab den Wert 3,6 bei der ersten und 3,5 bei der dritten Messung. Interessant ist hierbei, dass das Selbst- und das Fremdbild nach der dritten Messung den gleichen Wert aufweist und dies dahingehend interpretiert werden kann, dass die Kinder glauben so gesehen zu werden, wie sie sich selber einschätzen.

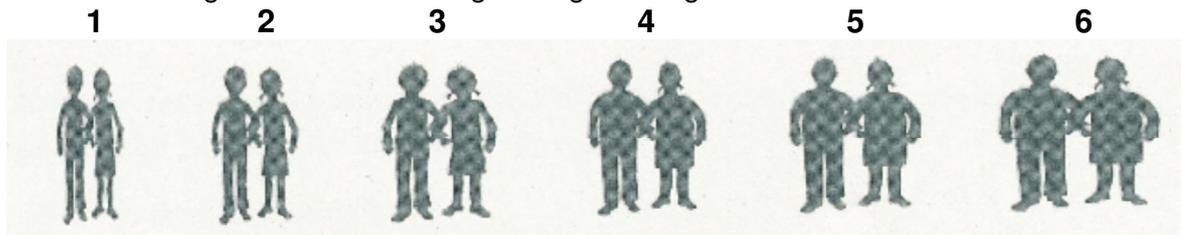
Nicht nur die Selbst- und Fremdwahrnehmung veränderte sich im Kursverlauf, sondern auch die Wahrnehmung der Differenz zwischen Selbst- und Wunschbild. Diese wurde bei der ersten Erhebung mit einem durchschnittlichen Wert von 1,1 berechnet, was in diesem Zusammenhang bedeutet, dass das Selbst- und das Wunschbild sich um 1,1 Figuren voneinander unterscheiden. Die zweite Erhebung ergab eine Differenz von 1,6 Figuren, welche bei der dritten Erhebung wieder auf 1,3 sank.

Auch hier müssen diese Entwicklungen wieder mit Vorsicht interpretiert werden und sollten eher als mögliche Tendenzen verstanden werden.

Erkennbar ist, dass das Selbst- und das Wunschbild am Kursbeginn sehr nahe beisammen war und im Kursverlauf etwas weiter „auseinander gerückt“ ist. Diese Entwicklung könnte darauf hinweisen, dass die Kinder im Kursverlauf eine realistischere Wahrnehmung ihres eigenen Körpers entwickelt haben und deswegen eine größere Differenz zwischen Selbst- und Wunschbild entsteht.

Weiters wurden die Kinder danach gefragt, was für sie die schönste beziehungsweise die hässlichste Figur ist. Bei der ersten Befragung schätzen die Kinder die schönste Figur zwischen Figur Nr. 2 und Figur Nr. 3 ein (Mittelwert 2,5) und an dieser Position verorten sich auch die Antworten bei der dritten Befragung (Mittelwert: 2,3), obwohl eine Tendenz in Richtung Figur Nr. 2 erkennbar ist. Geht es um die hässlichste Figur, so befand sich diese nach der ersten Messung noch eher bei Figur Nr. 5 (Mittelwert: 5,1) nach der dritten Messung jedoch eindeutig, mit einem Mittelwert von 6, bei der Figur Nr. 6 (siehe Grafik 38).

Grafik 38: Darstellungen zur Einschätzung der eigenen Figur



Bezüglich der Darstellung von tendenziell negativen Entwicklungen sei an dieser Stelle angemerkt, dass diese nur mit Vorsicht zu interpretieren sind, da es sich sowohl bei den Müttern, als auch bei den Kindern um eine sehr kleine Stichprobe handelt.

Eine positive Entwicklung ist hingegen bei der Frage, wie oft die Kinder in der letzten Woche ihren Körper gemocht haben, erkennbar. Die Antworten der ersten Erhebung ergaben den Wert 3,5 („manchmal“ und „oft“) und bei der dritten Erhebung den Wert 3,7. Die letzte Frage lässt darauf schließen, dass sich das eigene Körperbewusstsein der Kinder in der Zeit zwischen der ersten und der dritten Erhebung positiv verändert hat.

3.1.2 Medizinische Parameter der Kinder des ersten Kursdurchgangs

Von fünf Kindern gibt es Messwerte zum BMI-Perzentilwert, dem Bauchumfang und den Blutdruckwerten der ersten Messung zu Kursbeginn und der dritten beziehungsweise vierten Messung 12 Monate nach Kursbeginn. Bei diesen Kindern sind Vergleiche zwischen den beiden Messzeitpunkten möglich.

Definition von Adipositas bei Kindern

Für die Definition von Adipositas bei Kindern wird der BMI-Perzentilwert verwendet⁷. Von acht Kindern liegen die BMI-Perzentilwerte zu Kursbeginn vor: Ein Kind von Adipositas Grad I, fünf Kind Adipositas Grad II und zwei von Adipositas Grad III.

Von insgesamt fünf Kindern, zwei Jungen und drei Mädchen zwischen sieben und zwölf Jahren, liegt dieser Wert von insgesamt vier, bei einem Mädchen von drei, Messzeitpunkten vor. Es wird jeweils der Wert der ersten mit dem Wert der letzten Messung verglichen.

Bei einem Jungen ist eine positive Veränderung des BMI-Perzentilwertes von „adipös“ zu „übergewichtig“ erkennbar. Erfreulich ist weiters, dass sich bei zwei Mädchen der BMI-Perzentilwert der Klassifikation „extreme Adipositas“ (Ausgeprägte Adipositas Grad III) hin zur Gruppe „Ausgeprägte Adipositas Grad II“ entwickelt hat. Ein anderes Mädchen befindet sich, trotz gesunkenem BMI-Wert im Laufe der vier Messungen, nach wie vor im übergewichtigen Bereich. Bei einem Jungen hat sich der BMI-Perzentilwert auch nicht verändert und er befindet sich nach wie vor in der Klassifikation „extreme Adipositas“.

Bauchumfang bei Kindern

Wie auch bei Erwachsenen, gibt der Bauchumfang von Kindern und Jugendlichen einen Hinweis darauf, ob ein erhöhtes Risiko für unterschiedliche Herz-Kreislauferkrankungen besteht.

⁷ Zur Erklärung von Perzentilwerten siehe: http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_bmi_test.phtml (Eingesehen am 29.11.2012)

Von insgesamt fünf Kindern, drei Mädchen und zwei Jungen zwischen sieben und zwölf Jahren, liegen Messwerte zum Bauchumfang vor. Um die Entwicklung des Bauchumfangs der Kinder darzustellen, werden die Messwerte von der ersten und der vierten, beziehungsweise bei einem Jungen von der dritten Erhebung miteinander verglichen. Durchschnittlich haben diese fünf Kindern zwischen den beiden Messzeitpunkten 3,3 cm Bauchumfang verloren. Ein Mädchen hat insgesamt 10,5 cm Bauchumfang verloren, die anderen Kinder zwischen einem und drei Zentimeter. Die Spanne nach der letzten Messung reicht von 71 cm bis 101 cm Bauchumfang und liegt damit unter den gemessenen Werten der ersten Erhebung.

Blutdruckwerte bei Kindern

Kinder haben generell einen niedrigeren Blutdruck als Erwachsene, daher muss für die Beurteilung der Blutdruckwerte auch eine kindgerechte Referenztafel verwendet werden (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Blutdruckwerte Kinder⁸

Alter	Normal (Mittelwert)	Beginn Hypertonie (95. Perzentile)
4 Jahre	95 / 50 mm Hg	über 110 / 70 mm Hg
8 Jahre	100 / 60 mm Hg	über 115 / 80 mm Hg
12 Jahre	105 / 62 mm Hg	über 125 / 80 mm Hg

Von insgesamt drei Mädchen und zwei Jungen, zwischen sieben und zwölf Jahren, liegen Blutdruckwerte sowohl von der ersten als auch von der letzten Erhebung (bei vier Kindern bezieht sich dies auf die 4. Messung, bei einem Jungen auf die 3. Messung) zum Vergleich vor.

Wie in der Tabelle 9 ersichtlich, sanken nach der letzten Messung die Blutdruckwerte von zwei Kindern unter die Obergrenze, bei einem Mädchen liegt der Wert der letzten Messung noch im erhöhten Bereich. Bei den anderen Kindern waren die Werte zu allen Messzeitpunkten unter dieser Grenze. Nach der dritten beziehungsweise vierten Messung befanden sich somit die Blutdruckwerte aller Kinder im gesunden Bereich. Dies ist eine positive Entwicklung, welche als Resultat gesünderer Ernährung und gesteigerter körperlicher Bewegung gesehen werden kann.

Tabelle 9: Blutdruckwerte der Kinder bei der 1. und der 3. bzw. 4. Messung, Werte aus der Referenztafel, n= 5

Geschlecht	Alter	1. Messung	3. bzw. 4. Messung
m	12	140/80	115/72
w	10	107/53	107/65
w	8	140/76	124/75
w	8	128/70	100/70
m	7	116/68	104/62

⁸ <http://www.hochdruckliga.de/blutdruckwerte-von-kindern.html> (Eingesehen am 29.11.2012)

3.1.3 Wirkung des zweiten Kursdurchgangs

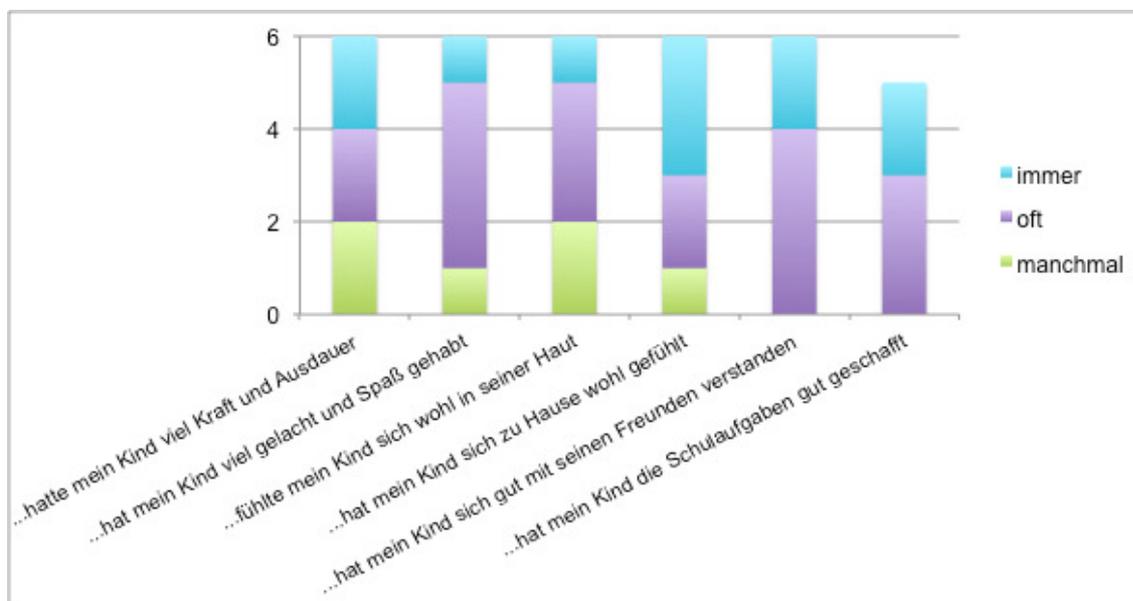
Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der adaptierten Fragebögen, welche die Eltern und Kinder ausgefüllt haben, vorgestellt. Diese Fragebögen der Eltern beziehen sich auf das Wohlbefinden und auf die Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder. Die Kinder haben Fragen zu ihrer Lebensqualität ausgefüllt, welche im folgenden Abschnitt den Fragebogenergebnissen der Eltern gegenübergestellt werden.

Insgesamt vier Mütter und zwei Väter haben diese Fragebögen hinsichtlich der Lebensqualität und Ernährungsgewohnheiten ihrer vier Mädchen und zwei Buben (zwischen 9 und 13 Jahren) ausgefüllt. Von insgesamt fünf Kindern, drei Mädchen und zwei Buben liegen Rückmeldungen zu ihrer Lebensqualität vor.

Fragen zur Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern

Die Eltern konnten die Fragen nach der Lebensqualität ihrer Kinder mit „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“ beantworten, machten jedoch nur von den Kategorien „immer“, „oft“ und „manchmal“ Gebrauch. Bis auf eine Person, die diese Frage nicht beantwortete sind die Eltern der Meinung, dass ihre Kinder die Schulaufgaben „immer“ bzw. „oft“ gut geschafft haben. Auch meinen alle sechs befragten Elternteile, dass sich ihr Kind in der letzten Woche „immer“ bzw. „oft“ gut mit den Freunden verstanden hat. Die Hälfte der Eltern ist der Meinung, dass sich das eigene Kind zu Hause immer wohlfühlt. Jeweils eine Person gibt an, dass sich das Kind „manchmal“ zu Hause wohlfühlt bzw. dass es in der letzten Woche nur „manchmal“ gelacht und Spaß gehabt hätte. Am kritischsten wird die Frage nach dem Wohlbefinden der Kinder in der eigenen Haut beantwortet, zwei Personen meinen, dass dies in der letzten Woche „manchmal“ der Fall war, drei weitere meinen „oft“ und eine Person gab an, dass sich das Kind „immer“ in der eigenen Haut wohlfühlt hat. Ausgewogen waren die Antworten hinsichtlich der Kraft und Ausdauer der Kinder – jeweils zwei Personen gaben „immer“, „oft“ und „manchmal“ an (siehe Grafik 39).

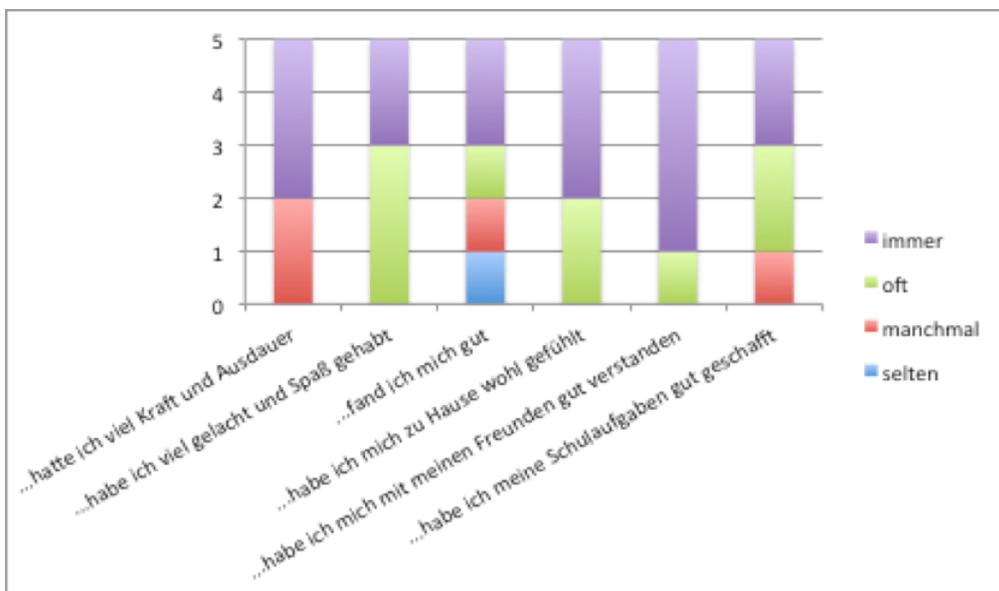
Grafik 39: Lebensqualität der Kinder aus Sicht der Eltern. Angaben in absoluten Zahlen, n=6



Fragen zur Lebensqualität aus Sicht der fünf Kinder

Auch die Kinder konnten die Fragen nach ihrer Lebensqualität mit „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“ beantworten. Bis auf ein Kind, teilen sie die Einschätzungen ihrer Eltern, dass sie ihre Schulaufgaben „immer“ bzw. „oft“ gut geschafft haben und dass sie sich in der letzten Woche „immer“ bzw. „oft“ gut mit den Freunden verstanden haben. Auch bezüglich des Wohlfühlens zuhause stimmen die Einschätzungen der Eltern mit jenen der Kinder überein. Kleine Abweichungen gibt es bei der Einschätzung, ob die Kinder in der letzten Woche viel gelacht und Spaß hatten, da im Gegensatz zu den Eltern, kein Kind mit „manchmal“ antwortete. Am kritischsten wird auch bei den Kindern die Frage nach dem Wohlbefinden in der eigenen Haut beantwortet und ein Kind gab an, sich selber nur „selten“ gut zu finden. Die Frage nach der Kraft und Ausdauer wurde bei den Kindern ähnlich wie bei den Eltern beantwortet (siehe Grafik 40).

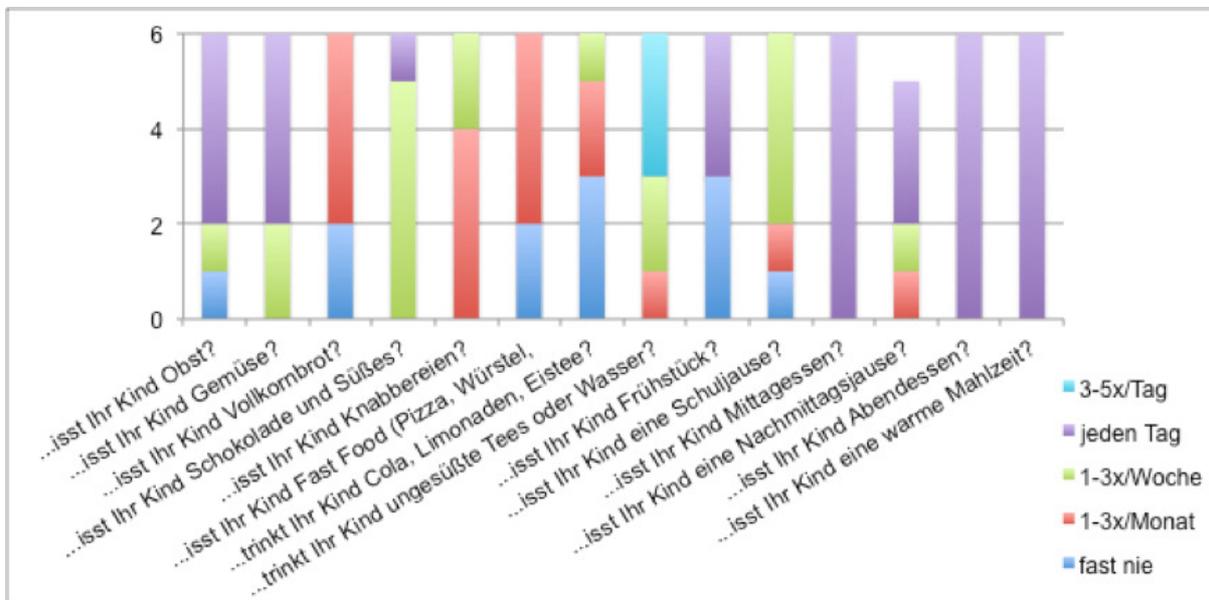
Grafik 40: Lebensqualität aus Sicht der Kinder. Angaben in absoluten Zahlen, n=5



Fragen zu den Ernährungsgewohnheiten der Kinder aus Sicht der Eltern

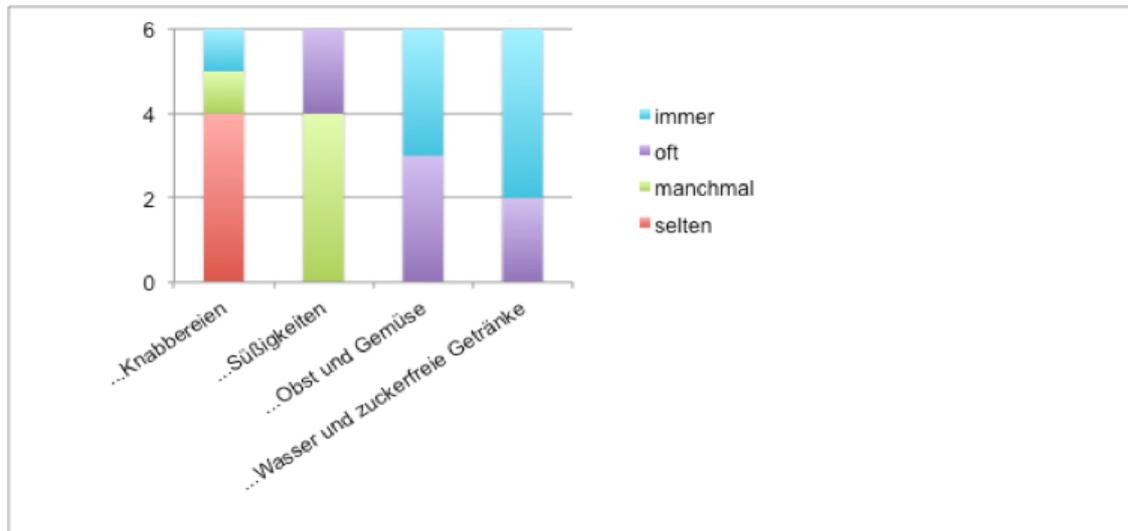
Auf die Frage nach der Regelmäßigkeit der Hauptmahlzeiten, antworteten alle Eltern, dass ihre Kinder täglich Mittagessen und Abendessen würden und dass ihr Kind auch täglich eine warme Mahlzeit isst. Die Frage nach einem regelmäßigen Frühstück beantworten sechs Eltern mit „jeden Tag“ und die anderen mit „fast nie“. Bei der Auswahl der gesunden Nahrungsmittel wie Obst, Gemüse und Vollkornbrot scheint bei den Kindern Gemüse am beliebtesten und Vollkornbrot am unbeliebtesten zu sein, da insgesamt vier Personen angeben, ihr Kind würde dieses nur 1-3 Mal im Monat essen. Bis auf eine Person, die angibt das Kind würde täglich Süßes essen, meinen alle Eltern, dass das Kind 1-3 Mal pro Woche Schokolade oder Süßes isst. Der Großteil der Eltern gibt an, die Kinder essen 1-3 Mal im Monat Knabberereien und Fast Food. Und die Hälfte der Befragten gibt den Kindern fast nie Cola, Limonaden und Eistee, dafür trinkt die Hälfte der Kinder 3-5 Mal täglich Wasser oder ungesüßte Tees. Der Großteil der Eltern gibt an, dass die Kinder 1-3 Mal pro Woche eine Schuljause mitnehmen bzw. das Kind fast täglich eine Nachmittagsjause isst (siehe Grafik 41).

Grafik 41: Ernährungsgewohnheiten der Kinder aus Sicht der Eltern_1. Angaben in absoluten Zahlen, n=6



Um die Ernährungsgewohnheiten der Kinder zu erheben, wurden die Eltern gefragt, ob es bei ihnen zu Hause für die Kinder bestimmte Lebensmittel gibt. Vier der sechs Erwachsenen antworteten, dass es für die Kinder immer Wasser und zuckerfreie Getränke gibt, zwei der Befragten meinten, dass dies oft der Fall ist. Jeweils drei Personen gaben an, dass die Kinder zu Hause immer bzw. oft Obst und Gemüse bekommen. Der Großteil der Eltern meint weiters, dass die Kinder manchmal Süßigkeiten bekommen würden, zwei Elternteile gaben an, dass es für die Kinder zu Hause oft Süßigkeiten gibt. Am seltensten bekommen die Kinder Knabberereien, nur eine Person gab an, dass es zu Hause immer Knabberereien gibt (siehe Grafik 42).

Grafik 42: Ernährungsgewohnheiten der Kinder aus Sicht der Eltern_2. Angaben in absoluten Zahlen, n=6



Bewegungsverhalten der Kinder

Ergebnisse des Münchner Fitnesstests für Kinder und der Schrittzählermessungen

Um etwas über die konditionellen und koordinativen Fähigkeiten der Kinder zu erfahren wurde der „Münchner Fitnesstest für Kinder“ im Zuge von Turnstunden angewendet. Der Test setzt sich aus insgesamt sechs Übungen (Ballprellen, Zielwerfen, Rumpf- /Hüftbeugen, Standhochsprung, Halten im Hang und Stufensteigen) zusammen.⁹

Diese Turndaten liegen nur von der ersten und der zweiten Messung, von insgesamt fünf Kindern (drei Mädchen und zwei Jungen zwischen 9 und 13 Jahren) vor.

Die Durchführenden dieser Turnstunden vergaben Punkte für die einzelnen Übungen, woraus sich durchschnittliche Werte herausbildeten. Bei der ersten Messung lagen diese Werte zwischen 32,8 und 56 Punkten, woraus sich ein gesamter Durchschnitt von 42,4 Punkten für alle Übungen ergibt. Bei der dritten Messung ergaben die durchschnittlichen Werte eine Spanne von 36,4 bis 55,6 Punkte, woraus sich ein gesamter Durchschnitt von 46,1 Punkten ergibt. Dieser Vergleich zeigt, dass sich die körperliche Fitness der Kinder zwischen den beiden Messzeitpunkten um durchschnittlich 3,7 Punkte verbessert hat.

Von insgesamt sieben Kindern liegen Schrittzählermessungen vom ersten Erhebungszeitpunkt vor, von insgesamt vier Kindern liegen welche vom letzten Zeitpunkt vor. Diese ergaben, dass die Kinder bei der ersten Messung durchschnittlich 7.538 Schritte pro Tag zu Fuß gingen, wobei die Spanne von 4.965 bis zu 10.517 Schritten pro Tag reicht. Die dritte Messung ergab eine durchschnittliche Schrittzahl von 8.174 Schritten pro Tag, mit einer Spanne von 3.453 bis zu 18.006 Schritten pro Tag.

3.1.4 Medizinische Parameter der Kinder des zweiten Kursdurchgangs

Von insgesamt fünf Kindern gibt es Messwerte zum BMI-Perzentilwert, dem Bauchumfang und den Blutdruckwerten der ersten Messung zu Kursbeginn und der dritten

⁹ Nähere Informationen dazu: <http://www.lehrer-online.de/221465.php> (Eingesehen am 29.11.2012)

beziehungsweise vierten Messung 12 Monate nach Kursbeginn. Bei diesen Kindern sind Vergleiche zwischen den beiden Messzeitpunkten möglich.

Definition von Adipositas bei Kindern

Für die Definition von Adipositas bei Kindern wird der BMI-Perzentilwert verwendet¹⁰. Von neun Kinder liegen die BMI-Perzentilwerte zu Kursbeginn vor: Ein Kind von Adipositas Grad I, ein Kind Adipositas Grad II und sieben von Adipositas Grad III. Von insgesamt fünf Kindern, zwei Jungen und drei Mädchen zwischen 9 und 13 Jahren, liegt dieser Wert von insgesamt vier Messzeitpunkten vor. Es wird jeweils der Wert der ersten mit dem Wert der vierten Messung verglichen.

Bei einem Jungen ist eine positive Veränderung des BMI-Perzentilwertes von „Ausgeprägte Adipositas Grad II“ zu „übergewichtig“ erkennbar. Besonders erfreulich ist weiters, dass sich bei ein Mädchen der BMI-Perzentilwert der Klassifikation „extreme Adipositas“ (Ausgeprägte Adipositas Grad III) hin zur Gruppe „Ausgeprägte Adipositas Grad II“ entwickelt hat. Ein anderes Mädchen und ein Junge befinden sich, trotz gesunkenem BMI-Wert im Laufe der vier Messungen, nach wie vor im Bereich „Ausgeprägte Adipositas Grad II“. Bei einem Mädchen hat sich der BMI-Perzentilwert auch nicht verändert und sie befindet sich nach wie vor in der Klassifikation „übergewichtig“.

Bauchumfang bei Kindern

Von insgesamt fünf Kindern, drei Mädchen und zwei Jungen zwischen 9 und 13 Jahren, liegen Messwerte zum Bauchumfang vor. Um die Entwicklung des Bauchumfangs der Kinder darzustellen, werden die Messwerte von der ersten und der vierten Erhebung miteinander verglichen. Durchschnittlich haben diese fünf Kindern zwischen den beiden Messzeitpunkten 3,3 cm Bauchumfang verloren. Ein Junge hat insgesamt 4,5 cm Bauchumfang verloren. Die Spanne nach der letzten Messung reicht von 78 cm bis 94 cm Bauchumfang.

Blutdruckwerte bei Kindern

Wie bereits beschrieben, wird für die Beurteilung der Blutdruckwerte eine kindgerechte Referenztable verwendet (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Blutdruckwerte Kinder¹¹

Alter	Normal (Mittelwert)	Beginn Hypertonie (95. Perzentile)
4 Jahre	95 / 50 mm Hg	über 110 / 70 mm Hg
8 Jahre	100 / 60 mm Hg	über 115 / 80 mm Hg
12 - 16 Jahre	105 / 62 mm Hg	über 125 / 80 mm Hg

Von insgesamt drei Mädchen und zwei Jungen, zwischen neun und zwölf Jahren, liegen Blutdruckwerte sowohl von der ersten als auch von der letzten Erhebung zum Vergleich vor.

¹⁰ Zur Erklärung von Perzentilwerten siehe:

http://www.psychotherapiepraxis.at/surveys/test_bmi_test.phtml (Eingesehen am 29.11.2012)

¹¹ Zur Erklärung der Blutdruckwerte siehe:

<http://www.hochdruckliga.de/blutdruckwerte-von-kindern.html> (Eingesehen am 29.11.2012)

Bei insgesamt drei Kindern sank der Blutdruckwert zwischen erster und vierter Messung. Bei einem Jungen und einem Mädchen stieg dieser zwar etwas an, befindet sich jedoch noch immer im Normalbereich.

Tabelle 11: Blutdruckwerte der Kinder bei der 1. und 4. Messung, Werte aus der Referenztablelle, n= 5

Geschlecht	Alter	1. Messung	4. Messung
m	9	106/66	92/61
m	11	110/70	124/85
w	10	116/76	116/69
w	11	103/66	106/66
w	13	117/80	107/68

3.3 Rückmeldungen zum Vortragsmodul

Das Familienmodul wurde erweitert um eine größere Anzahl an Eltern und Kinder zu erreichen. Das Projektteam traf in Absprache mit dem Evaluationsteam die Entscheidung, dass eine größere Zahl von Eltern und Kinder über die Dreierkonstellation: Schulsystem – Eltern – Kind zu erreichen ist. Der angestrebte Wissenstransfer passierte durch diverse Vorträge an Schulen und anderen Institutionen, durch eine Vortragsreihe in einer Volkshochschule und durch mehrere Gesundheits-Aktionstage an Schulen. Die Inhalte dieser unterschiedlichen Aktionen stützten sich auf die drei Säulen des Projektes: Psychische Gesundheit – bewusste Ernährung – mehr Bewegung.

Das Projektteam plante insgesamt 705 Personen mit diesem veränderten Modell zu erreichen. Erfreulicher Weise konnten durch dieses neue, geänderte Konzept insgesamt 1261 SchülerInnen, LehrerInnen, MultiplikatorInnen, Interessierte und Eltern erreicht werden.

3.3.1 Rückmeldungen zu Vorträgen an Schulen und anderen Institutionen

Von unterschiedlichen Vortragenden wurden 15 Vorträge an diversen Schulen (Rothenburgschule, De la Salle Schule, Oskar-Spiel-Schule, BHAK-Wien) und anderen Institutionen (zB.: Jugend am Werk, Haus Arndtstraße) abgehalten, bei welchen insgesamt 288 Personen erreicht wurden. Die Vorträge bestanden jeweils aus thematischen Inputs zu bewusster Ernährung, Bewegungsverhalten, Umstellung der Lebensgewohnheiten, praktischen Tipps für genussvolles Essen im Alltag und vieles mehr. Wahlweise wurden auch Genuss- und Konzentrationsübungen und ein Zuckerquiz in diese Vorträge eingebaut. In den Schulen wurde eine Station zu „gesunder Ernährung“ aufgebaut, zu welcher die SchülerInnen kommen konnten um sich zu diesem Thema zu informieren und um ihr eigenes Wissen zu diesem Themenbereich zu testen.

Rückmeldungen der Eltern

Insgesamt 41 Eltern (39 Frauen, 2 Männer) füllten nach den Vorträgen Evaluationsbögen aus. Die befragten Eltern sind im Durchschnitt 42,6 Jahre alt (Spanne: 21 – 72 Jahre), zwei Drittel der befragten Erwachsenen kommen aus Österreich, die restlichen stammen aus der Türkei oder einem anderen Herkunftsland. 14 Personen gaben an ein Kind zu haben, 13 Personen haben zwei Kinder und insgesamt 11 Erwachsene haben drei oder mehrere Kinder. Die Frage: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dieser Veranstaltung?“ (1=sehr

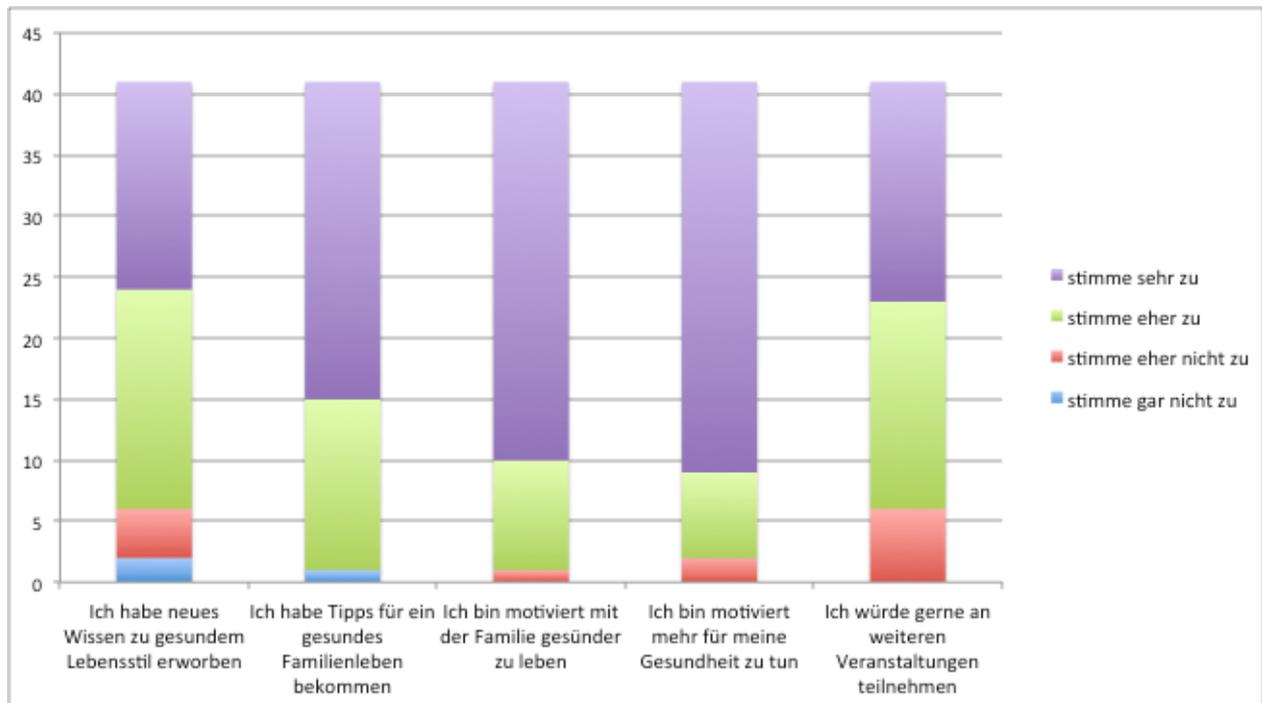
zufrieden, 4=sehr unzufrieden) beantworteten 39 Eltern durchschnittlich mit einem Wert von 1,1, was auf eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Vorträgen schließen lässt.

Die allgemeine Zufriedenheit mit den Vorträgen spiegelt sich auch bei der Abfrage nach der Zustimmung zu den in Grafik 43 dargestellten fünf Aussagen wider. Erfreulich ist, dass die überwiegende Mehrheit der Eltern zu den unterschiedlichen Aussagen sehr bzw. eher zustimmt. Die meisten Erwachsenen stimmen den Aussagen: „Diese Veranstaltung hat mich motiviert, mehr für meine eigene Gesundheit zu tun“ und „Diese Veranstaltung hat mich motiviert, gemeinsam mit meiner Familie mehr für die Gesundheit zu tun“ zu. Diese Einschätzung deutet auf eine erfolgreiche Konzipierung des Vortragsmoduls hin, da eines der Hauptziele war, durch die Vorträge zum einen den Wissenstransfer zu Gesundheitsthemen zu schaffen und zum anderen, die Eltern zu einem Umdenken in Richtung gesünderem Lebensstil zu motivieren. Insgesamt sechs befragte Eltern möchten eher nicht an weiteren Veranstaltungen zu diesem Themenbereich teilnehmen. Weiters ist positiv, dass bis auf sieben befragte Eltern, alle den Aussagen sehr bzw. eher zustimmen, dass sie im Rahmen dieser Veranstaltung neues Wissen zum Thema Förderung eines gesunden Lebensstils erworben haben und dass sie brauchbare Tipps erhalten haben, wie sie als Familie (noch) gesünder leben können (siehe Grafik 43).

Kommentare waren:

„Ein sehr interessanter Vortrag.“
 „Herzlichen Dank!“

Grafik 43: Rückmeldungen der Eltern zum Vortragsmodul. Angaben in absoluten Zahlen, n=41



Rückmeldungen der SchülerInnen

Insgesamt 180 SchülerInnen der Rothenburgschule und der BHAK-Wien 22 gaben Rückmeldungen zu den Vorträgen. Die SchülerInnen wurden gefragt, wie ihnen die Station „gesunde Ernährung“ gefallen hat und konnten einschätzen, ob sie durch diese Station

etwas Neues gelernt haben. Die SchülerInnen konnten durch das Ankreuzen von Smileys (gut/schlecht und ja/nein) Rückmeldungen geben. Manche der SchülerInnen wählten bei ihrem Feedback die Mitte der beiden Smileys. Von den 180 befragten SchülerInnen gaben insgesamt 159 Personen an, dass ihnen die Station zu gesunder Ernährung gut gefallen hat, elf SchülerInnen gaben an, dass ihnen diese Station schlecht gefallen hat und zehn SchülerInnen entschieden sich für „mittel“. Ähnlich positiv waren die Rückmeldungen zur Frage, ob die SchülerInnen durch diese Station etwas Neues gelernt haben. Insgesamt 146 meinten „ja“, acht gaben an „nein“ und sechs SchülerInnen gaben die Rückmeldung „mittel“. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Station zu gesunder Ernährung den SchülerInnen gut gefallen hat und sie diese auch gern besucht haben. Diese Einschätzung deckt sich mit den Erfahrungen jener Personen, die diese Stationen betreut haben. Erfreulich war weiters, dass die SchülerInnen sehr am Thema interessiert waren und auch aktiv zu unterschiedlichen Bereichen nachfragten.

Rückmeldungen der LehrerInnen und der MultiplikatorInnen

Insgesamt 17 VS-LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und BehindertenpädagogInnen (15 Frauen, 2 Männer) füllten nach den Vorträgen Evaluationsfragebögen aus. Die Frage: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dieser Veranstaltung?“ (1=sehr zufrieden, 4=sehr unzufrieden) beantworteten 16 MultiplikatorInnen durchschnittlich mit einem Wert von 1,3, was auf eine hohe Zufriedenheit mit den Vorträgen hindeutet.

Der Großteil der befragten MultiplikatorInnen stimmt den sechs Aussagen sehr bzw. eher zu. Erfreulich ist, dass mehr als zwei Drittel der Befragten der Aussage: „Ich kann die Inhalte dieser Veranstaltung in meiner beruflichen Praxis gut anwenden“ sehr zustimmen. Da dies eines der Hauptziele der Vorträge für MultiplikatorInnen war. Eine Möglichkeit, warum verglichen mit den restlichen Aussagen, nur wenige Befragte folgende Aussage: „Ich habe in dieser Veranstaltung Ideen erhalten, wie ich Eltern Wissen über einen gesünderen Lebensstil näher bringen kann“ einschätzten, ist, dass nur ein Teil der befragten MultiplikatorInnen auch direkten Kontakt zu Eltern hat. Insgesamt vier Personen stimmen dieser Aussage eher nicht bzw. gar nicht zu. Zusammenfassend kann auch hinsichtlich der Rückmeldungen von den MultiplikatorInnen festgestellt werden, dass die Inhalte der Vorträge sowie die Verwertbarkeit dieser in der eigenen beruflichen Praxis als positiv eingeschätzt werden. Bis auf eine Person würden alle Befragten gerne an weiteren Veranstaltungen zu diesem Themenbereich teilnehmen (siehe Grafik 44).

Kommentare waren:

„Die Informationsveranstaltung für LehrerInnen war in diesem Sinne nicht notwendig. Der Vormittag für die Kinder war großartig!“

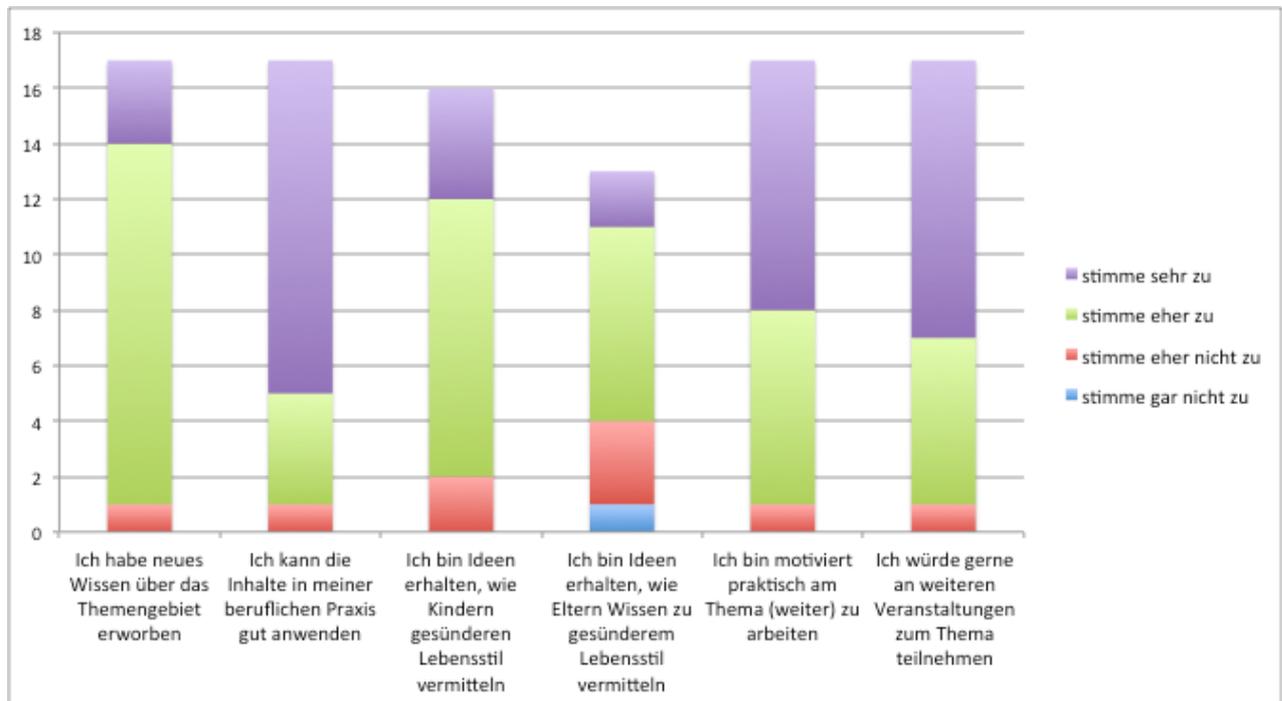
„Zwei Stunden waren zu kurz.“

„Die praktischen Übungen, die Diskussionen und die Beispiele waren sehr hilfreich. Leider war es fast zu wenig Zeit.“

„Die Kleingruppenarbeit war gut und der Workshop auch.“

„Ein sympathischer und lockerer Vortrag. Danke!“

Grafik 44: Rückmeldungen der LehrerInnen und der MultiplikatorInnen zum Vortragsmodul. Angaben in absoluten Zahlen, n=17



3.3.2 Rückmeldungen zur Vortragsreihe an der VHS Rudolfshiem-Fünfhaus

Drei Expertinnen hielten im Zuge einer Vortragsreihe 5 Vorträge an der VHS Rudolfshiem-Fünfhaus, an welchen insgesamt 40 interessierte Personen teilnahmen. Die Inhalte waren sehr vielfältig und unter anderem wurden folgende thematisiert: Übergewicht und warum Diäten nicht funktionieren, wie kann man gesunde Ernährung alltagstauglich machen und wie man einfach Kalorien einsparen kann, Grundumsatz und Leistungsumsatz und die Vorteile von Bewegung, Essen und Psyche und warum man isst, obwohl man eigentlich satt ist, Essen und Emotionen, Motivation zur Veränderung und wie kann es wirklich funktionieren.

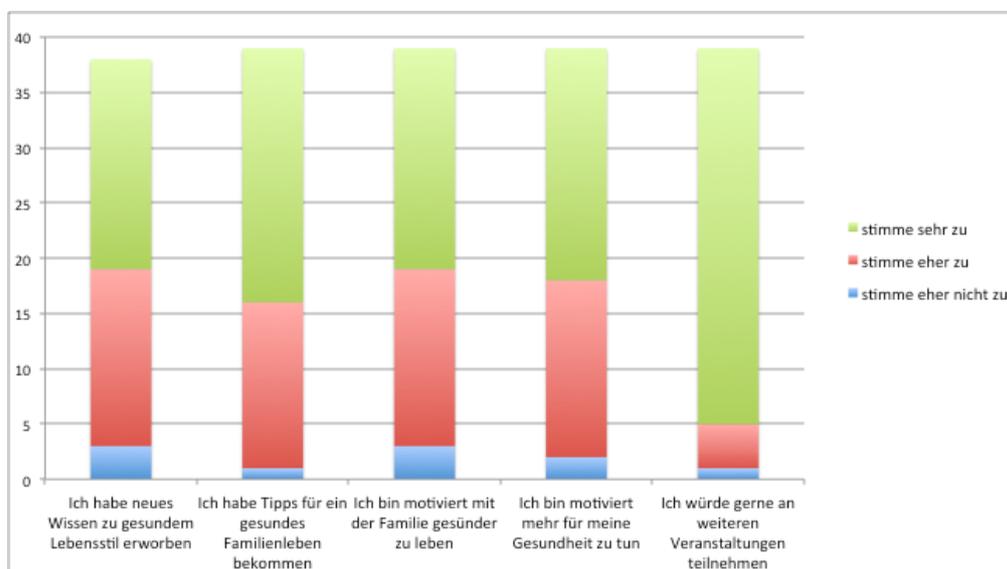
Insgesamt 39 Interessierte (38 Frauen und ein Mann) füllten im Anschluss an die Vorträge die Evaluationsfragebögen aus. Die Personen sind im Durchschnitt 45,6 Jahre alt (Spanne: 28 – 63 Jahre) und bis auf vier Personen stammen alle Befragten aus Österreich (Angaben dazu von 36 Personen). Die Frage: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dieser Veranstaltung?“ (1=sehr zufrieden, 4=sehr unzufrieden) beantworteten 39 Befragte durchschnittlich mit einem Wert von 1,3, was auf eine hohe Zufriedenheit mit den Vorträgen schließen lässt.

Erfreulich ist, dass keine der befragten Personen einer der fünf Aussagen gar nicht zustimmt. Der Großteil der Personen stimmt den Aussagen sehr bzw. eher zu. Jeweils drei Personen stimmen den Aussagen hinsichtlich des Erwerbs neuen Wissens durch diese Veranstaltung und der zusätzlichen Motivation, nun mit der Familie gemeinsam mehr für die Gesundheit zu tun, eher nicht zu. Sehr positiv ist außerdem, dass bis auf fünf Personen, alle Befragte der Aussage, dass sie an weiteren Veranstaltungen zu diesem Themenbereich teilnehmen würden, sehr zustimmen (siehe Grafik 45).

Kommentare waren:

- „Die Vortragende ist sehr sympathisch.“
- „Ein guter Vortrag, allerdings war für mich wenig Neues dabei.“
- „Für mich waren es zu viele Informationen.“
- „Sehr viel Stoff in kurzer Zeit. Aber sehr interessant.“

Grafik 45: Rückmeldungen zur Vortragsreihe an der VHS Rudolfsheim-Fünfhaus. Angaben in absoluten Zahlen, n=39



3.3.3 Rückmeldungen zu den Gesundheits-Aktionstagen an Volksschulen

Unterschiedliche Expertinnen gestalteten insgesamt sechs Gesundheits-Aktionstage an vier Schulen (De la Salle Schule, Oskar-Spiel-Schule, VS Deckergasse, Rothenburgschule), bei welchen insgesamt 933 SchülerInnen und LehrerInnen erreicht werden konnten.

Unterschiedliche Themen zu gesunder Ernährung, Bewegung und dem eigenen Selbstwert wurden gemeinsam mit den SchülerInnen erarbeitet, darauf folgten thematische Inputs und das erworbene Wissen wurde fortlaufend mit praktischen Übungen umgesetzt und veranschaulicht. Die SchülerInnen sind im Alter von 6 bis 10 Jahren und konnten im Anschluss an die Veranstaltung diese bewerten. Dem Alter entsprechend wurde die Evaluationsmethode vereinfacht. Die Kinder sahen auf einem Plakat zwei Fragen dargestellt: „Wie hat es dir gefallen?“ und „Hast du heute etwas Neues gelernt?“ zu welchen sie jeweils einen Klebepunkt auf ein lachendes oder unzufriedenes Smiley-Gesicht kleben konnten. Insgesamt 786 Kinder klebten ihre Punkte zum Smiley, der dafür steht, dass es ihnen gut gefallen hat, 29 Kinder zum Smiley, der dafür steht, dass es ihnen nicht so gut gefallen hat.

815 Kinder waren der Meinung, dass sie etwas Neues gelernt haben und 59 klebten ihren Punkt zum Smiley, welcher dafür steht, dass sie nichts Neues gelernt haben. Obwohl das Evaluationstool für die Kinder an deren Bedürfnisse angepasst wurde, ist das Ergebnis dennoch mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Vortragende meldete dem Evaluationsteam zurück, dass manche Kinder beispielsweise ihre Punkte „nur“ in das unzufriedene Smiley-Face klebten, um sich damit von den anderen Kindern zu unterscheiden. Andere Kinder klebten die Konturen der Smiley-Faces mit ihren Punkten, ohne dabei auf die Fragestellung zu achten. Im Allgemeinen merkten die Vortragenden jedoch an, dass die Stimmung in den Klassen sehr gut war und die Kinder sehr viel Spaß an den Übungen und dem Zuckerquiz hatten. Außerdem hat der Wissenstransfer durch die Kinder gut funktioniert, da diese zu Hause vom Aktionstag erzählten und dadurch der angestrebte Wissenstransfer durch diese Dreierkonstellation Kind – Schulsystem – Eltern gut funktioniert hat.

4. Anhang: Auflistung der zu Scores zusammengefassten Fragestellungen aus dem AD-EVA Fragebogen

Salutogenes Essverhalten

Mittlere Kontrolle

- Bei Süßigkeiten reichen mir kleine Mengen, die ich bewusst genieße
- Ich habe kaum Heißhungerattacken
- Wenn mir Essen angeboten wird und ich satt bin, kann ich auch problemlos ablehnen
- Langeweile verführt mich nicht zu vermehrtem Essen
- Ich bin mit meinem Körper einigermaßen zufrieden
- Ich kann auch Reste auf meinem Teller lassen, wenn ich bereits satt bin
- Ich kann in Restaurants auch ohne Probleme kleinere Portionen bestellen
- Bei Kummer kenne ich bessere Strategien, als nur aus Frust zu essen
- Ich kann Komplimente gut annehmen
- Bei der Essensauswahl an einem üppigen Buffet schaffe ich es, die Kontrolle nicht völlig zu verlieren
- Ich bin meinen Essensgelüsten nicht hilflos ausgeliefert

Genussvoller Umgang mit Essen

- Essen bedeutet für mich auch Genuss
- Medien gaukeln uns ein unrealistisches Körperideal vor
- „Kleine Sünden“ zwischendurch sind hin und wieder erlaubt
- Grillen mit Freunden oder ein Restaurantbesuch mit meinem Partner machen mir Spaß
- Am besten schmeckt mir mein Essen, wenn ich richtig hungrig bin
- In meiner Ernährung sind alle Lebensmittel erlaubt
- Es liegt auch an mir und meinem Verhalten, ob ich zu- oder abnehme oder mein Gewicht halte

Sport

- Ich versuche, meine Talente und Begabungen im Bereich Sport und Bewegung zu nutzen
- Ich versuche Bewegung im Alltag einzubauen z.B. zu Fuß zur Arbeit oder Treppen statt Lift
- Ich treibe regelmäßig Sport
- Bewegung macht mir Spaß
- Sport ist eines meiner Hobbys
- Wenn ich einmal zuviel gegessen habe, versuche ich, das durch mehr Bewegung wieder auszugleichen
- Auch wenn ich nie ein/e SpitzensportlerIn sein werde, versuche ich mein Bestes zu geben

Empfehlungen umsetzen

- Meine Ernährungspalette ist breit und abwechslungsreich
- Ich versuche, so häufig wie möglich Obst und Gemüse zu essen
- Ich bevorzuge bei Wurst - oder Käsesorten die fettärmeren Varianten
- Ein Spaziergang an der frischen Luft hilft mir bei Kummer
- Bei meiner Kleidung achte ich darauf, dass sie meine körperlichen Vorzüge betont

Pathogenes Essverhalten

Kognitive Kontrolle

- Ich versuche oft, zwischen den Mahlzeiten nichts zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.
- Wenn ich in letzter Zeit zugenommen habe, esse ich weniger als sonst.
- Bei der Entscheidung, was ich esse, denke ich an mein Gewicht.
- Ich versuche während der Mahlzeiten weniger zu essen, als ich gerne essen würde.
- Ich esse absichtlich weniger, um nicht zuzunehmen.
- Ich esse absichtlich kalorienarme Lebensmittel.
- Ich achte genau auf das, was ich esse.
- Ich versuche oft, am Abend nichts zu essen, weil ich auf mein Gewicht achte.
- Ich lehne oft Speisen oder Getränke ab, weil ich um mein Gewicht besorgt bin.
- Wenn ich an einem Tag zu viel gegessen habe, esse ich am nächsten Tag weniger.

Störbarkeit

- Wenn ich an einer Bäckerei oder einem Café vorbei komme, möchte ich mir gerne etwas Leckeres kaufen.
- Wenn Speisen gut riechen und aussehen, esse ich mehr als sonst.
- Ich kann nicht widerstehen, schmackhafte Speisen zu essen.
- Wenn ich eine Mahlzeit zubereite, neige ich dazu, davon zu naschen.
- Ich habe auch zwischen den Essenszeiten Hunger.
- Wenn ich andere essen sehe, möchte ich auch gerne etwas essen.
- Wenn mir ein Gericht gut schmeckt, esse ich mehr als sonst.
- Wenn ich etwas Schmackhaftes sehe oder rieche, würde ich es am liebsten sofort essen.
- Wenn ich etwas Leckeres zu essen habe, esse ich es sofort.
- Ich esse mehr als sonst, wenn ich andere essen sehe.

Emotionsessen

- Ich würde am liebsten etwas essen, wenn etwas nicht so läuft wie ich es möchte oder wenn was falsch gelaufen ist.
- Wenn ich verunsichert bin, habe ich den Wunsch zu essen.
- Ich habe Lust, etwas zu essen, wenn ich traurig, deprimiert oder entmutigt bin.
- Ich habe den Wunsch zu essen, wenn etwas Unangenehmes auf mich zukommt.
- Wenn ich beunruhigt, besorgt oder angespannt bin, möchte ich etwas essen.
- Ich möchte am liebsten etwas essen, wenn ich ärgerlich bin.
- Wenn ich mich einsam fühle, würde ich am liebsten etwas essen.
- Ich würde am liebsten etwas essen, wenn ich enttäuscht bin.

Umgang mit Nahrungsmitteln

- Ich esse / nasche oft mehr als mir gut tut, weil der Drang so stark ist.
- Die Lust auf Essen/Naschen kann einen verrückt machen.
- Ich werde immer ein besonders stark ausgeprägtes Verlangen nach Essen/Naschen haben
- Andere können sich gar nicht vorstellen, wie stark mein Drang nach übermäßigem Nahrungsmittelkonsum ist.
- Die Lust auf Essen/Naschen ist stärker als mein Wille.

- Essen/Naschen ist besser als alle anderen Tätigkeiten.
- Ich muss immer mehr essen/naschen, damit ich mich satt fühle.
- Ich weiß, wie schädlich Übergewicht ist, aber ich kann mich einfach nicht beherrschen.
- Ich sollte mich mehr bewegen, aber dann müsste ich das Essen/Naschen ziemlich einschränken.
- Wenn ich nicht richtig viel gegessen/genascht habe, kann ich mich nicht entspannen, nicht einschlafen etc.
- Ich wäre bei meiner Arbeit viel erfolgreicher/effizienter wenn ich das Essen/Naschen einschränken könnte.

Vorklinische Eßstörungen

- Ich habe große Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden
- Ich habe in letzter Zeit (in den letzten 6 Monaten) absichtlich weniger gegessen
- Ich habe in letzter Zeit (in den letzten 6 Monaten) absichtlich anders gegessen
- Ich finde Diäten zum Abnehmen sehr gut
- Ich habe das Gefühl, insgesamt oder an Teilen meines Körpers zu dick zu sein
- Mir macht die Vorstellung, 3-5 kg zuzunehmen Panik!

Binge Eating, Big Eating, Klinische Bulimie

Big Eating

- Ich verschlinge dabei in kurzer Zeit relativ große Nahrungsmengen
- Ich kann mich dabei nicht kontrollieren
- Ich esse schneller als normal und bis ich mich unangenehm voll fühle
- Ich esse obwohl ich mich körperlich nicht hungrig fühle

Binge Eating

- Ich bekomme ein Gefühl der Verzweiflung
- Ich habe die Essanfälle mind. 2 Tage pro Woche
- Ich achte darauf dass ich beim „Fressen“ alleine bin
- Nach den Essanfällen erbreche ich / nehme Abführmittel / Entwässerungstabletten oder betreibe Sport

Lebensqualität

Lebensqualität

- Ich fühle mich zumeist: sehr schlecht - sehr gut
- Ich kann körperlich: sehr wenig unternehmen - sehr viel unternehmen
- Meine Sozialkontakte sind: sehr unbefriedigend - sehr befriedigend
- Meine Arbeit macht mir: sehr wenig Spaß – sehr viel Spaß
- Meine Freude am Sex ist: sehr gering – sehr hoch

Bewegungsmotivation

...aus Spaß und Befriedigung

- weil es mir Spaß/Freude macht
- weil ich mich abreagieren kann
- weil ich etwas leisten kann

- weil ich mit Freunden sein kann
- weil ich in der Natur sein kann

...aus ästhetischen Gründen

- weil ich schlanker werde
- weil ich mich wohler fühle
- weil ich schöner werde

Ernährungspräferenzen

- Ich esse Fast Food außer Haus bei Imbissständen, McDonalds, etc.
- Ich esse außer Haus in einer Kantine, Cafeteria, etc.
- Ich esse außer Haus in Restaurants, bei Freunden, Verwandten, etc.
- Ich koche meine Mahlzeiten selbst
- Ich esse Fertiggerichte