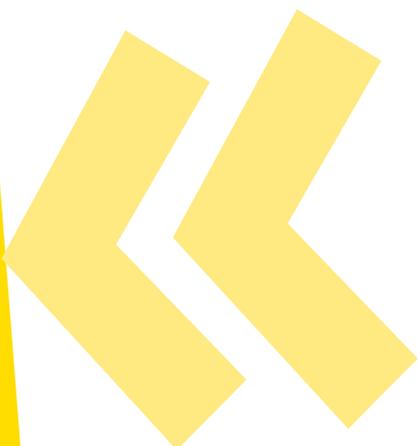


Band 4

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET



Qualitätskriterien für Programme zur Präven- tion und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen



Qualitätsraster für
Präventionsmaßnahmen

Konsensuspapier Patienten-
schulungsprogramme

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – z. B. in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte und Modelle – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Über- gewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

**Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen
für übergewichtige und adipöse Kinder und
Jugendliche**

Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw

**Konsensuspapier
Patientenschulungsprogramme für Kinder
und Jugendliche mit Adipositas**

Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 4
Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie
von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
Köln: BZgA, 2005

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/8992-0

Fax: 02 21/8992-300

Projektleitung: Cornelia Goldapp

E-Mail: cornelia.goldapp@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500

Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-06-9

Band 4 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 644 000

Vorwort

Für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas werden in Deutschland zahlreiche ambulante und stationäre Maßnahmen offeriert – von Internetangeboten über Programme in Praxen von Kinderärztinnen und -ärzten, Ernährungsberatungsstellen und Sportvereinen bis hin zu spezialisierten Gruppenangeboten. Da jedoch bezüglich der Kriterien zur Behandlungsbedürftigkeit sowie zur Struktur und zu den Inhalten der Angebote nur lückenhafte Erkenntnisse vorliegen, sind nachvollziehbare Empfehlungen bzw. Bewertungen dieser Angebote kaum möglich. Um diesen Missstand zu beseitigen, wurde mit den maßgeblichen Verantwortlichen ein Prozess eingeleitet, der zum Ziel hat, die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher qualitativ zu verbessern. Im ersten Schritt wurden von zwei Arbeitsgruppen Qualitätskriterien der Prävention und Behandlung von kindlichem Übergewicht zusammengetragen. Sie basieren auf dem derzeit vorhandenen Expertinnen- und Expertenwissen zur Struktur- und Prozessqualität von Übergewichtsmaßnahmen.

In einer Arbeitsgruppe entstand der *Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht*. Der Qualitätsraster richtet sich an Angebote, die mit Kindern arbeiten, die übergewichtig sind und noch keine Folgeerkrankungen entwickelt haben. An der Entwicklung waren Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Institutionen wie der Fachgesellschaft Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, des Robert Koch-Institutes sowie Vertreterinnen und Vertreter des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung beteiligt. Diese Arbeitsgruppe wurde geleitet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

In einer zweiten Arbeitsgruppe wurde das *Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas* entwickelt. Dieses enthält Kriterien für Schulungsprogramme, die für stark übergewichtige, also adipöse Kinder und Jugendliche angeboten werden. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe waren Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Krankenversicherungen, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Fachgesellschaften. Diese Arbeitsgruppe wurde geleitet vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Der Qualitätsraster und das Konsensuspapier sollen allen in der Versorgung von übergewichtigen und adipösen Kindern tätigen Kräften eine Hilfestellung und Anregung bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geben. Die Publikation richtet sich damit an die Kostenträger, die Anbieterinnen und Anbieter von Programmen sowie weitere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Kinderärztinnen und -ärzte sowie Pädagoginnen und Pädagogen.

Ich freue mich, dass es gelungen ist, gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachverbände zu Empfehlungen zu kommen, aber auch noch vorhandene Defizite zu benennen. Da Daten bzw. Studien zu langfristigen Effekten der Angebote fehlen, ist ein solcher fachlicher Konsens ein wichtiger erster Schritt, um die Qualität der Prävention und Therapie von kindlichem Übergewicht zu erhöhen.

Weitere Schritte werden von der BZgA in Zusammenarbeit mit den Fachverbänden im Rahmen des Qualitätssicherungsprozesses unternommen. Dazu gehört zum einen die bundesweite qualitätsorientierte Bestandsaufnahme von Adipositas-Präventionsangeboten, der die oben genannten Kriterien des Qualitätsrasters und des Konsensuspapiers zugrunde liegen. Zum anderen wurde 2005 die multizentrische Beobachtungsstudie zu den Effekten unterschiedlicher ambulanter und stationärer Maßnahmen, die aktuell für übergewichtige und adipöse Kinder angeboten werden, eingeleitet. Die Ergebnisse dieser Aktivitäten werden zu einem späteren Zeitpunkt in weiteren Heften veröffentlicht.

Mein herzlicher Dank gilt allen, die zum Entstehen dieses Heftes beigetragen haben. In erster Linie den Mitgliedern der beteiligten Arbeitsgruppen, aber auch denjenigen Institutionen, die die Inhalte und Praktikabilität der Qualitätskriterien im Arbeitsalltag erprobt haben.

Ich hoffe, dass der Qualitätsraster und das Konsensuspapier dazu beitragen werden, dass zukünftig vermehrt qualitativ hochwertige Programme entwickelt und angeboten werden.

Köln, September 2005

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort

1. Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche

Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw	7
1.1 Einführung: Hinweise zur Zielsetzung und Anwendung	8
1.2 Basisinformationen zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	11
1.2.1 Definition, Prävalenz und Gesundheitsrisiko	11
1.2.2 Erklärungsmodelle	13
1.2.3 Versorgung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Maßnahmen zur Prävention und Therapie	15
1.2.4 Qualitätssicherung	16
1.3 Qualitätskriterien für präventive Maßnahmen	17
1.3.1 Checkliste (A)	17
1.3.2 Ausformulierung der Kriterien (B)	18
1.4 Anhang	29
1.4.1 Literatur	29
1.4.2 Adressen	32
1.4.3 Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m ²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren	34
1.4.4 Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m ²) von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren	35

2. Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas	
Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler	37
2.1 Präambel	39
2.2 Definition von Übergewicht und Adipositas	40
2.3 Häufigkeit und Verbreitung	40
2.4 Indikationsstellung – Wer gehört in Patientenschulungsprogramme?	42
2.5 Ziele – Was soll erreicht werden?	44
2.6 Qualitätsanforderungen – Welche Bedingungen müssen erfüllt sein?	45
2.7 Anforderungen an die Dokumentation	48
2.8 Weiterentwicklung und Ausblick	50
2.9 Anhang	52
2.9.1 Qualitätskriterien für Patientenschulungsprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche	52
2.9.2 Literatur	55

1 Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche

Vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Evaluation von Übergewichtsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen“ unter der Moderation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Erstellt von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Dr. Rose Shaw

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln, im Juli 2005

1.1 Einführung: Hinweise zur Zielsetzung und Anwendung

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellen heute eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Die Entwicklung und Durchführung hochwertiger Maßnahmen zur Prävention der gesundheitlichen Konsequenzen von Übergewicht haben angesichts der Verbreitung des Problems Priorität. Der Qualitätsraster soll zum einen eine Grundlage zur Bewertung von vorhandenen präventiven Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche darstellen, zum anderen aber auch Hinweise für die Entwicklung hochwertiger präventiver Maßnahmen geben. Es wurde dabei der Versuch unternommen, ein Instrument zu entwickeln, das für die breite Palette von in Deutschland für diese Zielgruppe angebotenen präventiven Maßnahmen Gültigkeit hat. Das Spektrum reicht dabei von mediengestützten Angeboten über lose Netzwerke von Kinderärztinnen- und Kinderarztpraxen, Sportverein und Ernährungsberatung bis zu spezialisierten multimodalen Gruppenangeboten.

Die primäre Zielgruppe der zu bewertenden bzw. zu entwickelnden Maßnahmen sollen dabei Kinder und Jugendliche mit einem BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile (Erläuterungen siehe unter 1.2.1 Definition, Prävalenz und Gesundheitsrisiko, Seite 11) ohne Vorliegen einer Folgeerkrankung¹ sein (übergewichtige Kinder). Liegt der BMI des Kindes/Jugendlichen zwischen der 97. und der 99,5. Perzentile (adipöse Kinder) und liegen weder Folgeerkrankung noch Risikofaktoren vor (wie familiäre Belastung, Insulinresistenz, Dyslipidämie [Fettstoffwechselstörungen], Motivationsprobleme [zum Beispiel fehlende Bereitschaft zur Verhaltensänderung]), kann der Raster ebenfalls zur Anwendung kommen. Der Einsatzbereich des Qualitätsrasters liegt also im Bereich der gesundheitlichen Prävention (siehe Tabelle 1). Für therapeutische Angebote für adipöse Kinder und Jugendliche bzw. übergewichtige Kinder/Jugendliche mit Vorliegen einer Folgeerkrankung wurden vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) Konsenskriterien entwickelt, nach denen eine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V empfohlen wird (siehe Literaturverzeichnis).

¹ NASH (nichtalkoholische Fettleberhepatitis), Dyslipidämie, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, Pubertas Praecox, Syndrom der polyzystischen Ovarien und orthopädische Erkrankungen in Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht.

Mit erhöhtem Körpergewicht assoziiert ...	Keine Risikofaktoren	Risikofaktor *	Krankheit **
<i>Extreme Adipositas</i> (BMI > 99,5. Perzentile)			
<i>Adipositas</i> (BMI > 97. bis < 99,5. Perzentile)			
<i>Übergewicht</i> (BMI > 90. bis < 97. Perzentile)			

*Als *Risikofaktoren* gelten: Insulinresistenz oder Dyslipidämie sowie familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades).

**Als *Krankheiten*, für deren Behandlung eine Reduktion des erhöhten Körpergewichtes notwendig ist, *sofern der Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht plausibel erscheint*, werden angesehen: Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung), Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen.

Tab. 1: Anwendbarkeit des Qualitätsrasters (graue Fläche) in Abhängigkeit vom Ausmaß des Übergewichts und der mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten Risikofaktoren bzw. Krankheiten.

Der Qualitätsraster richtet sich vor allem an zwei Zielgruppen. Zum einen soll der Raster für Kostenträger eine Grundlage bieten, präventive Angebote fundiert bewerten zu können und damit eine Entscheidungsgrundlage für die Finanzierung oder Empfehlung einer Maßnahme darstellen. Zum anderen soll der Raster für Anbieterinnen und Anbieter aus den Bereichen Ökotrophologie, Psychologie, Sporttherapie sowie für Ärztinnen und Ärzte ein Basispapier für die Entwicklung, Durchführung und konzeptionelle Verbesserung von präventiven Angeboten darstellen und damit zu einer Optimierung der Versorgungssituation durch die Schaffung hochwertiger Maßnahmen beitragen.

Der Qualitätsraster wurde im Rahmen der von der BZgA initiierten Arbeitsgruppe „Evaluation von Übergewichtsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen“ entwickelt. Mitglieder der Arbeitsgruppe sind:

Prof. Dr. Jürgen Bengel (Dipl.-Psych.), Universität Freiburg

Dr. Thomas Böhler (Dr. med.), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg

Prof. Dr. Monika Bullinger (Dipl.-Psych.), Universität Hamburg

Dr. Andreas van Egmond-Fröhlich (Dr. med.), Kinder-Reha-Klinik, Bad Kösen

Cornelia Goldapp (Dipl.-Oecotroph.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (Dipl.-Psych.), Robert Koch-Institut (RKI), Berlin

Prof. Dr. Reinhard Holl (Dr. med), Universität Ulm

Thomas Kliche (Dipl.-Psych., Dipl.-Pol.), Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)

Christina Krüger (Dipl.-Psych.), Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)

Reinhard Mann (Dipl.-Psych.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Thomas Reinehr (Dr. med.), Vestische Kinderklinik, Datteln

Dr. Rose Shaw (Dipl.-Psych.), Institut für Therapieforschung (IFT), München

Jürgen Töppich (Dipl.-Soz.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Prof. Martin Wabitsch (Dr. med.), Universität Ulm

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (Dipl.-Psych.), Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg

Dr. Ute Winkler (Dipl.-Soz.), Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Grundlage des Rasters waren neben der aktuellen wissenschaftlichen Literatur die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2003), die Bewertungskriterien für ambulante Programme nach § 43 Abs. 2 SGB V für adipöse Kinder und Jugendliche des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003), das Konsensuspapier „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ (Böhler, Wabitsch und Winkler 2004), der Qualitätsraster für Maßnahmen für übergewichtige Erwachsene der BZgA (1994) und das Qualitätssicherungskonzept der BZgA, (Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, Köln 2001).

Anwendung

Der Raster soll für eine breite Angebotspalette Gültigkeit haben. Durch diesen breiten Fokus ergibt sich notwendigerweise in bestimmten Anwendungsgebieten eine gewisse Unschärfe. Wer beispielsweise den Raster für mediengestützte Angebote (zum Beispiel Internetprogramme) anwenden möchte, sollte sich daher bei einigen Kriterien nicht am Wortlaut festklammern, son-

dern versuchen zu beurteilen, ob die dahinterliegende Idee verwirklicht wurde. „Personal“ würde in diesem Fall z.B. die Entwicklerinnen/Entwickler und/oder Betreuerinnen/Betreuer des Programms bedeuten. Die Dokumentation und Evaluation wird hier sicher nicht für jeden einzelnen Teilnehmer durchgeführt werden, aber es sollte sich herausfinden lassen, ob eine Evaluation des Angebotes durchgeführt wurde oder wird.

Dabei darf der Raster nur als Grundgerüst verstanden werden, das inhaltlich durch weitere Vertiefung des Fachwissens ausgefüllt werden muss. Dies gilt insbesondere auch für die Dokumentation und Evaluation der Maßnahme. Verschiedene Fachverbände bieten hierzu Schulungen an; auch die Kooperation mit einer Forschungseinrichtung kann hilfreich sein.

1.2 Basisinformationen zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

1.2.1 Definition, Prävalenz und Gesundheitsrisiko

Wie wird Übergewicht bei Kindern definiert?

Für die Messung des Übergewichts bei Erwachsenen hat sich inzwischen der Body-Mass-Index (BMI) international durchgesetzt, der das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße setzt. Der BMI ist definiert als Körpergewicht in Kilogramm, geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{(\text{Körpergröße in Meter})^2}$$

Da bei Kindern und Jugendlichen der BMI stark von den alters- und geschlechtsabhängigen physiologischen Veränderungen der Körpermasse beeinflusst wird, lässt sich das Ausmaß an Übergewicht nicht wie bei Erwachsenen durch feste Grenzwerte bestimmen. Es wurden daher mittels bevölkerungsbezogener Untersuchungen Referenzwerte entwickelt, die durch alters- und geschlechtsspezifische Perzentile eine Einstufung des individuellen Wertes erlauben. Perzentile bedeuten, dass der BMI in Bezug auf den BMI anderer Kinder im selben Alter und Geschlecht angegeben wird. Obwohl dieses Vor-

gehen nicht unumstritten ist, hat die Fachgesellschaft Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in Anlehnung an die internationalen Fachgesellschaften folgende Definition vorgeschlagen: Kinder, die die 90. alters- und geschlechtsspezifische Perzentile überschreiten (deren BMI also höher ist als bei 90% aller Kinder ihres Alters und Geschlechts), werden als übergewichtig eingestuft, liegt der BMI über der 97. Perzentile, liegt eine Adipositas vor, bei Überschreiten der 99,5. Perzentile wird von einer extremen Adipositas gesprochen. Perzentilwerte für Mädchen und Jungen finden sich im Anhang.

Wie verbreitet sind Übergewicht und Adipositas bei Kindern?

Übergewicht und Adipositas werden als ernsthaftes Gesundheitsproblem des 21. Jahrhunderts bezeichnet (WHO 2000 und 2003). In Deutschland sind, je nach Definition, 10–20% aller Schulkinder übergewichtig bzw. adipös (Benecke und Vogel 2003); von den 5- bis 6-jährigen Kindern sind bereits zwischen 8% und 13% übergewichtig, 4% bis 7% adipös (Wabitsch et al. 2002). Längsschnittstudien in verschiedenen Ländern zeigen einen dramatischen Anstieg der Prävalenzraten bei Kindern in den letzten Jahrzehnten (siehe Überblick bei Ebbeling et al. 2002). Nach Ergebnissen von regionalen Schuluntersuchungen scheinen auch in Deutschland die Raten anzusteigen (Böhm et al. 2002; Kromeyer-Hauschild und Jaeger 1998). Die Verteilung des BMI hat sich besonders im oberen Bereich verschoben, sodass gerade die stark adipösen Kinder immer schwerer geworden sind (Barth et al. 1997; Flegal und Troiano 2000).

Repräsentative Daten zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland wird der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes bringen, der bis 2006 Daten zur körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit, zur gesundheitlichen Versorgung und zum Verhalten erhebt. Nach den derzeit vorhandenen, noch nicht repräsentativen Informationen des Surveys wird von maximal 15% übergewichtigen Kindern in der Altersgruppe der 5- bis 7-Jährigen ausgegangen, bei den 10- bis 11-Jährigen sind es maximal 20% (Deutscher Bundestag 2005).

Welche Folgen hat Übergewicht im Kindes- und Jugendalter?

Direkte medizinische Folgen sind vor allem erhöhte kardiovaskuläre Risikofaktoren und orthopädische Probleme. Psychosoziale Probleme äußern sich als niedriges Selbstwertgefühl oder Depressionen. Geringere körperliche Fitness sowie andere Formen von Essstörungen sind ebenfalls häufige Konsequenzen von Übergewicht (Ebbeling et al. 2002; French et al. 1995). Beginnt

eine Adipositas bereits im Kindesalter, ist die Adipositas als Erwachsener deutlich stärker ausgeprägt und geht mit einer höheren Morbidität und Mortalität einher, als wenn der Beginn erst im Erwachsenenalter liegt (Seidell et al. 1996).

1.2.2 Erklärungsmodelle

Auf der einfachsten Ebene resultiert Übergewicht aus einem chronischen Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch, also einer positiven Energiebilanz. Die Faktoren, die auf dieses Ungleichgewicht einwirken, sind jedoch ausgesprochen komplex. Übergewicht und Adipositas müssen als multifaktorielle Erkrankungen betrachtet werden, deren Entwicklung von komplexen Interaktionen zwischen genetischen Einflüssen und Umwelteinflüssen abhängt. Genetische Faktoren allein können den schnellen Anstieg der Prävalenzraten in den letzten Jahrzehnten nicht erklären; als relevante Umweltfaktoren werden auf der individuellen Ebene vor allem die Ernährung und die körperliche Aktivität diskutiert. Metabolische Faktoren in der Schwangerschaft und im frühen Säuglingsalter (z. B. Ernährungszustand oder Diabeteserkrankung der Mutter, Stillen als protektiver Faktor) scheinen ebenfalls einen Effekt zu haben (Koletzko und von Kries 2001). Insgesamt ist die Datenlage über Schutz- und Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas jedoch ausgesprochen schmal.

Genetische Faktoren

Zwillings- und Adoptionsstudien legen nahe, dass ein hoher Anteil der Varianz (bis zu 70 %) durch genetische Einflüsse bestimmt wird (siehe Überblick bei Price 2002). In Tierstudien konnten einzelne Gendefekte identifiziert und in Einzelfällen bei Menschen bestätigt werden. So konnten beispielsweise Mutationen im Melanocortin-4-Rezeptor nachgewiesen werden, die bei ca. 2–4 % aller extrem adipösen Menschen auftreten (Hebebrand et al. 2003). Solche Gendefekte scheinen jedoch nicht direkt zu Übergewicht zu führen, sondern zu einer erhöhten Prädisposition, die sich im Zusammenspiel mit einem ungünstigen Lebensstil in Übergewicht ausdrückt (Allison und Comuzie 1998; Damcott et al. 2003).

Ernährung und elterliches Verhalten

Obwohl die Vermutung nahe liegt, dass übergewichtige Kinder mehr Kalorien und/oder Fett als Kinder ohne Gewichtsprobleme aufnehmen, ist die wissenschaftliche Befundlage hierzu nicht eindeutig. Dies ist möglicherweise auch

durch die Schwierigkeit zu begründen, zuverlässige Angaben zum Ernährungsverhalten von Kindern zu erhalten. Übergewichtige Kinder mit problematischem Ernährungsverhalten (zu viel, zu fettes und zu kalorienreiches Essen, unregelmäßige Mahlzeiten und häufiges Naschen zwischendurch) sind aufgrund ihrer genetischen Disposition im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern besonders gefährdet, dadurch Gewichtsprobleme zu entwickeln. Die Familie hat dabei einen starken Einfluss auf das Essverhalten: Über Modelllernen übernehmen die Kinder ungünstige Ernährungsmuster der Eltern: Wird Essen von den Eltern als Belohnung eingesetzt oder wird das Kind gezwungen, seinen Teller leer zu essen, resultiert dies möglicherweise in einer gestörten Hunger- und Sättigungsregulation (Laessle et al. 2001). Elterliche Aufforderung zu essen und Lob für das Aufessen der Mahlzeit führten in einigen Studien zu vermehrter und längerer Nahrungsaufnahme bei den Kindern und war mit höherem Körpergewicht assoziiert (Johnson und Birch 1994).

Körperliche Aktivität und Fernsehen

Körperliche Inaktivität ist einer der wenigen Risikofaktoren, der als relativ gesichert gilt (WHO 2003). Schon von den 5- bis 6-jährigen Kindern in Deutschland verbringen über die Hälfte bis zu zwei Stunden am Tag mit Fernsehen und elektronischem Spielzeug, fast 20 % mehr als zwei Stunden. Diese Kinder haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht (Kalies et al. 2001; Maffei et al. 1997). Fernsehen trägt nicht nur zur Inaktivität bei, sondern senkt auch signifikant die Grundumsatzrate und trägt so zur Reduzierung des Energieverbrauchs bei (Klesges et al. 1993). Darüber hinaus geht Fernsehkonsum häufig mit Essen einher, vor allem von fett- und kalorienreichen Nahrungsmitteln. Körperliche Aktivität in der Kindheit scheint dagegen ein protektiver Faktor zu sein; Längsschnittstudien konnten zeigen, dass Personen, die bereits als Kind aktiv waren, auch als Erwachsene sportlich aktiver sind (Kuh et al. 1992; Telama et al. 1997). Zwischen körperlicher Aktivität und Übergewicht scheint ein negativer Zusammenhang zu bestehen (Sunne-gardh et al. 1986; Kikuchi et al. 1995). Unklar ist allerdings, welche Art der körperlichen Aktivität und welche Menge einen präventiven Effekt hat (Molnár und Livingstone 2000). Auch für das Bewegungsverhalten liegt die Bedeutung des elterlichen Verhaltens nahe; Studien konnten zeigen, dass Eltern normalgewichtiger Kinder aktive körperliche Betätigung stärker fördern als Eltern adipöser Kinder (Epstein 1996).

Geschlecht

Während bei Erwachsenen deutlich mehr Männer als Frauen übergewichtig sind (Adipositas ist dagegen etwa gleich verteilt), finden sich bei Kindern

keine deutlichen Geschlechterunterschiede. In einigen Studien sind Mädchen zum Zeitpunkt der Einschulung etwas häufiger übergewichtig (ca. 12 %) und adipös (zwischen 5 % und 9 %) als Jungen (ca. 11 % übergewichtig, zwischen 4 % und 8 % adipös; siehe Überblick bei Kolip 2004).

Sozialer Status

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas unterscheidet sich in den verschiedenen sozialen Schichten. Übergewicht und Adipositas sind in sozial schwachen Schichten deutlich häufiger (Benecke und Vogel 2003). Sowohl Männer als auch Frauen mit Übergewicht sind in der Unterschicht prozentual häufiger zu finden (Robert Koch-Institut 1999). Bei den Frauen sind 31 % in der Unterschicht, 20 % in der Mittelschicht und 10 % in der Oberschicht adipös, bei den Männern sind es jeweils 22 %, 18 % und 16 %. Bereits bei Vorschulkindern ist das Risiko für Übergewicht in niedrigen sozialen Schichten um das Zwei- bis Dreifache erhöht (Koletzko und Kries 2001; Ellsäßer et al. 2002; Langnäse et al. 2002). Daten aus Brandenburg zeigen, dass bei Mädchen mit niedrigem Sozialstatus 16 % adipös waren, mit hohem Sozialstatus 10,4 %. Bei Jungen war der größte Anteil von Adipösen dagegen bei mittlerem Sozialstatus zu finden (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg 2000). Hier spielen in erster Linie die geringere Bildung sowie unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein und Lebensstil eine Rolle (Langnäse et al. 2002, Gerhards und Rössel 2003).

Umfeld

Auf die individuellen Verhaltensweisen Ernährung und Bewegung wirken gesellschaftliche Risikofaktoren ein, die durch auf das Individuum ausgerichtete Maßnahmen schwer beeinflussbar sind: etwa die ständige Verfügbarkeit nährstoffreicher Nahrungsmittel und die zunehmende Mechanisierung von Alltag und Arbeitswelt, die die Notwendigkeit körperlicher Alltagsaktivität in modernen westlichen Kulturen reduziert. Zur Veränderung dieser Risikofaktoren sind strukturelle, allgemeine Präventionsansätze notwendig („Verhältnisprävention“), die nicht Inhalt des vorliegenden Qualitätsrasters sind.

1.2.3 Versorgung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Maßnahmen zur Prävention und Therapie

Präventive Ansätze lassen sich generell unterscheiden in allgemeine, selektive und gezielte Angebote. *Allgemeine Ansätze* beziehen sich auf alle Kinder, unabhängig von ihrem Gewichtsstatus. Beispiele sind schulbasierte Ansätze,

in denen ganze Schulklassen an einem Präventionsprogramm teilnehmen, Informationskampagnen für die ganze Bevölkerung oder auch strukturelle Maßnahmen wie z. B. die Einführung gesunder Ernährung in Kindergärten (Projekte, die den Settingansatz verfolgen). *Selektive Angebote* beziehen sich auf Kinder, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Übergewicht haben, aber selbst noch keine Gewichtsprobleme aufweisen, wie beispielsweise Kinder übergewichtiger Eltern. *Gezielte Angebote* schließlich richten sich an Kinder, die bereits selbst übergewichtig sind. Prävention bedeutet hier, das Auftreten von Folgeschäden des Übergewichts (Entwicklung einer Adipositas, medizinische oder psychische Probleme) zu verhindern. Im Folgenden wie im Qualitätsraster insgesamt soll es ausschließlich um letztgenannte, gezielte Angebote für übergewichtige Kinder gehen, die die Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens zum Ziel haben.

Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern/Jugendlichen werden von einer Vielzahl von Personen und Institutionen angeboten. Neben Internetangeboten sowie diversen Ratgebern (Bücher, Broschüren usw.) gibt es eine Vielzahl von niedergelassenen Ernährungsberaterinnen und -beratern, Sporttherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, die spezielle Angebote für übergewichtige Kinder bereithalten. Diese Maßnahmen finden in Form von Einzelberatung bzw. -therapie oder als Gruppenprogramme statt. Ambulante Gruppenprogramme werden auch z. B. an Volkshochschulen, Universitätskliniken, Gesundheitsämtern, Kinderkliniken, Beratungsstellen und anderen Einrichtungen durchgeführt oder von Krankenkassen angeboten. Viele stationäre Einrichtungen haben spezielle Schulungsprogramme und Therapieangebote für übergewichtige und adipöse Kinder entwickelt.

1.2.4 Qualitätssicherung

In der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter AGA der Deutschen Adipositas-Gesellschaft werden Leitlinien für die Diagnostik, Prävention und Therapie von übergewichtigen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen entwickelt (Wabitsch und Kunze 2003). Vom MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) liegen Bewertungskriterien für ambulante Therapieprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche vor. Das Wissen über erfolgreiche Interventionen bei Kindern und Jugendlichen und den Stand der Versorgung in Deutschland ist derzeit noch sehr gering. Die BZgA hat daher eine Studie initiiert, in der der Stand der Versorgungs-

situation adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland abgebildet und Therapieergebnisse vorhandener Versorgungsangebote im Adipositasbereich bei Kindern und Jugendlichen erfasst werden sollen. Erste Ergebnisse werden voraussichtlich 2008 vorliegen.

1.3 Qualitätskriterien für präventive Maßnahmen

1.3.1 Checkliste (A)

KONZEPTQUALITÄT	Kriterium erfüllt?		
	Ja	Nein	
Die zentralen inhaltlichen Bausteine werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 18
Medikamente, Formuladiäten, Nahrungsergänzungsmittel, extrem kalorienreduzierte Kost oder chirurgische Eingriffe sind nicht Bestandteile des Konzeptes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 19
Das Programm ist zielgruppenspezifisch konzipiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 20

PROZESSQUALITÄT	Kriterium erfüllt?		
	Ja	Nein	
Die Eltern sind in das Programm mit einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 21
Es liegen konkrete Zielkriterien vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 22
Der Ablauf des Programms ist qualitätsgesichert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 23

STRUKTURQUALITÄT	Kriterium erfüllt?		
	Ja	Nein	
Anbieterqualifikation ist erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 24
Das Programm ist interdisziplinär ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 25
Räume und Ausstattung sind der Maßnahme angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 25
Es liegen Manual(e)/Materialien vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 26

ERGEBNISQUALITÄT	Kriterium erfüllt?		
	Ja	Nein	
Relevante Daten werden vom Anbieter dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 26
Eine Evaluation wird durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ S. 28

1.3.2 Ausformulierung der Kriterien (B)

Konzeptqualität

Die zentralen inhaltlichen Bausteine werden berücksichtigt.

- Ernährungsempfehlung: Nach den Empfehlungen des FKE und der DGE keine stark kalorienreduzierte Kost; es werden sowohl wissenschaftliche als auch praktische Kriterien berücksichtigt
- Bewegung: Es finden sowohl strukturierte Einheiten als auch Bewegung im Alltag Berücksichtigung; die Reduzierung von Inaktivität (z. B. Fernsehen) wird thematisiert.
- Verhaltenstherapeutische Elemente: Ess- und Bewegungsverhalten und entsprechende Lebensgewohnheiten im Alltag werden beeinflusst, Eigeninitiative und Eigenverantwortung werden aktiv gefördert.
- Maßnahmen zur Unterstützung der dauerhaften Umsetzung werden angeboten.

INFO

Ungünstiges Ernährungsverhalten und fehlende körperliche Aktivität werden als Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas gesehen. Diese beiden Aspekte sollten daher in jedem Präventionsprogramm inhaltlich vertreten sein.

Grundlage der *Ernährungsempfehlungen* sollten die „optimierte Mischkost“ des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) sowie die DACH-Referenzwerte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sein. Die Empfehlungen sollten einerseits dem wissenschaftlichen Stand entsprechen, andererseits im Alltag ohne Schwierigkeiten umsetzbar sein. Stark kalorienreduzierte Diäten sind wegen der Gefahr einer Wachstumsverzögerung nicht zu empfehlen.

Im Vordergrund der Empfehlungen zu Sport und *Bewegung* sollten die Integration von körperlicher Aktivität in den Alltag und die Reduktion inaktiver Verhaltensweisen wie Fernsehen stehen. Alltagsbewegung scheint dabei von größerer Bedeutung zu sein als organisierte Sporteinheiten.

Empfehlungen und Übungen zur Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten sollten sich dabei an verhaltenstherapeutischen Prinzi-

prien orientieren wie Berücksichtigung der individuellen Lernfortschritte, Lernen in kleinen, aufeinander aufbauenden Lernschritten, Selbstkontrolltechniken wie Tagebuchaufzeichnungen zu Ernährung und Bewegung. Auf eine kindgerechte Methodik ist dabei zu achten.

Von besonderer Bedeutung sind angesichts der Schwierigkeiten einer langfristigen Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen *Maßnahmen zur Unterstützung der dauerhaften Umsetzung* der erlernten Maßnahmen. Eine nachhaltige Verhaltensänderung wird durch einen verhaltenstherapeutischen Ansatz erleichtert, der den Aufbau neuen Verhaltens vermittelt und einübt. Zum anderen sollten zusätzliche Maßnahmen eingesetzt werden wie schriftliche Tipps zur Aufrechterhaltung der Erfolge, Auffrischungssitzungen einige Monate nach der letzten Sitzung oder (bei Gruppenprogrammen) Anregung zu Nachtreffen der Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer.

Medikamente, Formuladiäten, Nahrungsergänzungsmittel, extrem kalorienreduzierte Kost oder chirurgische Eingriffe sind nicht Bestandteile des Konzeptes.

INFO

Formuladiäten und *extrem kalorienreduzierte Diäten* haben vor allem bei Erwachsenen eine weite Verbreitung. Wegen der Gefährdung der altersgemäßen Nährstoffzufuhr und des damit einhergehenden Risikos der Wachstumsverzögerung sind sie bei Kindern nicht angezeigt. Sicherheit und Effektivität von Formuladiäten bei Kindern sind bislang nicht ausreichend untersucht. Zur Behandlung von adipösen Kindern mit *Medikamenten* liegen bislang sehr wenige Erkenntnisse aus klinischen Studien vor, auch wegen des generellen Problems der Arzneimittelforschung bei Kindern. In Medikamentenstudien zur Wirksamkeit der Präparate „Orlistat“ und „Sibutramin“² bei Erwachsenen wurden zum Teil sehr hohe Nebenwirkungsraten gefunden. Ein Einsatz wird heute daher allenfalls für extrem adipöse Kinder im Rahmen kontrollierter klinischer Studien geduldet. *Chirurgische Maßnahmen* wie Magenbandoperationen müssen als Einzelfallmaßnahme eingestuft werden. Für adipöse Kinder und Jugendliche werden daher Programme, in deren Rahmen Formula-

² Orlistat greift in den Fettstoffwechsel ein und führt zu einer Reduktion der Aufnahme und Verdauung von Fett aus der Nahrung. Das nicht verdaute Fett wird wieder ausgeschieden. Sibutramin vermindert den Appetit und erhöht durch Steigerung der Körperwärme den Energieverbrauch des Körpers.

diäten, extrem kalorienreduzierte Diäten, Medikamente oder chirurgische Maßnahmen zur Anwendung kommen, grundsätzlich abgelehnt. Sie sind Einzelmaßnahmen, die dem therapeutischen Bereich zuzuordnen sind.

Das Programm ist zielgruppenspezifisch konzipiert.

- Es müssen Ein- und Ausschlusskriterien sowie Abbruchkriterien genannt werden.
- Es werden Einschlusskriterien angegeben: z. B. BMI 90. bis 97. Perzentile; bis 99,5. Perzentile, wenn keine Risikofaktoren oder adipositasassoziierte Krankheiten vorliegen.
- Es werden Ausschlusskriterien angegeben: z. B. fehlende Motivation, sekundäre und syndromale Adipositasformen, Vorliegen psychischer Störungen.
- Es werden Abbruchkriterien angegeben: z. B. unregelmäßige Teilnahme, Auftreten psychiatrischer Erkrankungen.
- Das Programm fokussiert auf die individuell relevanten Problembereiche.
- Es wird auf Altershomogenität geachtet (ähnlicher Entwicklungsstand der Kinder/Jugendlichen). Je nach Alter der Jugendlichen können geschlechtsspezifische Angebote gemacht werden.

INFO

Hier ist zunächst wichtig, dass aus der Programmbeschreibung deutlich wird, für welche Zielgruppe das Programm gedacht ist. Hierfür ist es notwendig, dass erstens *Einschlusskriterien* genannt werden, die erfüllt sein müssen, damit das Programm für das betreffende Kind/den Jugendlichen geeignet ist. Präventionsprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche sollen beispielsweise den BMI-Perzentil-Bereich angeben oder eine Beschreibung des Ausmaßes an Übergewicht liefern, für das das Programm konzipiert ist (Übergewicht oder 90. bis 97. BMI-Perzentile). Ein Präventionsprogramm kann prinzipiell auch Kinder und Jugendliche mit Adipositas mit einem BMI über der 97. Perzentile einbeziehen, wenn keine Risikofaktoren oder Folgeerkrankungen vorliegen. Für Kinder mit extremer Adipositas (BMI über 99,5. Perzentile), Adipositas mit Risikofaktoren/Folgeerkrankung oder Übergewicht mit bereits vorliegender Folgeerkrankung sei an dieser Stelle nochmals auf die BMGS-Konsenskriterien für therapeutische Maßnahmen hingewiesen, nach denen eine Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V empfohlen wird.

Zweitens müssen bestimmte *Ausschlusskriterien* genannt werden, die eine Teilnahme an dem Programm nicht als sinnvoll erscheinen lassen. Dies kann beispielsweise der Fall sein beim Vorliegen von psychischen Erkrankungen (Essstörungen wie Bulimia nervosa, aber auch andere Krankheiten wie zum Beispiel Depressionen) oder schweren Verhaltens- und Entwicklungsstörungen. Hier ist eine erfolgreiche Teilnahme an dem Programm gefährdet, sodass eine andere Therapie erforderlich ist. Ein weiterer möglicher Ausschlussgrund ist die fehlende Motivation des Kindes und/oder der Eltern. Auch in den seltenen Fällen, in denen das Übergewicht die Folge einer anderen Grunderkrankung oder Teil eines anderen Krankheitssyndroms ist, muss im Einzelfall geklärt werden, ob das Angebot für die Patientin bzw. den Patienten geeignet ist. Das Benennen von *Abbruchkriterien*, die zu einem Abbruch der Maßnahme durch den Anbieter führen, ist erforderlich, weil dadurch sichergestellt wird, dass auch im Verlauf der Maßnahme auf Hinderungsgründe für einen erfolgreichen Abschluss geachtet wird. Beispiele können auch hier wieder psychische Erkrankungen sein, die im Verlauf der Maßnahme neu auftreten, oder auch das Auftreten schwerer Gesundheitsstörungen, die eine Teilnahme nicht mehr möglich machen. Auch eine unregelmäßige oder ausbleibende Teilnahme an Terminen sollte ein Abbruchgrund sein.

Je genauer eine Maßnahme auf die *individuell relevanten Problembereiche* zugeschnitten ist, desto besser. Während bei dem einen Kind vielleicht der Schwerpunkt auf der Ernährungsumstellung liegen sollte, braucht ein anderes Kind vielleicht besonders starke Unterstützung beim Aufbau eines Bewegungsprogramms. Zum zielgruppengenaue Vorgehen gehört auch die *Altershomogenität*. Es sollte bei der Zusammenstellung von Gruppenprogrammen beachtet werden, dass die Kinder bzw. Jugendlichen sich in physisch und psychisch ähnlichen Entwicklungsstadien befinden. Bei älteren Jugendlichen können geschlechtsspezifische Maßnahmen sinnvoll sein.

Prozessqualität

Die Eltern sind in das Programm mit einbezogen.

- Die Einbindung der Eltern und anderer Familienangehöriger ist je nach Altersgruppe zu differenzieren:
- Bei Kindern werden die Eltern umfassend eingebunden: Die Eltern werden in Fertigkeiten, die zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines geänderten Verhaltens der Kinder notwendig sind, geschult.

- Bei Jugendlichen werden die Eltern über Ziele und Unterstützungsmöglichkeiten informiert (Minimum: Teilnahme am Eingangs- und Abschlussgespräch sowie Aushändigen einer Elterninformation).

INFO

Durch eine Einbeziehung der Eltern in das Programm soll sichergestellt werden, dass die Eltern in der Anwendung der vermittelten Inhalte und verhaltenstherapeutischen Methoden instruiert werden. Verschiedene Studien kommen zu dem Schluss, dass derartige Programme erfolgreicher sind als Programme für die Kinder allein. Schließlich sind Ernährung und Bewegung Themen, die die ganze Familie betreffen. Gerade Eltern kleinerer Kinder kommt die zentrale Rolle in der Etablierung und Aufrechterhaltung neuer Verhaltensweisen zu. Dabei kann das Spektrum der Einbeziehung von der mündlichen oder schriftlichen Information der Eltern bis hin zur gemeinsamen Ernährungsumstellung und gemeinsamer Durchführung aller Programmelemente reichen, was insbesondere bei denjenigen Eltern sinnvoll ist, die selbst übergewichtig sind. Bei jüngeren *Kindern* ist eine umfassendere Einbeziehung der Eltern notwendig, um eine Umsetzung im Alltag zu gewährleisten. Bei *Jugendlichen* sollte zumindest eine schriftliche Information der Eltern in Form einer übersichtlichen Broschüre erfolgen sowie ein ausführliches Eingangs- und ein Abschlussgespräch geführt werden.

Es liegen konkrete Zielkriterien vor.

- Die Zielkriterien werden in Abhängigkeit von Alter, Ausmaß des Übergewichts und dem individuellen Problemverhalten festgelegt.
- Das gewichtsbezogene Ziel ist eine relative Gewichtsabnahme (Gewichtskonstanz bei zunehmendem Längenwachstum bzw. Senkung des BMI-SDS).
- Als verhaltensbezogene Ziele werden die langfristige Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens sowie Reduzierung von Inaktivität verfolgt.
- Als weitere Ziele werden die Verbesserung der mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten Risikofaktoren, Verbesserung der Lebensqualität und Vermeidung von Nebenwirkungen verfolgt.

INFO

Wichtig ist, dass das Programm ganz konkrete Ziele benennt, denn nur dann kann entschieden werden, ob das Programm für ein bestimmtes Kind bzw.

einen bestimmten Jugendlichen geeignet ist und nur dann kann man auch feststellen, ob am Ende der Maßnahme diese Ziele erreicht werden konnten. Welche Ziele für welches Kind bzw. welchen Jugendlichen sinnvoll sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab wie Alter des Kindes/Jugendlichen, Ausmaß des Übergewichts und dem individuellen Problemverhalten. In Bezug auf das *Gewicht* sollten generell keine unrealistischen Versprechungen gegeben werden wie „3 kg weniger in einer Woche“ o.Ä. Ob und wie viel Gewicht reduziert werden sollte, hängt wiederum vom Alter des Kindes und vom Ausmaß des Übergewichts ab. Für Kinder/Jugendliche mit leichtem oder mittlerem Übergewicht kann es nach den Empfehlungen der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) bereits ausreichend sein, das aktuelle Gewicht zu halten, d.h. durch das Längenwachstum des Kindes reduziert sich der BMI. Bei schwerem Übergewicht und/oder Begleiterkrankungen ist dagegen eine Gewichtsreduktion notwendig.

Neben dem Gewicht sollten, je nach individuellem Problemverhalten, auch noch andere Ziele im Mittelpunkt stehen, die mittelbar zur weiteren Gewichtsentwicklung beitragen. Zu diesen *verhaltensbezogenen Zielen* zählen Erreichen und Beibehalten einer günstigen Ernährungsweise, gemessen an Ernährungsverhalten und Nährstoffaufnahme (Bezug: DACH-Referenzwerte und Optimix), Aufbau von Bewegung und Abbau inaktiver Verhaltensweisen wie Fernsehen, Videospiele usw. *Weitere Ziele* können die Verbesserung der Lebensqualität insgesamt sein oder die Verbesserung von eventuell vorhandenen, mit dem Übergewicht zusammenhängenden Risikofaktoren (zum Beispiel erhöhter Blutdruck). Darüber hinaus sollte immer darauf geachtet werden, dass *unerwünschte Nebenwirkungen vermieden* werden wie beispielsweise die Entwicklung von Essstörungen, die Entwicklung oder Verstärkung orthopädischer Komplikationen unter inadäquater körperlicher Bewegung oder auch eine übermäßig schnelle Gewichtsabnahme mit einem möglicherweise daraus resultierenden Jo-Jo-Effekt.

Der Ablauf des Programms ist qualitätsgesichert.

- Die Abläufe folgen einem schriftlich vorliegenden *Curriculum*.
- *Der individuelle Lernfortschritt* der einzelnen Teilnehmer wird berücksichtigt.
- *Der Lernerfolg wird durch ausreichend viele und zeitlich verteilte Trainingseinheiten sichergestellt.*

INFO

Es sollte ein *Curriculum* vorliegen und umgesetzt werden, das die Inhalte, Methoden und Abläufe des Programms beinhaltet, mit denen die angestrebten Ziele erreicht werden. Das Curriculum ist als Interventionsplan zu verstehen, in dem aufeinander aufbauende Interventionsschritte auf einer Zeitachse dargestellt werden. Damit wird sichtbar, welche Effekte (Zwischenziele) bis wann auftreten müssen, damit am zeitlich definierten Ende der Maßnahme die Intervention erfolgreich sein kann. Es sollte selbstverständlich sein, dass kein standardisiertes, für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer identisches Programm durchgeführt wird, sondern dass die Inhalte für jeden Teilnehmer und jede Teilnehmerin angepasst werden und *individuelle Lernfortschritte* berücksichtigt werden. Um einen Lernerfolg zu erzielen, der sich auch in einer dauerhaften Umsetzung der erlernten Verhaltensänderungen zeigt, sind ausreichend viele Trainingseinheiten mit ausreichender Übungszeit zwischen den Einheiten durchzuführen. Die genaue Anzahl wird sich je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung unterscheiden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass bei weniger als sechs Trainingseinheiten, verteilt über mehrere Wochen, nicht ausreichend Zeit für Informationsvermittlung und Einüben der neuen Verhaltensweisen zur Verfügung steht.

Strukturqualität

Anbieterqualifikation ist erfüllt.

- Es ist ausreichend Personal vorhanden.
 - Das Personal ist ausreichend in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation qualifiziert,
 - Qualifikation für die Gruppenberatung.
- Es findet eine regelmäßige Fortbildung des Personals statt.

INFO

Notwendig ist eine fachspezifische Vorbildung, wie sie etwa Psychologinnen/Psychologen, Pädagoginnen/Pädagogen, Soziologinnen/Soziologen u. a. (in Stressreduktion, Entspannung und Verhaltensmodifikation), Ökotrophologinnen/Ökotrophologen, Diätassistentinnen/Diätassistenten u. a. für den Bereich Ernährung sowie Sporttherapeutinnen/Sporttherapeuten, Gymnastiklehrerinnen/Gymnastiklehrern u. a. für den Bereich Bewegung – in Anlehnung an die Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003) zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V – aufweisen. Die

Grundqualifikation in der Gruppenberatung wird als bedeutsam angesehen; praktische Erfahrung in der Gruppenberatung ist daher nachzuweisen. Das Fachwissen wird durch Fortbildungen aktualisiert. Entsprechend den Programminhalten müssen vom Anbieter (ggf. in Kooperation mit anderen Anbietern) die Vermittlung von Ernährungswissen, die Durchführung eines Bewegungsprogramms und die Motivierung zur Verhaltensänderung und Umsetzung mithilfe verhaltenstherapeutischer Elemente geleistet werden können.

Das Programm ist interdisziplinär ausgerichtet.

- Die Maßnahme wird durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt.
oder
- Es besteht eine nachgewiesene Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (sachliche und finanzielle Verzahnung der Angebote).

INFO

Qualitativ besonders hochwertig, aber auch für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders aufwändig, sind multimodale Programme, bei denen die Bausteine Bewegung, Ernährung und verhaltenstherapeutische Elemente unter einem Dach von einem *interdisziplinären Team* angeboten werden. Möglich ist auch eine enge *Kooperation* zwischen verschiedenen Anbietern. So sollte zum Beispiel eine Ernährungsberaterin, die sich in ihrem Präventionsprogramm überwiegend mit dem Bereich Ernährung beschäftigt, in ihrem Angebot gezielt auf die Wichtigkeit von Sport und Bewegung hinweisen, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für Bewegungsprogramme motivieren und zusätzlich mit dem Anbieter eines Bewegungsprogramms kooperieren. Bei einem interdisziplinären Team wie auch bei einer Kooperation verschiedener Anbieter muss jeweils die fachspezifische Qualifikation erfüllt sein (siehe Anbieterqualifikation).

Räume und Ausstattung sind der Maßnahme angemessen.

- Für das Maßnahmenkonzept erforderliche Räume und Ausstattung sind vorhanden.

INFO

Hier ist darauf zu achten, dass für die vom Anbieter genannten Angebote auch die entsprechende Ausstattung und die entsprechenden räumlichen Vorausset-

zungen gegeben sind. So sollten beispielsweise für die Durchführung von Bewegungsangeboten in Gruppen entsprechend große Gruppenräume, ggf. mit Trainingsgeräten zur Verfügung stehen.

Es liegen Manual(e)/Materialien vor.

- Es liegt ein inhaltliches und didaktisches Konzept für die Durchführung der Intervention vor.
- Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden bedarfsgerechte Materialien vorgehalten.
- Es wird eine Elterninformation angeboten.

INFO

Die Durchführung des Programms sollte einem *Konzept* folgen, das in Form eines *Manuals* für die Kursleitung schriftlich vorliegt. Dies sollte zumindest ein kurzer Leitfaden sein, in dem die wichtigsten Prozesse und Inhalte festgelegt sind. Hochwertigere Programme zeichnen sich durch ausführliche Manuale für die Durchführung aus, in denen die Inhalte der einzelnen Sitzungen im Detail beschrieben werden, sodass eine gleich bleibende Qualität der Durchführung sichergestellt ist. Für die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer und Eltern sollten *Materialien* bereitgestellt werden, die ihnen bei der dauerhaften Umsetzung des Erlernten in ihrem Alltag helfen.

Ergebnisqualität

Relevante Daten werden vom Anbieter dokumentiert.

MINIMALANFORDERUNGEN

Erhebung zu Beginn, zum Ende und mindestens 1 Jahr nach Beendigung:

- Alter des Kindes
- Geschlecht des Kindes
- Körpergröße und -gewicht sowie BMI-SDS³ des Kindes
- Besuchte Schulform, Klasse
- Adipositasassoziierte Erkrankungen oder Risikofaktoren, ggf. mit Laborwerten und anderen Untersuchungsbefunden (durch Haus- oder Kinderärztin bzw. -arzt) des Kindes
- Einstellung, Wissen und Verhaltens in Bezug auf Ernährung und Bewegung/Inaktivität

Erhebung am Ende der Maßnahme:

- Abbrecherzahl und -quote

- Gründe für Abbruch
- Teilnahme an den einzelnen Terminen

Durchgängige Dokumentation:

- Auftreten von Faktoren, die zum Abbruch führen können (z. B. Sportverletzungen, psychische Störungen einschließlich Essstörungen, Motivationsprobleme)

WÜNSCHENSWERTE ZUSATZERHEBUNGEN

- Erhebung von Alter, Körpergröße, -gewicht sowie von adipositasassoziierten Erkrankungen bei den Eltern
- Angaben zum Lebensstil (z. B. Mitgliedschaft in einem Sportverein)
- Langzeiterhebung nach mehr als einem Jahr (drei und fünf Jahre nach Ende)

INFO

Die Dokumentation bestimmter Daten zu verschiedenen Zeitpunkten ist notwendig, um den Verlauf einer Maßnahme transparent zu machen. Als Minimalanforderungen sollten neben Alter und Geschlecht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der BMI sowie ggf. das Vorliegen adipositasassoziierten Erkrankungen und Risikofaktoren dokumentiert werden, und zwar vor und nach der Maßnahme sowie ein Jahr nach Beendigung der Maßnahme. Hierzu ist eine Kooperation mit der Haus- oder Kinderärztin bzw. dem Haus- oder Kinderarzt notwendig. Die Erhebung der Schulform ermöglicht genauere Aussagen darüber, welche Zielgruppen mit dem Angebot erreicht werden, wer von einem Angebot besonders profitiert etc.

Neben der Gewichtsentwicklung gibt es eine Reihe weiterer Aspekte, die sich durch eine Präventionsmaßnahme zum Positiven verändern sollten (siehe „Zielkriterien“). Hier sind vor allem Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung zu nennen. Um Aussagen über die Durchführungsqualität der Maßnahme machen zu können, müssen die Zahl der Abbrecherinnen und Abbrecher sowie die Gründe für einen Abbruch und die jeweilige Teilnahme an den einzelnen Terminen dokumentiert werden. Weiterhin sind Aussagen zu unerwünschten Wirkungen und psychischen Störungen, insbesondere Essstörungen, wichtig. Die Erhebung dieser Daten

³ BMI-SDS: Standard-Deviation-Score des BMI; berücksichtigt die Altersabhängigkeit des BMI. Zur Berechnung siehe www.mybmi.de.

sollte idealerweise mittels bewährter Verfahren (beispielsweise standardisierte Fragebogen) erfolgen.

Neben diesen Minimalanforderungen, die auch für Anbieter mit wenig Ressourcen durchführbar sein sollten, sind eine Reihe von Daten zu nennen, deren Erhebung zwar ausgesprochen sinnvoll, aber für einige Anbieter möglicherweise nicht machbar ist. Diese Daten werden aus dem genannten Grund hier als *wünschenswerte Zusatzerhebungen* bezeichnet. Durch zusätzliche Angaben zum Gewichtsstatus, zu Krankheiten der Eltern sowie zum Lebensstil der Kinder (zum Beispiel über regelmäßige Teilnahme an Angeboten in einem Sportverein) können genauere Informationen über die das Übergewicht beeinflussenden Faktoren gewonnen werden. Viele Maßnahmen sind zwar kurzfristig erfolgreich, die Erfolge lassen sich aber mehrere Jahre nach Abschluss nicht mehr oder nur abgeschwächt nachweisen. Um Aussagen über die langfristigen Auswirkungen der Maßnahme machen zu können, ist es daher sinnvoll, Nachbefragungen auch mehrere Jahre nach Abschluss der Maßnahme durchzuführen.

Eine Evaluation wird durchgeführt.

- Prozessevaluation wird durchgeführt.
- Ergebnisevaluation wird durchgeführt.
- Intention-to-treat-Analyse wird durchgeführt.

INFO

Eine Evaluation ist notwendig, um effektive, sinnvolle Maßnahmen von unwirksamen Maßnahmen abzugrenzen. Eine *Prozessevaluation* umfasst üblicherweise Fragen nach der Strukturqualität und der Umsetzung der Maßnahme: Wurde die Maßnahme wie geplant umgesetzt (z. B. Umsetzung des Manuals; Art der Maßnahme; Dauer; Anzahl der Sitzungen)? Wie sieht es mit Akzeptanz und Beurteilung der Maßnahme durch die Zielgruppe aus? Eine *Ergebnisevaluation* umfasst Fragen nach der Effektivität der Maßnahme. Welche Veränderungen haben sich nach Beendigung der Maßnahme im Vergleich zum Beginn in den relevanten Zielbereichen ergeben?

Ein Problem bei der Evaluation von präventiven und therapeutischen Maßnahmen ist die Zahl der Abbrecher, also der Personen, die nicht bis zum Ende teilnehmen. Wenn man nur diejenigen untersucht, die bis zum Ende der Maßnahme dageblieben sind, bekommt man ein (positiv) verzerrtes Bild von

der Wirksamkeit einer Maßnahme. Um sinnvolle Aussagen über die Effektivität einer Maßnahme machen zu können, sollten daher die Ergebnisse im Verhältnis zu allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die diese Maßnahme begonnen haben, ausgewertet werden (*Intention-to-treat-Analyse*). Haben z. B. zehn Teilnehmer eine Maßnahme begonnen, und konnten davon sechs ihr Gewichtsziel erreichen – zwei haben ihr Ziel nicht erreicht und zwei haben zwischendurch abgebrochen –, dann müssen die Abbrecher mitgezählt werden. Erfolgreich waren also nicht sechs von den acht Personen (75 %), die die Maßnahme beendet haben, sondern sechs von den zehn Personen (60 %), die sie begonnen haben.

Die qualifizierte Evaluation einer präventiven Maßnahme ist heute zumeist eine Voraussetzung für eine Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen. Es kann daher sinnvoll sein, mit einer wissenschaftlichen Institution (Universität oder andere Forschungseinrichtung) zu kooperieren.

1.4 Anhang

1.4.1 Literatur

A. Referenzen

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003.
- Barth, N., Ziegler, A., Himmelmann, G. W. et al. (1997): Significant weight gain in a large clinical sample of extremely obese children and adolescents between 1985 and 1995. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21, S. 122–126.
- Benecke, A., Vogel, H. (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Böhler, T., Wabitsch, M., Winkler, U. (2004): Konsensuspapier – Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. *BMGS*.
- Böhm, A., Friese, E., Greil, H., Lüdecke, K. (2002): Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 150, S. 45–57.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA, Köln.
- Comuzzie, A. G., Allison, D. B. (1998): The search for human obesity genes. *Science*, 280, S. 1374–1377.
- Damcott, C. M., Sack, P., Shuldiner, A. R. (2003): The genetics of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, Dez. 32 (4), S. 761–786.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2000): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage. Umschau/Braus, Frankfurt am Main.

- Deutscher Bundestag (2005): Jugend in Deutschland – Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten A. Scheuer, M. Eichhorn, T. Dörflinger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU. Drucksache 15/5028, S. 161–163.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., Ludwig, D. S. (2002): Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360 (10), S. 473–482.
- Ellsäßer, G., Böhm, A., Kuhn, J., Lüdecke, K., Rojas, G. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. *Kinderärztliche Praxis*, 4, S. 248–257.
- Epstein, L. H. (1996): Family-based behavioral intervention for obese children. *International Journal of obesity*, 20, S. 14–21.
- Fagot-Campagna, A., Pettitt, D. J. et al. (2000): Type-2-diabetes among North American children and adolescents: an epidemiologic review and a public health perspective. *Pediatrics*, 136, S. 664–672.
- Flegal, K. M., Troiano, R. P. (2000): Changes in the distribution of body mass index of adults and children in the US population. *International Journal of Obesity*, 24, S. 807–818.
- French, S. A., Story, M., Perry, C. L. (1995): Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obesity Research*, 3, S. 479–490.
- Gerhards, J., Rössel, J. (2003): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 20.
- Hebebrand, J., Friedel, S., Schauble, N., Geller, F., Hinney, A. (2003): Perspectives: molecular genetic research in human obesity. *Obesity Review*, 4(3), S. 139–146.
- Johnson, S. L., Birch, L. L. (1994): Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, S. 653–661.
- Kalies, H., Koletzko, B., Kries, R. v. (2001): Übergewicht bei Vorschulkindern. Der Einfluss von Fernseh- und Computerspiel-Gewohnheiten. *Kinderärztliche Praxis*, 4, S. 227–234.
- Kikuchi, S., Rona, R. J., Chinn, S. (1995): Physical fitness of 9 year olds in England: related factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, S. 180–185.
- Klesges, R. C., Shelton, M. L., Klesges, L. M. (1993): Effect of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*, 91, S. 281–286.
- Koletzko, B., von Kries, R. (2001): Gibt es eine frühkindliche Prägung des späteren Adipositas-Risikos? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, S. 11–18.
- Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, S. 239–253.
- Kromeyer-Hauschild, K., Jaeger, U. (1998): Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 146, S. 1192–1196.
- Kuh, D. J. L., Cooper, C. (1992): Physical activity at 36 years: patterns and childhood predictors in a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, S. 114–119.
- Laessle, R., Uhl, H., Lindel, B., Pirke, K. M. (2001): Familiäre Einflussfaktoren für den Essstil übergewichtiger Kinder. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, S. 49–56.
- Langnäse, K., Mast, M., Müller, M. J. (2002): Social differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. *International Journal of Obesity*, 26, p. 572.
- Maffei, C., Zaffanello, M. et al. (1997): Relationship between physical inactivity and adiposity in pre-pubertal boys. *Journal of Pediatrics*, 131, S. 288–292.
- Mast, M. et al. (1998): Ernährungsverhalten und Ernährungszustand 5- bis 7-jähriger Kinder in Kiel. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 23, S. 282–288.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (2000): Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999.
- Molnár, D., Livingstone, B. (2000): Physical activity in relation to overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159 (suppl. 1), S45–S55.
- Müller, M. J., Asbeck, I., Mast, M. et al. (2001): Prevention of obesity – more than an intention. Concepts and first results of the Kiel Obesity Prevention Study. *International Journal of Obesity*, 25 (suppl. 1), S66–S74.

- Müller, M. J., Mast, M., Langnäse, K. (2002): Adipositas: Eine Herausforderung für Public Health. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 10. Jg, H. 1, S. 11–20.
- Perri, M. G., Corsica, J. A. (2002): Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In: Wadden, T. A. & Stunkard, A. J.: Handbook of obesity treatment. The Guilford Press, New York, S. 357–379.
- Price, R. A. (2002): Genetics and common obesities: Background, current status, strategies and future prospects. In: Wadden, T. A. & Stunkard, A. J.: Handbook of obesity treatment. The Guilford Press, New York, S. 19–42.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (1999): Schwerpunktthema Bundesgesundheitsurvey 1998. Das Gesundheitswesen (Sonderheft 2), S. 61.
- Rolland-Cachera, M. F., Deheeger, M., Bellisle, F. et al. (1984): Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. American Journal of clinical nutrition, 39, S. 129–135.
- Seidell, J. C., Verschuren, M., van Leer, E. M. et al. (1996): Overweight, underweight and mortality: a prospective study of 48.287 men and women. Archives of Internal Medicine, 156, S. 958–963.
- Sunnegardh, J., Bratteby, L.-E., Hagman, U. et al. (1986): Physical activity in relation to energy intake and body fat in 8- and 13-year-old children in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavica, 75, S. 955–963.
- Telama, R., Yang, X., Laakso, L., Viikari, J. (1997): Physical activity in childhood and adolescence as a predictor of physical activity in young adulthood. American Journal of Preventive Medicine, 13, S. 317–323.
- Wabitsch, M., Kunze, D. (2002): Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter AGA. Leitlinien der DGfKJ, Urban und Fischer.
- Wabitsch, M., Kunze, D., Keller, E. et al. (2002): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Fortschritte der Medizin-Originalien 120. Jg., Nr. IV, S. 99–106.
- WHO (2000): Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, 894, Genf.
- WHO (2003): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916, Genf.

B. Weiterführende Literatur

Die folgenden Hinweise erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit!

Ernährungsempfehlungen:

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE. DGE, Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen. DGE, Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Allergie(-risiko) – Was darf mein Baby essen? DGE, Bonn.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (2001): optimix: Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Aid, DGE (Hrsg.), Bonn.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (2003): Empfehlungen für die Ernährung von übergewichtigen Kindern: Gemeinsam abnehmen mit optimix.

Leitlinien:

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. – MDS – (2003) (noch nicht veröffentlicht): Bewertungskriterien für ambulante Programme nach § 43 Abs. 2 SGB V für adipöse Kinder und Jugendliche.
- Wabitsch, M., Kunze, D. (2002): Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter AGA. Leitlinien der DGfKJ, Urban und Fischer.

Fachbücher:

- aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2004):
Trainermanual Leichter, aktiver, gesünder – Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher.
- Laessle, R., Lehrke, S., Wurmser, K., Pirke, K.-M. (2001): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Springer-Verlag, Berlin.
- Petermann, F., Pudiel, V. (2003): Übergewicht und Adipositas. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Reinehr, T., Dobe, M., Kerstin, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C. (1999): Adipositastraining mit Kindern. Beltz-PVU, Weinheim.

1.4.2 Adressen

Relevante Berufsverbände und sonstige Informationsquellen:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AGA – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
Sprecher: Dr. Thomas Reinehr
Vestische Kinder- und Jugendklinik,
Universität Witten-Herdecke
Dr.-F.-Steiner-Str. 5
45711 Datteln
Telefon: 02363-975-229
Fax: 02363-975-225
www.a-g-a.de | 79102 Freiburg
Telefon: 0761-78980
Fax: 0761-72024
www.bdem.de |
| aid infodienst
Verbraucherschutz/Ernährung/
Landwirtschaft e. V.
Friedrich-Ebert-Straße 3
53177 Bonn
Telefon: 0228-8499-0
Fax: 0228-8499-177
www.aid.de | bdp
Bundesverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen
Bundesgeschäftsstelle Berlin
Glinkastraße 5–7
10117 Berlin
Telefon: 030-2091490
Fax: 030-20914966
www.bdp-verband.org |
| BDEM
Berufsverband Deutscher
Ernährungsmediziner
(DAEM/DGEM)
Reichsgrafenstraße 11 | bvkj
Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte e.V.
Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Telefon: 0221-689090
www.kinderaerzteimnetz.de |

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Telefon: 0221-8992-0
Fax: 0221-8992-300
www.bzga.de

DGE
Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.
Godesberger Allee 18
53175 Bonn
Telefon: 0228-3776600
Fax: 0228-3776-800
www.dge.de

DGSP
Deutsche Gesellschaft für Sport-
medizin und Prävention (DGSP)
(Deutscher Sportärztebund) e.V.
Hugstetter Straße 55
79106 Freiburg
Telefon: 0761-270-7456
Fax: 0761-202-4881
www.dgsp.de

FKE
Forschungsinstitut für Kinder-
ernährung
Heinstück 11
44255 Dortmund
Telefon: 0231-792210-0
www.fke-do.de

VDD
Verband der Diätassistenten
Bismarckstr. 96
40210 Düsseldorf
Telefon: 0221-162175
www.vdd.de

VDO_E
Verband der Diplom-Oecotro-
phologen e.V.
Reuterstr. 161
53113 Bonn
Telefon: 0228-28922-0
Fax 0228-28922-77
www.vdoe.de

1.4.3 Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren

Aus: Kromeier-Hauschild, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, S. 807–818

Alter (Jahre)	P 3	P 10	P 25	P 50 (M)	P 75	P 90	P 97	P 99.5
0	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81	15,61
0,5	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85	19,98
1	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22	20,41
1,5	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15	20,48
2	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03	20,48
2,5	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92	20,51
3	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84	20,46
3,5	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81	20,54
4	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85	20,75
4,5	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97	20,97
5	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16	21,34
5,5	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40	21,74
6	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67	22,28
6,5	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01	22,78
7	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44	23,48
7,5	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93	24,25
8	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47	25,19
8,5	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01	26,02
9	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54	26,69
9,5	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04	27,50
10	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54	28,17
10,5	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03	28,73
11	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51	29,36
11,5	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00	29,88
12	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47	30,47
12,5	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92	30,77
13	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33	31,26
13,5	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70	31,43
14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01	31,72
14,5	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26	31,81
15	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45	31,86
15,5	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57	31,85
16	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65	31,79
16,5	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69	31,71
17	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72	31,61
17,5	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74	31,51
18	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76	31,42

1.4.4 Perzentile für den Body-Mass-Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren

Alter (Jahre)	P 3	P 10	P 25	P 50 (M)	P 75	P 90	P 97	P 99,5
0	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01	15,86
0,5	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72	21,09
1	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81	21,25
1,5	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47	20,95
2	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14	20,69
2,5	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92	20,51
3	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82	20,51
3,5	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80	20,61
4	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83	20,68
4,5	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90	20,87
5	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02	21,17
5,5	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19	21,52
6	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44	21,92
6,5	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76	22,40
7	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15	23,07
7,5	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60	23,81
8	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11	24,62
8,5	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64	25,48
9	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21	26,55
9,5	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78	27,34
10	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35	28,35
10,5	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91	29,21
11	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45	30,11
11,5	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96	30,63
12	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44	31,38
12,5	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88	31,72
13	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28	32,08
13,5	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64	32,45
14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97	32,61
14,5	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26	32,79
15	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53	32,96
15,5	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77	32,94
16	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99	33,11
16,5	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20	33,09
17	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40	33,24
17,5	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60	33,21
18	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78	33,19

Aus: Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, S. 807–818

2. **Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas**

Vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche – eine Konsensfindung“ unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

Erstellt von: Priv.-Doz. Dr. Thomas Böhler, Prof. Dr. Martin Wabitsch, Dr. Ute Winkler

Berlin, im September 2004

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Rosmarie Apitz, Geschäftsstelle Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung im BMGS

Sibylle Becker, AOK-Bundesverband

Andrea Benecke, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Priv.-Doz. Dr. Thomas Böhler, Medizinischer Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg/Medizinischer Dienst der Spitzenverbände

Dr. Andreas van Egmond-Fröhlich, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Priv.-Doz. Dr. Helge Hebestreit, Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin

Reinhard Mann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dr. Dorothee Meyer-Mansour, Niedersächsisches Ministerium für ländlichen Raum, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz

Karin Niederbühl, Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dr. Astrid Potz, Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

Dr. Christel Rademacher, Deutsche Gesellschaft für Ernährung

Iris Renner-Mörsberger, IKK-Bundesverband

Prof. Dr. Martin Wabitsch, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Dr. Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

2.1 Präambel

Auf Einladung von Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt fand im Juni 2003 das Fachgespräch „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche – eine Konsensfindung“ statt. Als ein Ergebnis wurde eine Arbeitsgruppe beauftragt, einen Konsens zu den präventiven und therapeutischen Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche zu erarbeiten. Der allgemein formulierte Auftrag wurde von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe dahingehend konkretisiert, dass bei der Qualitätssicherung von ambulanten Patientenschulungsprogrammen ein dringender Handlungsbedarf besteht.

Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche können als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zum Einsatz kommen, wenn Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlung nicht ausreichend sind. Die Zahl der angebotenen Patientenschulungsprogramme nimmt ständig zu. Nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin ist jedoch die langfristige und damit nachhaltige Wirksamkeit der Angebote zur Zeit nicht nachgewiesen. Dies erschwert insbesondere auch eine entsprechende Regelung durch die Kostenträger. Bevor valide Evaluationsergebnisse vorliegen können, sind verbindliche Standards für Patientenschulungsprogramme deshalb in einem ersten Schritt zu entwickeln. Selbstverständlich können diese nur so lange gelten, bis wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die langfristige Wirksamkeit und die Erfolge vorhanden sind, was eine Evaluation in Form einer wissenschaftlichen Studie notwendig macht.

Vor diesem Hintergrund haben die nachstehenden Ausführungen zunächst vorläufigen Charakter. Sie sind jedoch eine erste Hilfestellung für die momentane Bewertung von Patientenschulungsprogrammen für die Kostenträger und eine Orientierung für die Leistungserbringer. Dadurch können sie zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung dieser Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche beitragen und nutzen damit den Betroffenen selbst.

Die dem Konsensuspapier im September 2004 zugrunde gelegte Erwartung, dass es gelingen würde, eine wissenschaftliche Studie zum Wirksamkeitsnachweis ambulanter Adipositaschulungen zu organisieren, hat sich leider nicht erfüllt.

2.2 Definition von Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) werden definiert als ein übermäßiger Anteil an Fettgewebe im menschlichen Körper. Als Messverfahren wird der so genannte Körpermassenindex oder Body-Mass-Index [BMI = Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²)] eingesetzt. Wegen der alters- und geschlechtsabhängigen unterschiedlichen Veränderungen der Körpermasse im Laufe der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen werden dabei als Referenzwerte die von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) entwickelten Tabellen bzw. Perzentilenkurven verwendet.

Ab einem BMI-Wert oberhalb der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile liegt ein Übergewicht vor, bei einem BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile eine Adipositas. Von einer extremen Adipositas wird gesprochen, wenn der BMI die 99,5. Perzentile überschreitet. Die Abweichungen des im Einzelfall gemessenen BMI-Wertes vom alters- und geschlechtsspezifischen Mittelwert wird in Form des Standardabweichungsscores SDS ausgedrückt. Dieser Wert wird als $BMI_{AGA-SDS_{LMS}}$ berechnet (Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

2.3 Häufigkeit und Verbreitung

Für Deutschland sind die Prävalenzzahlen, d.h. die Zahlen über eine bestehende Häufigkeitsrate einer Krankheit, für Kinder und Jugendliche uneinheitlich. In den vorliegenden Untersuchungen werden unterschiedliche Messmethoden und Definitionen von Übergewicht und Adipositas angewendet; auch die Stichprobengröße sowie die Auswahlkriterien für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind uneinheitlich. Dies führt zu einer begrenzten Vergleichbarkeit der Daten und einer breiten Streuung der Werte.

Nach vorliegenden nationalen Daten aus verschiedenen Regionen Deutschlands schwanken die Angaben aus den Jahren 1985 bis 1999 bei fünf- bis zehnjährigen Kindern für Übergewicht zwischen ca. 8,1 % und 17,6 % und für Adipositas zwischen 0,7 % und 6,7 %, bei 13- bis 15-jährigen Kindern zwi-

schen 13,8 % und 16,8 % für Übergewicht sowie 5,1 % und 7,9 % für Adipositas (Wabitsch et al. 2002). Deutlich niedriger dagegen sind die Zahlen des Jugendgesundheits surveys der Universität Bielefeld. Danach waren im Jahr 2002 ca. 4,6 % der 12- bis 16-jährigen Jugendlichen übergewichtig und 2,1 % adipös (Zubrägel und Settertobulte 2003). Als Referenz wurden in diesen Untersuchungen die 90. und 97. BMI-Perzentile für Kinder (AGA) verwendet.

Aufgrund aktueller Schätzungen wird davon ausgegangen, dass bei der Hälfte der adipösen Kinder und Jugendlichen mindestens eine Begleiterkrankung bzw. ein weiterer Risikofaktor vorliegt (Ravens-Sieberer et al. 2001; Reinehr, Brylak et al. 2003).

Aktuelle deutsche Studien berichten von unterschiedlichen Trends zur Entwicklung der Prävalenz. Beispielsweise stieg in einer Jenaer Studie der prozentuale Anteil von Übergewicht und Adipositas von 9,7 % bei Jungen und 11,8 % bei Mädchen im Jahr 1975 auf 16 % bei Jungen und 21 % bei Mädchen im Jahr 1995 (Kromeyer-Hauschild und Jaeger 1998). Eine ähnliche Entwicklung ist bei Hamburger Kindern erkennbar: Daten aus schulärztlichen Untersuchungen belegen die Zunahme des Anteils adipöser Kinder von 4 % im Jahr 1975 auf knapp 11 % im Jahr 1999 (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg 1999). Dagegen kommen sowohl die Deutsche Gesellschaft für Ernährung als auch das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund zu dem Ergebnis, dass in den vergangenen 15 bis 20 Jahren die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Kindern und Jugendlichen nicht zugenommen hat (Benecke und Vogel 2003).

Die unbefriedigende Datenlage wird durch die Ergebnisse des zur Zeit vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Nationalen Gesundheitssurveys für Kinder und Jugendliche deutlich verbessert werden. Ab 2006 liegen damit erstmalig repräsentative Angaben für das gesamte Bundesgebiet vor. Die derzeit vorhandenen, noch nicht repräsentativen Informationen des Surveys gehen von maximal 20 % übergewichtigen Kindern in der Altersgruppe der 10- bis 11-Jährigen aus, bei den 5- bis 7-Jährigen sind es höchstens 15 %.

Als wesentliche Einfluss- und Risikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter werden nach Fachmeinung die familiäre Belastung (adipöse und übergewichtige Eltern), ethnische Zugehörigkeit (anderes Herkunftsland als Deutschland), soziokulturelle Faktoren und ein niedriger sozialer Status (gemessen an Einkommen und Schulbildung der Eltern)

gesehen (Wabitsch 2004). Weitere Ursachen für zu hohes Körpergewicht liegen in mangelnden körperlichen Aktivitäten im Alltag (Bewegungsmangel), einer anhaltenden positiven Energiebilanz sowie in fehlenden Stressbewältigungskompetenzen. Auch veränderte Lebensbedingungen im Familienverband sowie im übrigen Lebensumfeld des Kindes und Jugendlichen spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Bei der Adipositas handelt es sich somit um eine vielschichtige Problematik, der auch kulturelle und verhaltensbedingte Faktoren zugrunde liegen.

Da das Ernährungsverhalten und die Lebensweisen in frühen Jahren geprägt werden, erscheint deshalb eine frühzeitige Intervention sowohl bei Kindern und Jugendlichen unter Einbindung ihrer Familien angezeigt.

2.4 Indikationsstellung – Wer gehört in Patientenschulungsprogramme?

Bei Mangel- und Fehlernährung sowie bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind präventive oder medizinische einschließlich rehabilitative Interventionen in jedem Fall in Betracht zu ziehen. Die Entscheidung darüber, welche Maßnahme im Einzelfall indiziert ist, treffen die behandelnde Kinder- und Jugendärztin/der Kinder- und Jugendarzt bzw. die Hausärztin und der Hausarzt. Ihnen kommt bei der langfristigen Betreuung der Betroffenen und ihrer Familien eine Schlüsselrolle zu. Wird seitens der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm in Betracht gezogen, ist Folgendes zu beachten:

Strukturierte Patientenschulungsmaßnahmen können unter folgenden Umständen indiziert sein:

- bei extrem adipösen Kindern (BMI über der 99,5. Perzentile),
- bei adipösen Kindern mit BMI zwischen der 97. Perzentile und 99,5. Perzentile, wenn zusätzlich Risikofaktoren und Krankheiten vorhanden sind sowie
- bei übergewichtigen Kindern mit einem BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile mit behandlungsbedürftiger Krankheit bzw. Krankheiten.

Besteht eine andere schwerwiegende Erkrankung (z. B. im Rahmen einer Erbkrankheit), ist in der Regel eine andere Therapie erforderlich (AGA 2003).

Mit erhöhtem Körpergewicht assoziiert ...	Keine Risikofaktoren	Risikofaktor *	Krankheit **
<i>Extreme Adipositas</i> (BMI > 99,5. Perzentile)			
<i>Adipositas</i> (BMI < 99,5 bis > 97. Perzentile)			
<i>Übergewicht</i> (BMI < 97. bis > 90. Perzentile)			
<i>Normalgewicht</i> (BMI < 90. Perzentile)			

* Als *Risikofaktoren* gelten: Insulinresistenz oder Hypercholesterinämie sowie familiäre Belastung (Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades).

** Als *Krankheiten*, für deren Behandlung eine Reduktion des erhöhten Körpergewichtes notwendig ist, *sofern der Zusammenhang mit dem erhöhten Körpergewicht plausibel erscheint*, werden angesehen: Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, gestörte Glukosetoleranz, Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung), Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen.

Tab. 2: Indikationsstellung für die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche (grau unterlegte Felder)

In Tabelle 2 sind in den grauen Feldern die Zielgruppen der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen im Einzelnen definiert, für die Patientenschulungsprogramme nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Frage kommen.

Erläuterndes Beispiel: Für ein übergewichtiges Kind (BMI = 95. Perzentile) mit behandlungsbedürftiger Begleiterkrankung kommt demnach die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Betracht, *ohne* Begleiterkrankungen nicht.

Kontraindiziert ist die Teilnahme an Patientenschulungsprogrammen in folgenden Fällen:

- Kinder/Jugendliche und ihre Familie bzw. Angehörige ohne ausreichende Motivation für Verhaltensänderungen,
- Kinder/Jugendliche mit unzureichender Gruppenfähigkeit bzw. mit intellektuellen Handicaps,

- Adipositasformen, die auf eine Erkrankung (z. B. Prader-Willi-Syndrom) zurückzuführen sind.

Besteht zusätzlich eine behandlungsbedürftige Erkrankung (z. B. Essstörung, Depression), ist zu entscheiden, welche Erkrankung vorrangig zu behandeln ist, um eine Überforderung des Kindes auszuschließen. Bei den Zielgruppen, für die keine Indikation für eine Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm besteht (weiße Felder in Tabelle 2), hat die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die Möglichkeit, auf die vielfältigen Angebote der Krankenkassen zur Prävention zu verweisen (vgl. u.a. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V).

2.5 Ziele – Was soll erreicht werden?

Ziel von Patientenschulungsprogrammen ist – allgemein formuliert – die langfristige Gewichtsreduktion (Reduktion der Fettmasse) und deren Stabilisierung sowie die Verbesserung adipositasassoziierter Risikofaktoren und Krankheiten bei den Betroffenen durch eine Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens sowie durch die Förderung einer normalen Entwicklung und Leistungsfähigkeit.

Mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Patientenschulungsprogrammen sind deshalb individuelle Zielvereinbarungen abzuschließen und Teilziele zu dokumentieren. Die Überprüfung des Grades der Zielerreichung in jedem Einzelfall muss möglich sein. Dazu sind die mit einfachen Mitteln messbaren Veränderungen der Körpergröße, des Körpergewichts und des BMI vor, während und nach der Teilnahme am Patientenschulungsprogramm festzuhalten.

Da die Fettmasse des Körpers und der BMI ab dem 6. Lebensjahr eine deutliche physiologische Zunahme erfahren, ist der *Erfolg einer Teilnahme* nur anhand der erzielten Änderung des BMI_{AGA} - SDS_{LMS} zu beurteilen. Vereinfacht gesprochen bedeutet dies:

- Es wird angenommen, dass eine kurzfristig erfolgreiche Gewichtsreduktion (Reduktion der Fettmasse) dann vorliegt, wenn das Körpergewicht ein

Jahr nach Therapiebeginn um mindestens 5 % zurückgegangen ist (Reduktion des BMI-SDS um $> 0,2$).

- Ein sehr guter Erfolg besteht bei einer Gewichtsabnahme um ca. 10 % (Reduktion des BMI-SDS um $> 0,5$).
- Als ergänzendes Erfolgskriterium zählt die Verbesserung der mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten Risikofaktoren und die Linderung von adipositasassoziierten Krankheiten.

Kriterien für den längerfristigen Erfolg – sowohl bezogen auf die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einem Patientenschulungsprogramm als auch auf das Programm insgesamt – sind noch nicht konsentiert.

2.6 Qualitätsanforderungen – Welche Bedingungen müssen erfüllt sein?

Konzeptqualität

Das Patientenschulungsprogramm muss insbesondere die Schnittstellen zu vor-, mit- und weiterbehandelnden Vertragsärztinnen und -ärzten eindeutig beschreiben. Unabhängig von der Dauer eines Patientenschulungsprogramms ist durch die Einbindung in eine Behandlungskette mit einer Nachbeobachtung durch Vertragsärztinnen und -ärzte über mindestens drei Jahre eine Erfolgsbeurteilung im Einzelfall und ein Vergleich des Erfolges unterschiedlicher Programme möglich. Versicherte der GKV sind gemäß § 1 SGB V zur Eigenbeteiligung und Mitwirkung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen, Krankenbehandlung und Rehabilitation verpflichtet. Die Ziele des Programms müssen mit den vorstehenden Ausführungen im Einklang stehen.

Erfolg versprechende Patientenschulungsprogramme weisen eine Kombination der folgenden fünf Module auf:

1. *Ernährung* (Wissensvermittlung, Beratung und praktische Übungen für Eltern und Kinder zur Ernährungsumstellung unter Berücksichtigung der DGE-Empfehlungen),
2. *Bewegung* (Veränderung der Verhaltens- und Lebensgewohnheiten mit vermehrter Bewegung im Alltag; alleinige strukturierte und unter Personalaufwand vorgehaltene Trainings- und Sporteinheiten sind *nicht ausreichend*),

3. *Verhaltenstherapeutische Elemente* zur Rückfallverhütung (Beeinflussung des Ess- und Bewegungsverhaltens in Kombination mit Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität),
4. *Medizin* (Definition und Folgen der Adipositas, Ursachen und Interventionsmöglichkeiten),
5. *Einbindung der Eltern* bzw. der Bezugspersonen unter Berücksichtigung des Lebensalters des Kindes/Jugendlichen (Programme, die sich lediglich an Kinder richten und bei denen die Eltern in keiner Form eingebunden sind, werden als nicht zielführend bewertet).

Die Erhebung diagnostisch relevanter Laborwerte und weitere Untersuchungsbefunde sind bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Somit ist es nicht erforderlich, diese in ein Patientenschulungsprogramm zu integrieren. Ebenfalls dürfen extrem kalorienreduzierte Diäten, Formelnahrungen, Nahrungsergänzungsmittel, nicht zugelassene Medikamente oder chirurgische Eingriffe nicht Bestandteil des Patientenschulungsprogramms sein.

Prozessqualität

Die *Indikationsstellung* für die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm obliegt der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt. Die Programmanbieter müssen jedoch verbindliche Einschluss-, Ausschluss- und Abbruchkriterien für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgeben, die im Einklang mit konsentierten und evidenzbasierten Leitlinien stehen. Gleichzeitig müssen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einem solchen Programm sowie ihre Familien motiviert, d.h. bereit und willens sein, die notwendigen Veränderungen im täglichen Leben dauerhaft umzusetzen.

Die *Schulungsgruppen* sollten altershomogen, d.h. entsprechend den Altersstufen zusammengesetzt sein; der individuelle Fortschritt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Bezug auf die angestrebte Verhaltensänderung ist zu berücksichtigen. Dazu muss für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer ein individueller Interventionsplan erstellt werden, der aufzeigt, welche Effekte der Schulung bis zu welchem Zeitpunkt aufgetreten sein sollten, damit die Schulung erfolgreich abgeschlossen werden kann (Zielvereinbarung, Festlegung von Teilzielen).

Zur *Einbindung der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes* bei der Durchführung von Patientenschulungsprogrammen hält die Konsensusgruppe nachstehende Schritte für angezeigt:

- Indikationsstellung durch behandelnde Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt (vor Schulungsbeginn),
- Zwischenbericht an behandelnde Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt (einmal pro Quartal),
- Abschlussbericht an behandelnde Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt (spätestens zwei Wochen nach Schulungsende),
- Kontaktaufnahme mit behandelnder Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt bei Problemen (Erfüllung von Abbruchkriterien, unregelmäßige Teilnahme).

Ernährung: Eine gut verständliche, leicht umsetzbare und an den Zielgruppen orientierte allgemeine Ernährungsempfehlung ist ausreichend, ein individueller Ernährungsplan ist in der Regel nicht notwendig. Wird ein Ernährungsprotokoll geführt und das tatsächliche Ernährungsverhalten dokumentiert, kann dies die Umsetzung der Ernährungsempfehlung stabilisieren. Dies hat auch den Vorteil, dass mögliche Fehlentwicklungen – wie z. B. einseitige Ernährung und Nährstoffdefizite – erkannt werden können. Die Ernährung sollte dem entsprechenden Kapitel der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA 2003) bzw. den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entsprechen.

Bewegung: Zweifelsohne ist ausreichende körperliche Aktivität unerlässlich, um zum Erfolg zu kommen. Die Beeinflussung des Bewegungsverhaltens soll nicht ausschließlich in strukturierten, vorgehaltenen Trainings- bzw. Sportstunden erfolgen. Ziel muss eine Veränderung von Lebensgewohnheiten und Bewegungsverhalten im Alltag sein.

Verhaltensmodifikation: Eine Implementierung dieser geänderten Verhaltensweisen in den Alltag erfordert neben theoretischer und praktischer Vermittlung von Wissen und Anregungen zu Ernährungsumstellung und vermehrter Bewegung den überwiegenden Einsatz verhaltenstherapeutischer Methoden in allen Programmbausteinen.

Elterneinbindung: Es ist wissenschaftlich belegt, dass die Familie die Bewegungs- und Essgewohnheiten von Kindern, gerade auch im frühen Alter, prägt und nachhaltig beeinflusst. Je jünger die Kinder sind, desto stärker sind sie dabei von den Entscheidungen der Eltern abhängig. Daher kommt den Eltern eine wichtige Vorbildfunktion zu. Mit zunehmendem Alter der Kinder spielen vermehrt auch andere Einflüsse eine Rolle wie Freundinnen bzw. Freunde und Medien. Die Einbindung der Eltern und anderer Familienangehöriger ist je nach Altersgruppe zu differenzieren:

- Bei Kindern ist eine umfassende Einbindung der Eltern und der die Kinder betreuenden Personen zu fordern. Eltern jüngerer Kinder sollen verstehen, dass ihnen die zentrale Rolle in der Etablierung und Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens der Kinder zukommt. Sie sollen darin geschult werden, die förderlichen Bedingungen für das Lernen der Kinder herzustellen und die Kinder langfristig zu motivieren.
- Bei Jugendlichen müssen die Eltern über die Ziele und Inhalte des Programms informiert und angeleitet werden, ihre Kinder im Erreichen der Schulungsziele zu unterstützen. Sie sollen jedoch nicht kontinuierlich und gemeinsam mit den Jugendlichen am Programm teilnehmen.

Strukturqualität

Schulungsteam: Unter Berücksichtigung der Module und Inhalte eines Patientenschulungsprogramms ist ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung angezeigt (vgl. Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die nötigen Programminhalte müssen durch ein interdisziplinäres Schulungsteam unter ärztlicher Leitung vermittelt werden. Alle Teammitglieder müssen Kompetenz in der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher nachweisen sowie über entsprechende didaktische und methodische Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen. Das Schulungsteam muss seine Kompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation durch entsprechende Zeugnisse ausweisen. Die Schulung soll einem vorgegebenen Methodenkonzept folgen, das in einem *Manual für Therapeutinnen und Therapeuten* zusammengefasst ist. Das Patientenschulungsprogramm ist schriftlich fixiert und sieht schriftliches zielgruppenspezifisches Material für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor.

2.7 Anforderungen an die Dokumentation

Die Dokumentation stellt eine wichtige Aufgabe bei den Patientenschulungsprogrammen dar, weil erst dadurch eine Zielvereinbarung erfolgt, die erreichten Teilziele festzustellen sind und der Verlauf der Maßnahme nachvollziehbar ist. Die folgende Tabelle gibt einen systematischen Überblick über die Anforderungen der Dokumentation.

Leistungserbringer	Vor Programmbeginn	Im Verlauf	Nach Programmende
<p>Zuweisende(r) und weiter behandelnde(r) Vertragsarzt/Vertragsärztin</p>	<p><u>Ärztliches Attest:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausschluss sekundärer und syndromaler Formen der Adipositas sowie manifester psychischer Störungen 2. Vorliegen einer ausreichenden Schulungsfähigkeit 3. Messwerte für Körpergewicht, Körpergröße und BMI des Kindes/Jugendlichen und der Eltern 4. Beleg für adipositasassoziierte Krankheiten und Risikofaktoren mit diagnostisch relevanten Laborwerten und anderen Untersuchungsbefunden 	<p><u>Mitteilung an Programmanbieter und Kostenträger:</u></p> <p>bei Auftreten von Krankheiten und Symptomen, die den vorgegebenen Ausschlusskriterien für eine Teilnahme entsprechen</p>	<p><u>Mitteilung an Programmanbieter und Kostenträger</u></p> <p>(einmal pro Jahr für drei Jahre nach Programmende):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpergewicht und Körpergröße, BMI des Kindes/Jugendlichen, soweit datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht dagegensprechen 2. Verlauf und (Neu-) Auftreten von adipositasassoziierten Erkrankungen und Risikofaktoren, ggf. mit diagnostisch relevanten Laborwerten und anderen Untersuchungsbefunden 3. (Neu-) Auftreten psychischer Störungen einschließlich Essstörungen
<p>Programmanbieter</p>	<p><u>Bestätigung der Aufnahme in das Programm an zuweisende(n) Vertragsarzt/Vertragsärztin:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestätigung des Vorliegens der Einschlusskriterien und des Fehlens von Ausschlusskriterien 2. Überprüfung einer ausreichenden Motivationslage und ausreichender Ressourcen bei Kindern/Jugendlichen, Eltern 3. Vereinbarung von Zielen mit Patientin bzw. Patienten 	<p><u>Zwischenbericht an zuweisende(n) Vertragsarzt/Vertragsärztin:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpergewicht, Körpergröße und BMI des Kindes/Jugendlichen 2. Ggf. Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der Teilnahme (z. B. Auftreten behandlungsbedürftiger psychischer Störungen und schwerer sonstiger Gesundheitsstörungen, keine regelmäßige Teilnahme) 	<p><u>Abschlussbericht an zuweisende(n) Vertragsarzt/Vertragsärztin:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erreichung des vereinbarten Ziels (Körpergewicht, Körpergröße und BMI des Kindes/Jugendlichen) 2. Hinweise für eine Vernetzung mit regionalen Anbietern von Leistungen zur Primärprävention der Adipositas im Rahmen der Weiterbehandlung

Leistungserbringer	Vor Programmbeginn	Im Verlauf	Nach Programmende
	<u>Dokumentation für Kostenträger:</u> 1. Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Evaluation und Einbringen der individuellen Verlaufsdaten des Versicherten in diese Studie (mit Einverständniserklärung der teilnehmenden Personen)	<u>Dokumentation für Kostenträger:</u> 1. Teilnahme an jedem einzelnen Schulungstermin (mit Unterschrift des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin/der Eltern und Angaben zu den jeweiligen Schulungsinhalten)	3. Ggf. Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der Teilnahme (z. B. Auftreten behandlungsbedürftiger psychischer Störungen und schwerer sonstiger Gesundheitsstörungen, keine regelmäßige Teilnahme) <u>Dokumentation für Kostenträger:</u> 1. Teilnahme an jedem einzelnen Schulungstermin (mit Unterschrift des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin/der Eltern und Angaben zu den jeweiligen Schulungsinhalten)

Tab. 3: Anforderungen an die Dokumentation der Leistungserbringer

2.8 Weiterentwicklung und Ausblick

Mit diesem Konsensuspapier wurde eine wichtige Grundlage erarbeitet, um die bisherigen Unsicherheiten für Leistungserbringer und Krankenkassen hinsichtlich Patientenschulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas zu verringern und erste Schritte zu einem stimmigen System der Kostenübernahme zu vollziehen. Dies bedeutet für die Betroffenen mehr Transparenz und die Möglichkeit, leichter das geeignete Patientenschulungsprogramm zu finden und erfolgreich zu durchlaufen. Allerdings sind damit

die Bemühungen aller Beteiligten lange noch nicht beendet. Der Prävention des Übergewichts muss zukünftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn durch eine frühzeitige Sensibilisierung der Betroffenen für das Risiko Übergewicht und Adipositas und die Förderung von gesunden Lebensweisen können Krankheiten verhütet und Kosten für Krankheitsbehandlungen vermieden bzw. verringert werden.

Zudem müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um zu qualitätsgestützten Angeboten sowohl der Prävention als auch der Behandlung des kindlichen Übergewichts und der Adipositas zu kommen. Erste Schritte sind hier bereits ergriffen worden. Auch wird der Nationale Gesundheitssurvey für Kinder und Jugendliche des RKI ab 2006 die benötigten Prävalenzzahlen zum Gewichtsstatus von Kindern und Jugendlichen liefern. Diese Daten sollten mit relevanten soziodemografischen Daten verbindbar sein und in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden.

Der Prävention des Übergewichts muss zukünftig mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Deshalb entwickelt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in dem Projekt „Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche“ Qualitätskriterien für Programme zur Prävention. Damit sollen vorhandene Angebote zur Vorbeugung und Behandlung des Übergewichts gemeinsam mit Expertinnen und Experten bewertet werden. Parallel werden in einer Studie bundesweit die Versorgungsangebote für übergewichtige Kinder und Jugendliche erfasst. Des Weiteren ist geplant, von einer multiprofessionellen Adipositas-Evaluationsgruppe die verschiedenen Versorgungsangebote auf ihre Behandlungseffekte hin zu untersuchen. Darüber hinaus wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe eine prospektive, multizentrische, kontrollierte und randomisierte Studie zur Behandlung der kindlichen Adipositas bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft beantragt.⁴ Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Studie sollen in zukünftige evidenzgesicherte Empfehlungen zur Gestaltung geeigneter Angebote zur Prävention und Therapie des kindlichen Übergewichts und Adipositas einfließen. Die Konsensusgruppe begrüßt diesen Forschungsantrag nachdrücklich. Die Ergreifung weiterer Schritte hin zu evidenzbasierten Leitlinien wird als notwendig erachtet.

⁴ Dieser Antrag wurde von der DFG abgelehnt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist daher die Finanzierung einer multizentrischen, randomisierten und kontrollierten Studie zum Wirksamkeitsnachweis der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland nicht gesichert.

Mit diesen verschiedenen Aktivitäten sind wichtige Maßnahmen ergriffen worden, um in einigen Jahren über hochwertige, qualitätsgesicherte und wirksame Angebote zur Prävention und Rehabilitation zu verfügen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen alle Beteiligten weiterhin gemeinsame Anstrengungen unternehmen, um im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu tragfähigen Lösungen zu kommen.

2.9 Anhang

2.9.1 Qualitätskriterien für Patientenschulungsprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche

Ein Patientenschulungsprogramm für adipöse Kinder und Jugendliche kann nur dann empfohlen werden, wenn das Programm alle im Folgenden aufgelisteten Qualitätskriterien erfüllt.

Die *Programmanbieter* müssen hierzu den Kostenträgern folgende *Dokumente* vorlegen:

1. Beschreibung des inhaltlichen und didaktischen Konzeptes mit Literaturangaben,
2. Darstellung der wesentlichen Prozesse der Durchführung des Schulungsprogramms,
3. Beschreibung des Schulungsteams und Nachweis der vorhandenen Qualifikation,
4. Beschreibung der verfügbaren Räumlichkeiten,
5. Zielgruppenspezifisches Lehrmaterial einschließlich Handbuch/Manual,
6. Darstellung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation und Kommunikation mit der behandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt,
7. Nachweis der Ergebnisqualität, ggf. mit Literaturangaben oder Bescheinigung über die Teilnahme an einer bundesweiten Evaluationsstudie.

Rechts: Tab. 4: Qualitätskriterien für Patientenschulungsprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche

1. KONZEPTQUALITÄT		Ja	Nein
1.1	Das Programmkonzept verfolgt einen Kombinationsansatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Das Programm ist zielgruppenspezifisch konzipiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Einsatz von Medikamenten, Formeldiäten oder Nahrungsergänzungsmitteln sind kein feststehender Bestandteil des im Schulungsprogramm vermittelten Behandlungskonzeptes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Ein chirurgischer Eingriff ist nicht feststehender Bestandteil des im Schulungsprogramm vermittelten Behandlungskonzeptes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Das Programm strebt die konsentierten Zielvorgaben an bzw. es werden Programmziele formuliert, deren Erreichung sowohl bezüglich des Programms als auch im Einzelfall messbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. PROZESSQUALITÄT		Ja	Nein
2.1	Verbindliche Einschlusskriterien sind angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Verbindliche Ausschlusskriterien sind angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Verbindliche Abbruchkriterien sind angegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Die Motivation der Kinder/Jugendlichen bzw. Eltern wird vor Programmbeginn überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Die Altershomogenität der Schulungsgruppen ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Individueller Lernfortschritt aller Teilnehmenden wird berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Die behandelnde Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt ist in den Schulungsablauf seiner Patientinnen und Patienten eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Es werden Teambesprechungen durchgeführt, in denen die Fortschritte der einzelnen Teilnehmer interdisziplinär reflektiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung			
2.9	Die Ernährungsempfehlungen entsprechen den Vorgaben der Fachgesellschaften (AGA, DGE, FKE).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Eine stark kalorienreduzierte Diät wird nicht empfohlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung			
2.11	Bewegungsprogramm: Schwerpunkt in aktiver Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu vermehrter Bewegung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten			
2.12	Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der überwiegenden Zeit der vom Schulungsteam erbrachten Programmstunden für Kinder/Jugendliche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elterneinbindung		Ja	Nein
2.13	Eltern sind aktiv in das Programm für Kinder einbezogen (Angebote an Eltern in Form von Elternabenden, Fortbildungsveranstaltungen, Handbüchern und gemeinsamen Aktionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14	Eltern sind über das Programm für Jugendliche informiert (Minimum: Elternmanual).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15	Eltern werden in den Fertigkeiten geschult, die zur Etablierung und Aufrechterhaltung eines geänderten Verhaltens der Kinder notwendig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16	Eltern sollen nicht ständig bei Schulungsterminen von Jugendlichen anwesend sein, diese aber bei der Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. STRUKTURQUALITÄT		Ja	Nein
3.1	Es wird ein interdisziplinäres Schulungsteam im Sinne der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“ vorgehalten. Die Teammitglieder weisen spezielle Erfahrungen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Das Personal ist für den Einsatz verhaltenstherap. Techniken geschult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Es wird ein zielgruppenspezifisches Manual für Kinder/Jugendliche/Therapeutinnen und Therapeuten/Eltern vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Die Programmdauer liegt unter dem Zeitrahmen von 24 Monaten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Die vorgesehene Gruppengröße beträgt bis zu 12 Teilnehmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Anleitung zum Umgang mit Lebensmitteln (incl. Zubereitung) und Einkaufsübungen umfassen weniger als 30 % der Zeit des Ernährungsmoduls.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Die verfügbaren Räumlichkeiten genügen den Anforderungen der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Die vorgesehene Ablauf- und Ergebnisdokumentation genügt den konsentierten Anforderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ERGEBNISQUALITÄT		Ja	Nein
4.1	Es liegt eine Bestätigung der Teilnahme des Programms an der bundesweiten Evaluationsstudie der BZgA bzw. der AGA vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oder		
4.2	Es liegen aussagekräftige Informationen zur Abbrecherquote vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Es liegen Ergebnisse zum Grad der Zielerreichung (Intention-to-treat-Analyse) vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Es liegen systematische Auswertungen von Teilnehmerfragebogen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.9.2 Literatur

- AGA – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2003): Leitlinien für Diagnostik und Therapie. *Monatsschr Kinderheilkd* 149, S. 805–806. Aktuelle Version siehe unter [<http://www.a-g-a.de>].
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg (1999): Moby Dick – ein Hamburger Programm zur Sekundärprävention. *Hamburger Ärzteblatt* 53, S. 220–221.
- Benecke, A., Vogel, H. (2003): Übergewicht und Adipositas. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. Berlin [<http://www.rki.de/GBE/GBE.HTM>; Zugriff am 25. 9. 2003].
- Böhler, T., Alex, C., Becker, E. et al. (2004): Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. *Gesundheitswesen* 2004, 66, S. 1–6.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M. et al. (2003): Lebensqualität als Evaluationskriterium in der Rehabilitation chronisch kranker Kinder, C2. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Niedersachsen-Bremen.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., Dietz, W. H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320, S. 1240–1243.
- Kromeyer-Hauschild, K., Jaeger, U. (1998): Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 146, S. 1192–1196.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149, S. 807–818.
- Ravens-Sieberer, U., Redegeld, M., Bullinger, M. (2001): Quality of life after in-patient rehabilitation in children with obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25, Suppl 1, S. 63–65.
- Reinehr, T., Brylak, K., Alexy, U., Kersting, M., Andler W. (2003): Predictors to success in outpatient training in obese children and adolescents. *Int J Obes* 27, S. 1087–1092.
- Reinehr, T., Kersting, M., Alexy, U., Andler, W. (2003): Long-term follow-up of overweight children: after training, after a single consultation session and without treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 37, S. 72–74.
- Reinehr, T., Andler, W. (2004): Changes in the atherogenic risk-factor profile according to degree of weight loss. *Arch Dis Child* 89, S. 419–422.
- Reinehr, T., Wabitsch, M. (2003): Erfassung aller Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkd* 151, S. 757–761.
- Rolland-Cachera, M. F., Sempe, M., Guilloud-Bataille, M. et al. (1982): Adiposity indices in children. *Am J Clin Nutr* 36, S. 178–184.
- SpiV: Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V [www.g-k-v.com].
- SpiV: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003 [www.g-k-v.com].
- Wabitsch, M., Kunze, D., Keller, E., Kiess, W., Kromeyer-Hauschild, K. (2002): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Fortschr. der Medizin* 120, S. 99–106.
- Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln. *Bundesgesundheitsblatt* 47, S. 251–255.
- Zubrägel, S., Settertobulte, W. (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (2003): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 159–183.