

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: PD 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

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

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

PD 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

Inhalt:

1.	Präambel.....	1
2.	Definition von Übergewicht und Adipositas.....	2
3.	Prävalenz und Epidemiologie	3
4.	Indikationsstellung für Patientenschulungsprogramme - Wer gehört in Patientenschulungsprogramme?	5
5.	Ziele - Was soll erreicht werden?.....	8
6.	Qualitätsanforderungen - Welche Bedingungen müssen erfüllt sein?	9
7.	Anforderungen an die Dokumentation	13
8.	Weiterentwicklung und Ausblick	15
	Literatur	17
	Qualitätskriterien für Patientenschulungsprogramme für adipöse Kinder und Jugendliche und ihre Eltern	19

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 evidenz-basierten 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. Vor dem Vorliegen valider Evaluationsergebnisse 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 stellen jedoch eine erste Hilfestellung für die momentane Bewertung von Patientenschulungsprogrammen für die Kostenträger und eine Orientierung für die Leistungserbringer dar. Dadurch können sie zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung dieser Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche beitragen und nutzen damit den Betroffenen selbst.

2. Definition von Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas werden auf den sogenannten Körpermassen- oder Body Mass Index [BMI = Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²)] bezogen. Wegen der alters- und geschlechtsabhängigen unterschiedlichen Veränderungen der Körpermasse im Lauf 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 von dem alters- und geschlechtsspezifischen Mittelwert wird in Form des Standardabweichungsscores SDS ausgedrückt. Dieser Wert wird als $BMI_{AGA}\text{-}SDS_{LMS}$ berechnet (Kronmeyer-Hauschild et al. 2001).

3. Prävalenz und Epidemiologie

Für Deutschland sind die Prävalenzzahlen für Kinder und Jugendliche uneinheitlich. In den vorliegenden Untersuchungen werden unterschiedliche Messmethoden und Definitionen von Übergewicht und Adipositas angewendet und 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 zwischen 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 (Zubrängel S, Settertobulte W. 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 K, Jaeger U 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 nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (Ernährungsbericht 2000) als auch das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund (DONALD-Studie 2002) zu dem Ergebnis, dass in den vergangenen 15-20 Jahren die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Kindern und Jugendlichen nicht zugenommen hat.

Die unbefriedigende Datenlage wird durch die Ergebnisse des zur Zeit vom Robert Koch-Instituts (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.

4. Indikationsstellung - Wer gehört in Patientenschulungsprogramme?

Bei Mangel- und Fehlernährung sowie bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind präventive oder medizinische einschl. rehabilitative Interventionen in jedem Fall in Betracht zu ziehen. Die Entscheidung darüber, welche Maßnahme im Einzelfall indiziert ist, trifft die behandelnde Kinder- und Jugendärztin und -arzt bzw. die Hausärztin und -arzt. 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

- 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

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

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

Tabelle 1: Indikationsstellung für die Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche (grau unterlegte Felder).

Mit erhöhtem Körpergewicht assoziiert ...	Keine Risikofaktoren	Risikofaktor ¹	Krankheit ²
Extreme Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile)			
Adipositas (BMI < 99,5 bis > 97. Perzentile)			
Übergewicht (BMI < 97. bis > 90. Perzentile)			
Normalgewicht (BMI < 90. Perzentile)			

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

Kontraindiziert ist die Teilnahme an Patientenschulungsprogrammen in folgenden Fällen:

- Kinder/Jugendliche und ihre Familie bzw. Angehörigen 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.

¹ 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).

² 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 Glukosetolerenz, Pubertas praecox (vorzeitige Pubertätsentwicklung), Syndrom der polyzystischen Ovarien, orthopädische Erkrankungen.

Bei den Zielgruppen, für die keine Indikation für eine Teilnahme an einem Patientenschulungsprogramm besteht (weiße Felder in Tabelle 1), hat die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die Möglichkeit, auf die vielfältigen Angebote der Krankenkassen zur Prävention zu verweisen (vgl. u.a. GKV-Leitfaden zur Prävention).

5. Ziele - Was soll erreicht werden?

Ziel von Patientenschulungsprogrammen ist - allgemein formuliert - die langfristige Gewichtsreduktion (Reduktion der Fettmasse) und deren Stabilisierung sowie die Verbesserung adipositas-assoziiierter 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 Körpergewichtes und des BMI vor, während und nach der Teilnahme an dem 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 $BMI_{AGA}\text{-}SDS_{LMS}$ 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 $\geq 0,2$).
- Ein sehr guter Erfolg besteht bei einer Gewichtsabnahme um ca. 10% (Reduktion des BMI-SDS um $\geq 0,5$).
- Als ergänzendes Erfolgskriterium zählt die Verbesserung der mit dem erhöhten Körpergewicht assoziierten Risikofaktoren und die Linderung von adipositas-assoziierten 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.

6. Qualitätsanforderungen

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 3 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. des -arztes. 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 und 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. -arzt (vor Schulungsbeginn)
- Zwischenbericht an behandelnde Vertragsärztin bzw. -arzt (1 x pro Quartal)
- Abschlußbericht an behandelnde Vertragsärztin bzw. -arzt (spätestens 2 Wochen nach Schulungsende)
- Kontaktaufnahme mit behandelnder Vertragsärztin bzw. -arzt 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. Dabei müssen die Eltern eine Vorbildfunktion wahrnehmen.
- 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. SpiV). Die notwendigen Programminhalte müssen durch ein interdisziplinäres Schulungsteam unter ärztlicher Leitung vermittelt werden. Alle Teammitglieder müssen entsprechende 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, welches in einem **Therapeutenmanual** zusammengefasst ist. Das Patientenschulungsprogramm ist schriftlich fixiert und sieht auch schriftliches zielgruppenspezifisches Material für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor.

7. Anforderungen an die Dokumentation

Die Dokumentation stellt eine wichtige Aufgabe bei den Patientenschulungsprogrammen dar, da 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.

Tabelle 2: Anforderungen an die Dokumentation der Leistungserbringer

Leistungserbringer	vor Programmbeginn	im Verlauf	Nach Programmende
Zuweisende(r) und weiter behandelnde(r) Vertragsarzt / -ärztin	<u>Ärztliches Attest:</u> <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 adipositas-assoziierte Krankheiten und Risikofaktoren mit diagnostisch relevanten Laborwerten und anderen Untersuchungsbefunden 	<u>Mitteilung an Programm-anbieter und Kostenträger:</u> bei Auftreten von Krankheiten und Symptomen, die den vorgegebenen Ausschlusskriterien für eine Teilnahme entsprechen	<u>Mitteilung an Programm-anbieter und Kostenträger</u> (1 x pro Jahr für 3 Jahre nach Programmende): <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpergewicht und Körpergröße, BMI des Kindes/Jugendlichen soweit datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht dagegen stehen 2. Verlauf und (Neu-) Auftreten von adipositas-assoziierten Erkrankungen und Risikofaktoren, ggf. mit diagnostisch relevanten Laborwerten und anderen Untersuchungsbefunden 3. (Neu-)Auftreten psychischer Störungen einschließlich Essstörungen.
Programmanbieter	<u>Bestätigung der Aufnahme in das Programm an zuweisende(n) Vertragsarzt / -ärztin:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestätigung des Vorliegens der Einschlusskriterien und des Fehlens von Ausschlusskriterien 2. Überprüfung einer aus- 	<u>Zwischenbericht an zuweisende(n) Vertragsarzt / -ärztin:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Körpergewicht, Körpergröße und BMI des Kindes/ Jugendlichen 2. Ggf. Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der 	<u>Abschlussbericht an zuweisende(n) Vertragsarzt / -ärztin:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erreichung des vereinbarten Ziels (Körpergewicht, Körpergröße und BMI des Kindes/ Jugendlichen)

	<p>reichenden Motivationslage und ausreichender Ressourcen bei Kindern/Jugendlichen und Eltern</p> <p>3. Vereinbarung von Zielen mit der Patientin bzw. dem Patienten</p> <p><u>Dokumentation für Kostenträger:</u></p> <p>1. Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Evaluation und Einbringen der individuellen Verlaufsdaten des Versicherten in diese Studie (mit Einverständniserklärung der teilnehmenden Personen)</p>	<p>Teilnahme (z.B. Auftreten behandlungsbedürftiger psychischer Störungen und schwerer sonstiger Gesundheitsstörungen, keine regelmäßige Teilnahme)</p> <p><u>Dokumentation für Kostenträger:</u></p> <p>1. Teilnahme an jedem einzelnen Schulungstermin (mit Unterschrift des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin / der Eltern und Angaben zu den jeweiligen Schulungsinhalten)</p>	<p>2. Hinweise für eine Vernetzung mit regionalen Anbietern von Leistungen zur Primärprävention der Adipositas im Rahmen der Weiterbehandlung</p> <p>3. ggf. Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der Teilnahme (z.B. Auftreten behandlungsbedürftiger psychischer Störungen und schwerer sonstiger Gesundheitsstörungen, keine regelmäßige Teilnahme)</p> <p><u>Dokumentation für Kostenträger:</u></p> <p>1. Teilnahme an jedem einzelnen Schulungstermin (mit Unterschrift des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin / der Eltern und Angaben zu den jeweiligen Schulungsinhalten)</p>
--	--	--	---

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 Jugendlichen 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 Patientenschulungsprogramme 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. Und es 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 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 Versorgungsangeboten auf ihre Behandlungseffekte hin zu untersuchen. Darüber hinaus wurden von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe eine prospektive, multizentrische, kontrollierte und randomisierte Studie zur Behandlung der kindlichen Adipositas bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft beantragt. 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.

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.

Literatur

AGA - Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2003) Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Monatsschr Kinderheilkd 149:805-806. 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: 220-221.

Böhler T, Alex C, Becker E. et al. (2004) Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. (zur Publikation eingereicht)

Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Redegeld M, et al. Lebensqualität als Evaluationskriterium in der Rehabilitation chronisch kranker Kinder, C2. Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Niedersachsen-Bremen, 2003.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 320:1240-1243.

Kromeyer-Hauschild K, Jaeger U (1998) Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Jenaer Kindern. Monatsschr Kinderheilkd 146: 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 149:807-818

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:S63-65.

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 27:1087-1092

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 37:72-74

Reinehr T, Andler W (2004) Changes in the atherogenic risk-factor profile according to degree of weight loss. Arch Dis Child 89:419-422

Reinehr T, Wabitsch M (2003) Erfassung aller Behandlungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkd 151:757-761

Rolland-Cachera MF, Sempe M, Guillaud-Bataille M, et al. (1982) Adiposity indices in children. Am J Clin Nutr 36:178-184

SpiV: Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von §43 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 120:99-106

Wabitsch M (2004) Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln Bundesgesundheitsblatt 47:251-255

Zubrängel S, Settertobulte W (2003) Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U. Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO Juventa Verlag Weinheim und München 2003: 159-183

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 dem behandelnden Vertragsarzt
7. Nachweis der Ergebnisqualität, ggf. mit Literaturangaben oder Bescheinigung über die Teilnahme an einer bundesweiten Evaluationsstudie.

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			
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 der Teilnehmer wird berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Der behandelnde Vertragsarzt ist in den Schulungsablauf seines 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:		Ja	Nein
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:			
2.13	Eltern sind aktiv in 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 über 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			
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 verhaltenstherapeutischer Techniken geschult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Es wird ein zielgruppenspezifisches Manual für Kinder/Jugendliche/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 und deren Zubereitung sowie 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			
4.1	Es liegt eine Bestätigung der Teilnahme des Programms an der bundesweiten Evaluationsstudie der BZgA / 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 Teilnehmerfragebögen vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>