

Rahmenkonzept des Projektes

„Hessenweite ambulante Adipositastherapien

für Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen“

unter dem Motto

gemeinsam -
mehr bewegen!

mit dem Namen

schwerleicht
ein Schulungsprogramm für übergewichtige
Kinder und Jugendliche

bisherige Standorte: Bad Orb, Gießen, Fulda

weitere geplante Standorte: Frankfurt, Kassel, Wiesbaden, Darmstadt

Projekt der



Würzburger Str. 7-11
63619 Bad Orb
Telefon 06052-87423 Fax 06052-87-100
www.spessartklinik.de,
www.adipositas-hessen.de
e-Mail: info@spessartklinik.de

verfasst von BSc. oec troph Christina Braun und cand.oec troph Nadine Müller

Bisher beteiligte Kooperationspartner:



Standort Fulda

Fachbereich Oecotrophologie

Marquardstraße 35 D-36039 Fulda

Kontaktperson: Prof. Dr. habil. Klotter

Standort Giessen



Abteilung für Sportmedizin

Institut für Sportwissenschaften

Am Kugelberg 62; 35394 Giessen

Kontaktperson: Prof.Dr.med Frank C. Mooren

Universitätsklinikum Giessen/Marburg GmbH
Zentrum für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin, Gebäude-Nr.50

Feulgenstr. 11, 35390 Giessen

Kontaktperson: Prof. Dr. Stefan Wudy

Vorwort

„Ideen halten sich nicht.

Es muß etwas mit ihnen getan werden.“

Alfred North Whitehead (1861-1947), engl. Mathematiker u. Philosoph

Ein solches Vorhaben ist auf Erfahrungs- und Ideenaustausch angewiesen.

Erfahrungsaustausch setzt Reden voraus.

Weiterhin wächst ein solches Konzept durch konstruktive Kritik.

Diese liegt in dem Engagement jeden Lesers- also Ihnen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	II
<i>weitere Verzeichnisse</i>	IV
1 Adipositas und Therapiemöglichkeiten	1
<hr/>	
2 medinet Spessart-Klinik Bad Orb	2
<hr/>	
2.1 Struktur der Klinik	2
2.2 Therapieangebote.....	2
2.3 Adipositastherapie der Spessart-Klinik.....	3
2.3.1 Ziel der Therapie	3
2.3.2 Stationäre Therapie.....	4
2.3.3 Ambulante Therapie.....	5
2.3.3.1 Intensivphase	6
2.3.3.2 Etablierungsphase	6
2.3.3.3 Erhaltungsphase	6
3 Ambulante Adipositastherapien- hessenweit	7
<hr/>	
3.1 Zielsetzung.....	7
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	8
3.3 Konzeptbeschreibung	9
3.3.1 Zielgruppe und Indikationsstellung	9
3.3.1.1 Gruppeneinteilung und -größe	10
3.3.1.2 weitere Einschlusskriterien.....	11
3.3.1.3 Kontraindikationen	11
3.3.2 Der Weg zu „Gemeinsam mehr bewegen“	11
3.3.3 Finanzierung des Projektes	12
3.3.4 Zusammensetzung des interdisziplinären Expertenteams.....	12
3.3.5 Diagnostik.....	13
3.3.5.1 klinische und laborchemische Diagnostik	13
3.3.5.2 psychologische, psychosoziale Verhaltensdiagnostik	14
3.3.5.3 Leistungsdiagnostik	14
3.3.6 Therapiedauer und -verlauf.....	15
3.3.7 familienorientierter Ansatz.....	16
3.3.8 Therapiepuzzle	16
3.3.8.1 Medizinische Betreuung.....	17
3.3.8.2 Psychosoziales Training	17
3.3.8.3 Körperliche Aktivität	17
3.3.8.4 Bereich Ernährung.....	18
3.3.8.5 Bereich Bezugspersonen	21
3.3.9 Therapieablauf.....	22
3.3.10 Selbstbeobachtungs- und Verstärkersystem.....	22

4 „schwerleicht“ in Gießen	23
4.1 Standortanalyse Gießen.....	23
4.2 Kooperationen von „schwerleicht“ in Gießen	23
4.2.1 Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH	23
4.2.2 Sportwissenschaftliches Institut der Justus-Liebig-Universität	24
4.3 Besonderheiten.....	24
5 „schwerleicht“ in Fulda.....	25
5.1 Standortanalyse Fulda	25
5.2 Kooperation mit der Hochschule Fulda.....	25
5.3 Besonderheiten.....	26
6 Qualitätssicherung: Qualitätsmanagement - Handbuch.....	27
6.1 Konzeptqualität.....	27
6.2 Strukturqualität.....	28
6.2.1 Räumliche Ausstattung	28
6.2.2 Personal	28
6.2.3 Medizinisch-technische Ausstattung.....	28
6.2.4 Schulungsmaterial	28
6.3 Prozessqualität	29
6.4 Ergebnisqualität- Evaluation	29
6.4.1 Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV)	29
6.4.2 Messung der BMI- Veränderungen: BMI-SDS	30
6.4.3 weitere Evaluationsinstrumente	30
7 Literatur	31
<i>Anhang</i>	<i>34</i>

weitere Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Therapiepuzzle für Patienten und Bezugspersonen 16

Abb.2: Graphische Darstellung des Konzeptes der optimierten Mischkost 19

Tabellenverzeichnis

Tab.1: Übersicht Trainingsbereiche der ambulanten Adipositas
therapie der medinet Spessart-Klinik Bad Orb 6

Tab.2: Klassifikation der Adipositas im Kindes- und Jugendalter durch Perzentilen 10

Tab.3: Profession nach Therapiebereich 12

Tab.4: Phasen der Ambulanten Adipositas
therapie „schwerleicht“ 15

Tab.5: Auszug aus einem Therapieplan (Gießen, Intensivphase) 22

Tab.6: Übersicht etablierter Schulungsprogramme für Übergewicht im
Kindes- und Jugendalter in Gießen 23

Tab.7: Erfüllung der Konzeptqualität 28

Abkürzungsverzeichnis

AID	Allgemeiner Informationsdienst
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
BMI	Body-Mass-Index
DIN-EN-ISO	Spezielle Normen für Deutschland und Europa nach internationalem Standard
IASO	International Association for the Study of Obesity
IOTF	International Obesity Task Force
HLPUG	Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
ECOG	European Childhood Obesity Group
EFQM	European Foundation for Quality Management
KgAs	Konsensusgruppe Adipositas schulung im Kindes- und Jugendalter
WHO	World Health Organisation

1 Adipositas und Therapiemöglichkeiten

In den Medien häufen sich Schlagzeilen über Personen und Schicksale, die lange Zeit übersehen und ausgegrenzt wurden. Übergewicht, als eine negative Begleiterscheinung heutiger moderner Wohlstandsgesellschaften, wurde vielmehr als belanglos angesehen bzw. übersehen. Heutige Erkenntnisse enthüllen den Krankheitscharakter des Übergewichts. Extreme Formen, dargestellt als ein krankhaftes Übermaß an Fettgewebe, werden wissenschaftlich mit dem Begriff „Adipositas“ definiert (vgl. KOLETZKO & RAUH-PFEIFER 2004). Das Gesundheitsrisiko besteht gleichzeitig aus einer erhöhten Komorbidität (vgl. MALECKA-TENDERA & MAZURA 2006) sowie einer Einschränkung der Teilhabe am sozialen Leben (vgl. GOLDSCHMIDT 2006, VAIDYA 2006).

Prozentangaben in Zeitungsartikeln und Fernsehberichten über das Ausmaß dieser Krankheit verzeichnen eine größer werdende Präsenz und überbieten sich. Die Weltgesundheitsorganisation deklariert die Verbreitung als „globale Epidemie“ (WHO 2000). Bei der Analyse der Prävalenz der Adipositas sticht die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen besonders heraus.

In der Bundesrepublik Deutschland weisen laut der ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (AGA) etwa 10% der Kinder und 13-18% der Jugendlichen Übergewicht auf. Die Prävalenz der Adipositas liegt im Kindesalter bei 4% und bei Jugendlichen zwischen 5-8% (vgl. AGA 2006). Die Zahlen des Bundeslandes Hessen zeigen nahezu die gleichen Ergebnisse. Im Jahr 2005 lagen bei den Schuleingangsuntersuchungen 10,6% der Schulanfänger über dem Grenzwert für Übergewicht. Die Gruppe der Übergewichtigen teilt sich auf in 6,0% „einfach übergewichtige“ und 4,6% adipöse Kinder (HLPUG 2006).

Jedoch ist es mit Zahlen allein und der Betrachtung der Kausalzusammenhänge nicht getan. Ansatzpunkte und Qualitätsanforderungen für Therapiemöglichkeiten gibt es viele und auch die Anzahl angebotener Schulungsprogramme nimmt zu. Allerdings sind diese bislang noch nicht nach evidenzbasierten Kriterien auf ihre nachhaltige Wirksamkeit geprüft. Eine ambulante Weiterbehandlung für adipöse Kinder und Jugendliche nach stationärer Rehabilitation durch Einzelberatungsgespräche beim Hausarzt belegen nach einer wissenschaftlichen Evaluation keine signifikanten Interventionseffekte (vgl. VAN EGMOND-FRÖHLICH A & GOLDSCHMIDT H ET AL 2006). Vielmehr verzeichnen interdisziplinäre Gruppenprogramme nachhaltige Erfolge. Neben einer Veränderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens setzen diese auch auf psychosozialer Ebene an und erzielen längerfristig eine Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung, sowie eine Verringerung von Komorbiditäten und psychosozialen Leidensdruck (vgl. DIETRICH & WIDHALM 2004, KIRK ET AL. 2005, KORSTEN-RECK ET AL. 2006).

Es liegt also an uns Trendwenden einzuleiten.

Die medinet Spessart-Klinik GmbH Bad Orb setzt wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse durch ihr interdisziplinäres Therapiespektrum um. Hierbei wird Betroffenen die Möglichkeit geboten ihren bisherigen Lebensstil neu zu gestalten. Nachfolgend wird in Kapitel zwei die medinet Spessart-Klinik vorgestellt. Daran knüpft die Präsentation des neuen Rahmenkonzeptes „Hessenweite ambulante Adipositas-Therapien für Kinder und Jugendliche sowie deren Bezugspersonen“ an.

2 medinet Spessart-Klinik Bad Orb

Die medinet Spessart-Klinik Bad Orb ist eine Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungs(AHB)-Klinik für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Nachfolgend wird sie in ihrer Struktur und ihren Therapieangeboten beschrieben.

2.1 Struktur der Klinik

In drei verschiedenen Gebäudekomplexen sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene während ihres stationären Aufenthalts untergebracht. Die Klinik weist diagnostische und therapeutische Einrichtungen einer Fachklinik auf. Ergänzt werden diese durch ein Therapiezentrum, eine Sporthalle und ein Hallenbad. Die integrierte „Comenius-Schule“ sichert als staatlich anerkannte Schule für chronisch kranke Kinder einen kontinuierlichen Schulbesuch junger Patienten und somit eine leichtere Rückkehr in ihr Alltagsleben.

2.2 Therapieangebote

Das Therapieangebot reicht von der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, chronischen Nieren- und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates bis hin zur Therapie von Allergien und psychosomatischen Erkrankungen.

Angepasst an den Wandel des Krankheitsspektrums hin zu der Behandlung von Zivilisationskrankheiten ist die medinet Spessart-Klinik spezialisiert auf die Behandlung übergewichtiger und adipöser Patienten. Besonders im Kinder- und Jugendbereich erzielt sie durch die innovative Arbeit ihres interdisziplinären Expertenteams -von Ernährungsberatern bis hin zu Kunsttherapeuten- seit über 20 Jahren nachhaltige Erfolge.

Es besteht neben Aufhalten von Einzelpersonen ebenso die Möglichkeit einer gleichzeitigen Therapie von Kind und Mutter, bzw. der gesamten Familie.

2.3 Adipositas therapie der Spessart-Klinik

Es besteht neben einem Therapieprogramm für Erwachsene ein spezielles Konzept der Adipositas therapie für Kinder und Jugendliche.

Dieses wird in den folgenden Abschnitten im Detail erläutert. Grundlegend erhalten die Patienten während ihrer Therapie eine medizinische Begleitung.

2.3.1 Ziel der Therapie

Die Patienten zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Krankheit anzuleiten, ihr Bewusstsein für ihre eigene Gesundheit zu schärfen und diese zu fördern, sind Ziele die während der Therapie erreicht werden sollen. Somit ist das Hauptziel auch nicht primär die Gewichtsreduktion, sondern eine Veränderung der bisherigen Lebensgewohnheiten. Die Bedeutung des Lebenswandels für die Gesundheit formuliert KARL KÖTSCHAU treffend mit folgendem Sprichwort:

**„Gesundheit kauft man nicht im Handel,
denn sie liegt im Lebenswandel.“**

Entscheidungen und Handlungen für eine solche Veränderung liegen bei den Betroffenen selbst. Die medinet Spessart-Klinik leistet hierbei „Hilfe zur Selbsthilfe“ und ebnet durch ihr Therapieangebot den Weg dieses Hauptziel zu erreichen. Die Patienten erhalten Ansatzpunkte für die Gestaltung einer aktiven, selbstbestimmten Lebensführung.

In Bezug auf das Körpergewicht verspricht die ganzheitliche, langfristige Perspektive nicht nur eine langsame, sichere Gewichtsabnahme, sondern auch eine dauerhafte Gewichtsnormalisierung.

Neben eines stationären Aufenthalts von 4-6 Wochen besteht ebenso die Möglichkeit der Teilnahme an einer Ambulanten Therapie. Diese wird sowohl nach einer stationären Therapie als auch als Neubeginn angeboten.

Beide Therapieformen werden nachfolgend kurz erläutert.

2.3.2 Stationäre Therapie

Nach einer Anamnese durch den betreuenden Arzt der medinet Spessart-Klinik legt dieser das individuell auf den Patienten abgestimmte Therapieprogramm fest. Er ist für die therapiebegleitende medizinische Betreuung verantwortlich. Es existieren vier Therapiesäulen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Bereich Essverhaltenstraining

Bei dieser Therapiesäule liegt der Fokus darauf, dem Patienten ein gesundes, entspanntes Verhältnis zum Essen -ohne Verbot und Verzicht- zu vermitteln. Die drei zentralen Themen Hunger, Sättigung und Appetit werden anhand von Arbeitsblättern besprochen und bisheriges Essverhalten wird ebenso analysiert. Das Trainingsziel ist, dass Essen und Emotionen sich nicht gegenseitig bedingen. Durch Selbstreflexion wird die Wahrnehmung der Gefühle geschult um das „Essen als Lösung“ durch eine angebrachte Handlungsmöglichkeit zu ersetzen. Essgenusstraining, sowie der Umgang mit Heißhungerattacken finden genauso Platz im Trainingsplan, wie eine realistische, individuelle Zielstellung und Überprüfung des bisher Erreichten.

Durchgeführt wird dieser Bereich von erfahrenen Adipositastrainern und Sozialpädagogen.

Bereich Ernährungsberatung

Neben acht theoretischen Schulungsstunden über Ernährung erwerben die Kinder und Jugendlichen praktische Erfahrungen der fettarmen Nahrungszubereitung in der Lehrküche. In der Gemeinschaft werden die selbstzubereiteten Mahlzeiten langsam und genussvoll gegessen.

Eine Ernährungsumstellung hinsichtlich einer Reduzierung der Fettaufnahme auf 30g pro Tag wird hier vermittelt. Umgesetzt wird dies durch die Nutzung einer Fetttabelle, die Lebensmittel nach ihrem Fettgehalt aufschlüsselt. Weiterhin wird durch Rollenspiele der Umgang mit Süßigkeiten, Besuchen im Fast Food Restaurant und Tipps zum Einkaufen erprobt.

Die Ernährungsfachkräfte der Klinik sind Diätassistenten und Ökotrophologen, die teilweise eine Zusatzqualifikation als Adipositastrainer aufweisen.

Bereich Sporttherapie

Im Vordergrund steht hier den Kindern Spaß an Bewegung zu vermitteln. Spaß, der schon bei der kleinsten Alltagsaktivität anfangen kann. Sozusagen frei nach dem Motto „Tausche Fahrrad gegen Bus“. Eine langfristige Steigerung der körperlichen Aktivität bewirkt eine Steigerung des

Energieverbrauchs, ein verbessertes Wohlbefinden, sowie ein gutes Körpergefühl. Ein Zuwachs an Muskelmasse erhöht den Grundumsatz und damit den Energieverbrauch und die Leistungsfähigkeit.

In der Klinikpraxis wird dies durch tägliche Bewegungsförderung wie z.B. Ergometerfahren, Wanderungen, Sportstunden in der Turnhalle, Schwimmen, Wirbelsäulengymnastik, und weitere Exkursionen umgesetzt.

Diplom- Sportlehrer leiten diesen Bereich der Adipositas therapie.

Bereich Eltern

Für Eltern gibt es jeden zweiten Samstag spezielle Informationsveranstaltungen über die Adipositas therapie in der medinet Spessart-Klinik. Die Inhalte der Therapie werden hier vorgestellt. Tipps für die praktische Umsetzung für Zuhause werden von den erfahrenen Therapeuten der Klinik weitergegeben.

An der Informationsveranstaltung nimmt aus jedem Therapiebereich ein Therapeut teil.

2.3.3 Ambulante Therapie

Um langfristig eine Veränderung des Lebensstils und als Folge eine weitere Gewichtsreduktion oder bereits eine Gewichtsstabilisierung zu erreichen, findet das bisher etablierte stationäre Programm der Spessartklinik ihre Anbindung in einer ambulanten Adipositas therapie. Diese Therapieform ermöglicht die Integration der Schulung in den individuellen Alltag des Patienten. Diese Schulung kann sowohl nach einer stationären Behandlung, als auch als Neuanfang begonnen werden und findet in den Räumlichkeiten der medinet Spessart-Klinik statt. Die Therapiesäulen der ambulanten Therapie sind dieselben wie die, der unter 2.3.2 erläuterten stationären Therapie.

Die Anmeldung erfolgt über den Haus- bzw. Kinderarzt. Als erster Schritt wird bei der Anfangsuntersuchung ein ärztliches und psychologisches Aufnahmegespräch geführt. Ebenso wird der Teilnehmer körperlich untersucht und anthropometrisch gemessen.

Die Therapie verläuft in verschiedenen Phasen die in den nachfolgenden Abschnitten erläutert werden..

2.3.3.1 Intensivphase

Diese Anfangsphase dauert 12 Schulungswochen, in denen wöchentlich ein Termin stattfindet. Dieser setzt sich aus jeweils drei Schulungseinheiten zusammen. Teilnehmer und Eltern halten sich zum selben Zeitpunkt in der Klinik auf, allerdings alternieren sie die Therapieorte. Die Therapiebereiche sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Lerninhalte aus den drei Therapiebereichen für Kinder und Jugendliche sind identisch mit den Angaben unter 2.3.2 der stationären Therapie.

Tab 1.: Übersicht: Trainingsbereiche der ambulanten Adipositas therapie der medinet Spessart- Klinik in Bad Orb

Für Kinder und Jugendliche	Essverhaltenstraining, Ernährungsberatung, Sporttherapie
Eltern bzw. Bezugspersonen	Ernährungsberatung, Essverhaltenstraining, Elternerfahrungsrunde

Im Bereich *Ernährungsberatung* sind unter den 12 Schulungsterminen drei Kochtermine angesetzt, getrennt für Kinder und Eltern.

Eltern werden in der *Elternerfahrungsrunde* unter ärztlicher und psychologischer Begleitung speziell geschult. Tipps für die effektive Unterstützung ihrer Kinder bei der Veränderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sind Thema, basierend auf der kritischen Analyse eigener Verhaltensweisen und der Nutzung persönlicher Ressourcen.

Nach einem bereits absolvierten stationären Aufenthalt entfällt diese erste Phase für diese Patienten und es kann gleich mit der folgenden Phase begonnen werden.

2.3.3.2 Etablierungsphase

Die Etablierungsphase dient der Erhaltung des neu Erlernten und dauert sechs Monate. Die Termine mit jeweils zwei Schulungseinheiten finden alle vier Wochen statt. In der ersten Einheit wechseln sich Essverhaltenstraining und Ernährungsberatung alternierend ab. In der zweiten Einheit treiben die Kinder Sport während sich die Eltern in der Erfahrungsrunde treffen.

2.3.3.3 Erhaltungsphase

Weitgehend selbstständig führen die Familien das Programm zu Hause fort. Der Termin ist 12 Monate nach Programmbeginn und dient in erster Linie der Überprüfung der erreichten Therapieziele. Weiterführende Maßnahmen werden ebenso gemeinsam mit der Familie besprochen. Der Haus- bzw. Kinderarzt erhält einen ausführlichen Bericht über Therapieverlauf und -ergebnisse sowie empfohlene weitere Maßnahmen.

3 Ambulante Adipositastherapien- hessenweit

Mit dem Hintergrund einer jahrelangen Erfahrung auf dem Gebiet der Adipositastherapie im Kindes- und Jugendalter ist das neue Vorhaben der medinet Spessart-Klinik stationäre und ambulante Therapieform stärker miteinander zu verbinden. Durch ein hessenweites Netzwerk aus ambulanten Adipositastherapien werden somit Betroffenen mehr Möglichkeiten der Therapie geschaffen. Bereits aufgebaute Therapien sind an den Standorte Gießen und Fulda zu finden. Weitere Folgende sind in Frankfurt, Hanau, Darmstadt, Wiesbaden und Kassel geplant.

Die folgenden Erläuterungen sind an das bisher erfolgreiche ambulante Therapieprogramm der medinet Spessart-Klinik in Bad Orb angelehnt. Geplant ist auch eine Erweiterung des bisherigen ambulanten Therapieprogramms in Bad Orb nach den nachfolgenden Gesichtspunkten. Alle weiteren Ausführungen stellen das Rahmenkonzept für alle Standorte dar. So ist vorgesehen, dass an jedem Standort die Inhalte der Schulungen identisch sind, allerdings Einzelheiten durch räumliche Aspekte variieren können.

3.1 Zielsetzung

Das Motto dieses Projektes lautet „Gemeinsam mehr bewegen“. Es impliziert die Gruppendynamik und die interdisziplinäre Vorgehensweise. Über das alleinige Ziel einer Gewichtsreduktion hinaus soll „mehr“ kennzeichnend für die Krankheit Adipositas und die mehrperspektivische Herangehensweise stehen. „Bewegung“ veranschaulicht nicht nur den wichtigen Bereich der körperlichen Aktivität sondern steht für die gesamte Bewegung hin zu einem günstigeren Lebensstil.

Das Projekt trägt den Namen „schwerleicht“. Hintergrund ist die Betonung der Problematik eines langfristigen Erfolgs. Weiterhin macht diese Wörterkombination deutlich, dass viel Geduld, Ausdauer und auch Rückschläge einen „schweren Weg“ kennzeichnen. Der Weg hin zu dem Schlüsselement der Therapie sich einen günstigen -dennoch leichten- Lebensstil anzueignen.

Grundlegendes Ziel ist eine gesunde körperliche, psychische und soziale Entwicklung und Leistungsfähigkeit der zukünftigen Patienten zu fördern und gleichzeitig die Bezugspersonen in ihrer Rolle zu unterstützen und in einer aktiven Lebensplanung und Konfliktmanagement zu schulen.

Aus medizinischer Sicht sind adipositasassoziierte Komorbiditäten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ein interdisziplinäres Expertenteam bietet den Teilnehmern von „Gemeinsam mehr bewegen“ ein Therapiespektrum sowie Ansatzmöglichkeiten um die nachfolgend aufgeführten Punkte dauerhaft zu erreichen, beizubehalten und zu stärken.

„Gemeinsam mehr bewegen“ befähigt die Teilnehmer:

- den bisherigen krankheitsfördernden Lebensstil in einen Gesundheitsfördernden umzuformen
- diesen individuell in den Alltag einzubauen
- ihre eigene Motivation wiederzufinden
- neu gewonnene Verhaltensweisen sicherzustellen
- mehr Selbstakzeptanz und Eigenverantwortlichkeit zu gewinnen
- Spaß an eigener Aktivität und Kreativität zu erlangen
- zu einer breiten Informationsaufnahme hinsichtlich gesundheitspezifischer Themen
- sich eigene, soziale Netzwerke aufzubauen und konsistent zu halten
- neue Wege der Problemlösung- und Bewältigungsstrategien kennenzulernen
- adäquate Zunahme an Muskelmasse und demzufolge an Leistungsfähigkeit
- langfristige Reduktion der Fettmasse

Diese Liste an Zielen ist bewusst in dieser Reihenfolge gewählt. Die einzelnen Ziele bedingen sich gegenseitig. So bilden die ersten zehn Punkte die Basis für ein gesundes, inneres Gleichgewicht und bekräftigen somit auch das zuletzt aufgeführte Teilziel, welches man als äußeres, offensichtliches Gleichgewicht beschreiben kann.

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche können als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß §43 Abs.1 Nr.2 SGB V zum Einsatz kommen (vgl.SGB V 1988). Demnach sind von der Krankenkasse „wirksame und effiziente Patientenschulungsprogramme für chronisch Kranke“ als Leistung zu erbringen. Weiterhin sind Angehörige und ständige Betreuungspersonen einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (vgl. SGB V 1988).

Auch das Krankheitsbild der Adipositas fällt hierbei ebenso unter den Begriff einer chronischen Krankheit (vgl. AGA 2004).

In der Kinderrehabilitation ist über dem primären Ziel der medizinischen Rehabilitation auch die spätere Teilhabe am Erwerbsleben zu berücksichtigen und kann somit auch gleichzeitig als Prävention verstanden werden (ARBEITSGEMEINSCHAFT REHABILITATION IM KINDES- UND JUGENDALTER 2005).

3.3 Konzeptbeschreibung

Resultierend aus dem bisherigen Konzept der ambulanten Adipositas therapie (vgl. MEDINET SPESSART-KLINIK 2003) und der Evaluation bisheriger Ergebnisse (Claußnitzer 2005) erschloss sich zu Beginn des Jahres 2006 ein neues Rahmenkonzept für die hessenweite Ausweitung. Mit dieser Streuung der Therapiestandorte innerhalb Hessens wird versucht möglichst für alle Betroffenen wohnortnahe Therapiemöglichkeiten zu schaffen. Dies ist sowohl nach den Anforderungen der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (WABITSCH 2004), als auch des Trainermanuals der Konsensusgruppe für Adipositasschulungen (KgAs) „*Leichter, aktiver, gesünder*“ (KgAs 2004) gestaltet. So besteht die interdisziplinäre Therapie aus den Bereichen Medizin, Psychosoziales, Ernährung und Körperliche Aktivität.

3.3.1 Zielgruppe und Indikationsstellung

Dieses Projekt richtet sich an adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren. Als ein Maß für die Einschätzung des Körperfettanteils ist weltweit der Body-Mass-Index (BMI) anerkannt. Dieser setzt sich aus den einfach messbaren Parametern Körpergröße und Körpergewicht zusammen. Berechnet wird er aus dem Quotient der Körpermasse und der -höhe (in Metern) zum Quadrat (in kg/m^2). Ein pathologisch erhöhter Anteil an Fettgewebe im Körper liegt bei einem BMI von $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ vor. Die CHILDHOOD GROUP der INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF), als auch die EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY GROUP (ECOG) empfiehlt die Anwendung des BMI ebenso im Kindes- und Jugendalter (vgl. BELLIZZI & DIETZ, 1999a).

Da der Körperfettanteil im Kindes- und Jugendalter entsprechend den physiologischen Änderungen der prozentualen Körperfettmasse nach alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten variiert, ist es erforderlich bei der Diagnose Heranwachsender das Alter und Geschlecht mit zu berücksichtigen. Demnach werden Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter nach KROMEYER & WABITSCH anhand populationspezifischer Referenzwerte in alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen gemessen (vgl. KROMEYER- HAUSCHILD&WABITSCH 2001; siehe Anhang 1). Hierbei wird der BMI eines jungen Patienten somit in Relation zu dem BMI von Kindern und Jugendlichen im selben Alter und Geschlecht aus Deutschland angegeben. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) übernimmt diese Meßskalen und schlägt hierzu, die in Tabelle 2 aufgeführte Klassifikation vor.

Tab.2: Klassifikation der Adipositas im Kindes- und Jugendalter durch Perzentilen
(vgl. KROMEYER-HAUSCHILD & WABITSCH 2001)

BMI- Perzentilen	Klassifikation
> 90. Perzentile	Übergewicht
> 97. Perzentile	Adipositas
> 99.5 Perzentile	Extreme Adipositas

Demnach ist ein Kind übergewichtig, wenn es einen höheren BMI als 90% aller Kinder des gleichen Alters und Geschlechts in Deutschland aufweist. Adipositas liegt ab der 97. Perzentile vor (vgl. KROMEYER-HAUSCHILD & WABITSCH 2001) und wird als therapiebedürftig bei einer initialen Diagnose durch den Haus- bzw. Kinderarzt diagnostiziert. Übergewichtassoziierte Komorbiditäten wie ein zu hoher Blutdruck, zu hohes Gesamtcholesterin, eine gesteigerte Blutglucosekonzentration etc. (vgl. AGA 2004). können auch unter der 97. BMI-Perzentile ausschlaggebend für eine Indikationsstellung sein. Bei einer positiven Familienanamnese bzgl. Diabetes mellitus Typ 2, Hyperurikämie, Hypercholesterinämie und Arteriosklerose ist dies ebenso der Fall (vgl. auch 3.6.5.1 klinische und laborchemische Diagnostik).

3.3.1.1 Gruppeneinteilung und -größe

Nach der Anmeldung werden die Teilnehmer in drei Alterskategorien eingeteilt um eine altersadäquate Vermittlung gesundheitsförderlicher Wissensinhalte zu sichern (vgl. KgAs 2004a):

- von 6 bis 9 Jahren
- von 10 bis 14 Jahren
- von 15 bis 18 Jahren

Eine Gruppengröße von 6 bis 12 Teilnehmern pro Schulungsgruppe wird festgelegt. Es wird nötig sein aus ökonomischen Gründen eine größere Zahl an Teilnehmern zu Beginn der Therapie einzuladen, da ein frühzeitiges, selbstbestimmtes Ausscheiden der Teilnehmer möglich ist.

3.3.1.2 weitere Einschlusskriterien

Nach den Leitlinien der AGA ist eine Adipositasschulung nur für therapiebedürftige Kinder und Jugendliche (siehe 3.6.1) als auch ihre Bezugspersonen sinnvoll, die weiterhin

- › eine ausreichende Motivation für Verhaltensänderungen aufweisen
- › eine Integrationsfähigkeit in eine Gruppe Gleichaltriger zeigen
- › die fähig sind in dieser Gruppe zu interagieren und mitzuarbeiten
- › kein intellektuelles Handicap aufweisen
- › sporttauglich sind und aktiv an der Sporttherapie teilnehmen möchten

3.3.1.3 Kontraindikationen

Trifft einer der in den Einschlusskriterien benannten Punkte nicht zu, so ist eine Teilnahme an dem Programm nicht möglich. Weiterhin muss der Haus- bzw. Kinderarzt vor der Überweisung eine ursächliche Primärerkrankung ausschließen. Hierunter fallen:

- › genetische Erkrankungen (z.B. Prader-Willi-Syndrom)
- › Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Hypothyreose)

Weiterhin ist bei psychiatrischen Erkrankungen die Therapie durch ein solches Schulungsprogramm nicht als sinnvoll zu erachten.

3.3.2 Der Weg zu „Gemeinsam mehr bewegen“

Die betroffenen Familien erfahren durch ihren Haus- bzw. Kinderarzt, ihre Krankenkasse, die Presse, die Homepage der Klinik (www.spessart-klinik.de) oder durch unsere Informationsbroschüren über das Projekt „Gemeinsam mehr bewegen“. Der erste Schritt ist den Kontakt mit der Klinik aufzunehmen. Die Kontaktperson ist die

Adipositastrainerin/Gesundheitspädagogin

Marion Tschirschwitz

Tel.: 06052/87- 435

m.tschirschwitz@spessartklinik.de

medinet Spessart-Klinik GmbH Bad Orb

Würzburger Str. 7-11 63619 Bad Orb

Alle weiteren Schritte und Fragen bezüglich des Anmeldeverfahrens werden bei einem ersten Telefonat mit Frau Tschirschwitz besprochen.

3.3.3 Finanzierung des Projektes

Ein bisheriger Kooperationsvertrag existiert mit der BARMER Ersatzkasse (Landesgeschäftsstelle Hessen). Diese finanziert die bisherige Ambulante Adipositas therapie in Bad Orb für Patienten mit therapiebedürftiger Adipositas. Die Familie selbst muss innerhalb des Therapiejahres nur einen geringen Eigenanteil beisteuern.

Weiterhin finanziert die BKK Osthessen die Therapie bis zu 75%.

Bei allen weiteren Krankenkassen ist die Zusage eine Einzelfallentscheidung.

3.3.4 Zusammensetzung des interdisziplinären Expertenteams

Nach den Richtlinien der KgAS bilden Fachkräfte aus unterschiedlichen Kompetenzen ein Schulungsteam. In Tabelle 3 sind die Professionen nach Therapiebereichen aufgeführt.

Tab 3: Profession nach Therapiebereich

Therapiebereich	Profession
Medizin	Kinderarzt/ärztin
Psychosoziales	Psycholog(e)/in Pädagog(e)/in
Ernährung	Ökotrophologe/in
Körperliche Aktivität	Sportlehrer/in

An jedem Standort besitzt einer der oben aufgeführten Therapeuten die Schulungsverantwortung. Er besitzt somit die Teamleitung und ist zusätzlich verpflichtet nach den Leitlinien der KgAs eine Qualifikation als Adipositastrainer besitzen (vgl. KgAs 2004). Diese Qualifikation erlangt sowohl die Ökotrophologin des Standortes Fulda, als auch die Ökotrophologin sowie der Sportlehrer des Standortes Giessen momentan an der von der KgAs zertifizierten Adipositasakademie der Fachklinik Sylt und an der Adipositasakademie des Kinderhospitals Osnabrück. Weitere Ausführungen bzgl. der Aufgaben einzelner Mitarbeiter sind im Qualitätsmanagement-Handbuch zu finden (vgl. Kapitel 6).

3.3.5 Diagnostik

Nach der initialen Diagnose (siehe Abschnitt 3.3.1) des Haus- bzw. Kinderarztes und der Anmeldung für eine ambulante Adipositas therapie ist die erste Maßnahme innerhalb von „schwerleicht“ ein diagnostischer Eingangsscheck. Dieser wird durch Mitarbeiter des Projektes geleistet.

Neben einer klinischen und laborchemischen Diagnostik wird eine psychologische und psychosoziale Verhaltensdiagnostik durchgeführt. Im Bereich der körperlichen Aktivität findet eine Leistungsdiagnostik statt. Einzelheiten zu den Untersuchungen werden nachfolgend erläutert.

Während dieses Check-Up Termins erhält sowohl der Patient als auch die Bezugspersonen Fragebögen (siehe 6.4.3), die zum nächsten Termin (erster Schulungstermin) ausgefüllt wieder mitgebracht werden.

3.3.5.1 klinische und laborchemische Diagnostik

Der Arzt des „schwerleicht“- Teams verfügt über die Daten aus der Erstuntersuchung des Haus- bzw. Kinderarztes der Familie. Folgende weitere Parameter werden erfasst und dokumentiert (t_1):

- Gewicht und BMI nach alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentilen
- Serumkonzentrationen von
Cholesterin: HDL und LDL, Triglyzeride und Glucose (nüchtern), TSH.

Diese Untersuchung wird noch erweitert, falls eine positive Familienanamnese (1. und 2. gradige Verwandte) bzgl. Diabetes mellitus Typ 2 (durch einen oralen Glukosetoleranztest mit Insulinbestimmung), Hyperurikämie (Messung der Harnsäurekonzentration) oder Hypercholesterinämie/Arteriosklerose (Erfassung des Lipidstatus mit Homocystein und Lipoprotein(a) vorliegt.

Weiterhin wird die Untersuchung der verschiedenen Serumkonzentrationen nach einem halben Jahr (t_2), nach dem Therapiejahr (t_3) und nach der Nachsorge (t_4) durchgeführt.

Anknüpfend an die Ermittlung der verschiedenen Serumkonzentrationen werden weitere *Gesundheitsrisiken* und *Komorbiditäten*, wie z.B orthopädische, respiratorische und dermatologische Sekundärveränderungen erfasst.

3.3.5.2 psychologische, psychosoziale Verhaltensdiagnostik

Folgende Ziele werden hier verfolgt:

- Überprüfung der psychologischen und psychosozialen Kontraindikationen. So wäre für das klinische Bild einer Bulimie oder Depression eine Adipositas therapie kontraindiziert.
- Erhebung von Informationen über psychologische und psychosoziale Verhaltensaspekte, die für Einleitung und Steuerung des Therapieprozesses wesentlich sind.
- Erhebung von psychologischen und psychosozialen Parametern für die Evaluation des Behandlungserfolges.

3.3.5.3 Leistungsdiagnostik

Die hier beschriebene Leistungsdiagnostik wird in diesem Umfang nur am Standort Gießen durch den Bereich Sportmedizin des Institutes für Sportwissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen durchgeführt (siehe 4.2.2).

Diese umfasst folgende Untersuchungen:

- Belastungs-EKG: Arbeitsleistung; auftretende Veränderungen der Herz- und Kreislauffunktion
- Laktatstufentest: Ausdauerleistung
- Spirometrischer Test :Lungenfunktionsprüfung: Atemäquivalent und Respiratorischer Quotient
- Messung der alltäglichen körperlichen Aktivität durch Aktivitätsmesser (Zeitraum: eine Woche).

Diese Tests werden sowohl zu Beginn (t_1), in der Mitte (t_2), nach der Therapie (t_3) und nach drei Jahren Nachsorge (t_4) durchgeführt um eine Leistungssteigerung ersichtlich zu machen.

In Fulda wird die Steigerung der körperlichen Aktivität anhand eines Modifizierten Münchner Fitness tests und einem Fragebogen zum Bewegungsverhalten erfasst.

3.3.6 Therapiedauer und -verlauf

Die Dauer der Therapie ist auf 12 Monate angelegt. Untergliedert ist sie in drei große Phasenabschnitte. Diese sind von unterschiedlicher Länge und sind angelehnt an die initiale Ambulante Adipositas therapie in Bad Orb. Jede Phase beginnt mit einer Zielsetzung und endet mit einer Art Resumee und Überprüfung des bisher Erreichten. Unterschiedliche Schwerpunkte und Lerninhalte werden im Verlauf der Therapie aus den vier Therapiebereichen erarbeitet und in den kommenden Abschnitten näher ausgeführt.

Tab. 4: Phasen der Ambulanten Adipositas therapie „schwerleicht“

Phasen	<i>INTENSIVPHASE</i>	<i>ETABLIERUNGSPHASE</i>	<i>ERHALTUNGSPHASE</i>	<i>NACHSORGE*</i>
Zeitraum	2 Monate	5 Monate	2 Monate	3 Jahre
Kontaktzeit	Wöchentlich	Alle 2-5 Wochen	monatlich	motivationsabhängig
*autonome Gestaltung durch die einzelnen Therapieteilnehmer; unterstützend durch Treffen mit den verschiedenen Therapeuten des „schwerleicht“- Teams				

Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von ca. 25 Schulungsterminen innerhalb eines Therapiejahres. Die Anzahl der Schulungstermine variieren je nach Standort und Anzahl der Schulungsstunden pro Schulungstermin. So sind z.B. in Fulda dreistündige Treffen angesetzt, während in Gießen mehr Schulungstreffen und dafür nur zwei Schulungseinheiten pro Termin stattfinden.

Anschließend an das Therapiejahr beginnt die Nachsorge, die über drei Jahre geplant ist und nach eigenem Engagement der jeweiligen Gruppe fortbestehen kann.

Diese Konzeptform eignet sich aus pädagogischer Sicht sinnvoll, da durch die einzelnen Etappen Zwischenziele ersichtlicher, und für die jungen Patienten etwas näher und greifbarer sind. Sie fungieren als Motivationsmotor und addieren sich auf zu einem langfristigen Hauptziel.

3.3.7 familienorientierter Ansatz

Aus den Erfahrungen der medinet Spessart-Klinik in den letzten Jahren wurde in dem bereits existierenden ambulanten Therapieprogramm viel Wert auf die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Schulung gesetzt.

So sind auch für die hessenweiten ambulanten Adipositas-Therapien separate Schulungsgruppen für die Bezugspersonen vorgesehen, die parallel zu den den Schulungsstunden der Eltern angeboten werden. Die Familien haben die Möglichkeit „Gemeinsam mehr zu bewegen“. Den Bezugspersonen wird dieselbe Wissensgrundlage geschaffen. Neben der Vermittlung von Lerninhalten wird verstärkt die Rolle der Bezugsperson als Fördernden trainiert und der Schwerpunkt auf die Unterstützung des Patienten durch die Bezugsperson gelegt.

3.3.8 Therapiepuzzle

Grundlegend sind vier Therapiebereiche maßgebend, die sowohl für Patienten als auch ihre Bezugspersonen gelten. Diese lassen sich in Form eines Puzzles gut veranschaulichen.

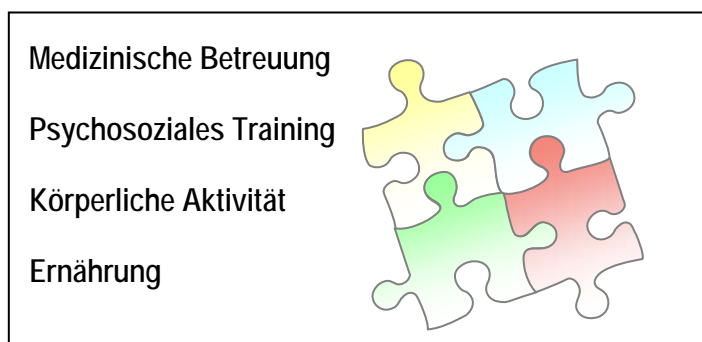


Abb.1: Therapiepuzzle für Patienten und Bezugspersonen

Diese Darstellung verdeutlicht zum einen, dass diese vier Puzzleteile ineinander passen und sich gegenseitig ergänzen. Andererseits ist dieses Puzzle ein Symbol dafür, dass eventuell weitere Disziplinen anknüpfen können, da in dieser Darstellung das Puzzle noch nicht vollständig ist. Beispiele für weitere Gebiete sind z. B. die Kreativförderung, Musiktherapie oder weitere Vertiefungen wie z.B. in das Gebiet der Psychomotorik durch Motopäden/ Motologen. Das offene Puzzlesymbol lässt frei welche weiteren Therapieoptionen möglich sind und sich nach und nach mit den bestehenden vernetzen können.

Nachfolgend werden die bereits feststehenden einzelnen Therapiebereiche genauer vorgestellt. Jeder Therapiebereich ist untergliedert in einzelne Themen bzw. Bausteine. Konzipiert sind diese in Anlehnung an das von der KgAs, dem Allgemeinen Informationsdienst (aid) und der DGE

herausgegebene Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“ (vgl. KgAs 2004).

Hierbei werden die Bereiche Medizin, Psychosoziales und Ernährung im weiteren Verlauf vorwiegend als edukative Schulungseinheiten bezeichnet, der Bereich der körperlichen Aktivität als praktische Schulungseinheiten.

3.3.8.1 Medizinische Betreuung

Dieser Therapiebereich umfasst sowohl die Medizinische Diagnostik (Eingangs-, Zwischen- und Enduntersuchungen, siehe 3.3.5) als auch die Vermittlung von medizinischen Lerninhalten in drei Schulungsstunden. Themen die sowohl in der Patientengruppe als auch in der Gruppe der Bezugspersonen gemeinsam bearbeitet werden sind gleichzeitig Einführungsthemen der Therapie. Definition, Bestimmung, Ursachen sowie Ausmaß der Adipositas werden besprochen. Ein Raum für das Gespräch über bereits unternommene Therapieversuche und Behandlungsmöglichkeiten wird hier ebenso geboten.

3.3.8.2 Psychosoziales Training

In diesem Teil der Therapie sollen als Basis für die weiteren Schulungsstunden sowie auch vorbereitend für das Leben nach der Therapie realistische Zielstellungen erarbeitet werden. Diese Zielformulierungen und Pläne können ebenso in anderen Bereichen der Therapie angewendet werden.

Das Psychosoziale Training erhält große Bedeutung, da hier das Hauptziel einer längerfristigen Änderung der Lebensgestaltung durch Gesprächskreise, Rollenspiele und weiteren praktischen Übungen verdeutlicht wird. Demnach wird hier den Patienten klar, dass das Ziel von „schwerleicht“ nicht primär eine Gewichtsreduktion ist.

Die fünf Lernbausteine sind hier eine Förderung der Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, der Eigenakzeptanz, soziale Kompetenz sowie die Gestaltung eines ausgewogenen Lebens. Jeder Lernbaustein wird bereichsübergreifend bearbeitet und richtet sich besonders im Hinblick auf das Problem der „übermäßigen Energiezufuhr“ aus.

3.3.8.3 Körperliche Aktivität

Durch diese Therapiesäule wird gewährleistet, dass eine Integration des Bereiches Sport und Bewegung im Alltag und im Interesse der Kinder nach und nach stattfindet.

Wesentliche übergeordnete Ziele in diesem Schulungsbereich sind in erster Linie Spaß, Freude und

Lust einen gesunden und aktiven Lebensstil zu entwickeln und die Motivation zur Beibehaltung dieser Lebensweise. Daraus ergibt sich eine dauerhafte Verhaltensänderung im Sinne einer Erhöhung der körperlichen Aktivität.

Die Sporttherapie adipöser Kinder und Jugendlicher ist durch orthopädische, kardiovaskuläre und mit anderen Begleiterscheinungen einhergehenden Risiken verbunden. Dementsprechend ist das Trainingsprogramm und die Steigerung der Intensität des Trainings auf die individuellen Voraussetzungen der Patienten abgestimmt.

Der Trainer achtet bei den einzelnen Stunden darauf, dass keine Unter- bzw. Überforderungen auftreten, die z.B zu einer Frustration bzw. Nichtteilnahme des Patienten führen könnten. Individuelle Stärken, Schwächen und Vorlieben des Teilnehmers sind der Fachkraft bekannt und werden berücksichtigt.

Praktische Trainingseinheiten werden meist mit kognitiven Übungen kombiniert. Dies dient der Motivationsförderung und Erhöhung des Spaßfaktors. Als Ausgleich finden in den Sportstunden ebenso theoretische Einheiten ihren Platz. So werden hier Ideen gesammelt, wie Aktivität recht simpel im Alltag gesteigert werden kann und was Bewegung im Körper bewirkt. Nach und nach werden die Schulungsteilnehmer vertraut mit Übungen zur Koordination, Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer. Verschiedene Sportarten werden in den letzten Stunden vor Therapieende praktisch vorgestellt um sich an die individuellen sportartspezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmer anzunähern und eine Brücke für sportliche Engagements der Kinder und Jugendlichen nach der Therapie zu ziehen.

Ein besonderes Highlight in diesem Bereich bieten die gemeinsam mit den Teilnehmern geplanten und durchgeführten Sportexkursionen.

3.3.8.4 Bereich Ernährung

Ernährungslehre

Im Mittelpunkt der Ernährungslehre dieses Projektes steht das Konzept der „Optimierten Mischkost“ („optimix“). Dieses wurde vom Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund (FKE) entwickelt und basiert auf den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (DACH-Referenzwerte). Diese Ernährungsempfehlung deckt und optimiert den Bedarf an Nährstoffen für Wachstum, Entwicklung und Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Weiterhin ist „optimix“ an die Bedürfnisse von Heranwachsenden angepasst und ermöglicht eine praktikable Umsetzung im individuellen Alltag. Die Grundpfeiler dieser

Ernährungsempfehlung werden nachfolgend kurz ausgeführt.

Das Konzept ist einfach: Lebensmittel werden nach Lebensmittelgruppe in eine Pyramide eingeteilt. Die Pyramidenform gibt die Empfehlung der Verzehrshäufigkeit der einzelnen Lebensmittelgruppen wieder.

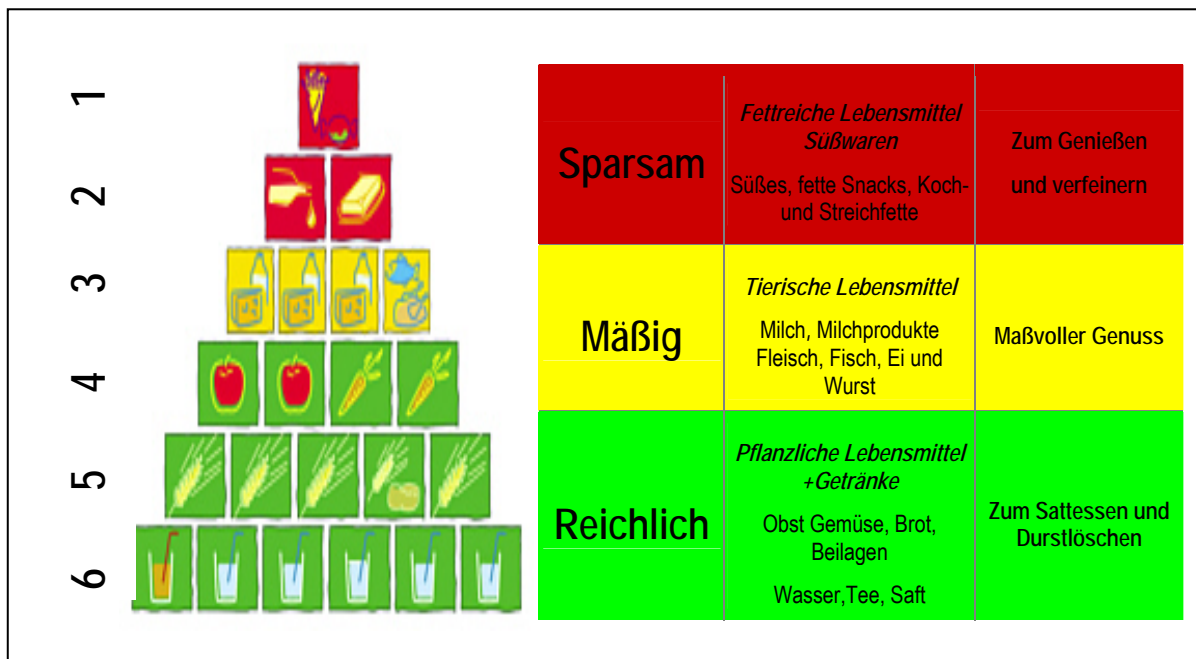


Abb.2 : Graphische Darstellung des Konzeptes der optimierten Mischkost
(modifiziert nach Angaben des FKE, vgl. AID 2004)

Als Orientierungshilfe werden bei diesem Modell die Ampelfarben grün, rot und gelb verwendet. Jeder Farbe werden bestimmte Lebensmittelgruppen und eine Empfehlung der Verzehrshäufigkeit zugeordnet (vgl. hierzu die rechte Tabelle in Abb.2). Für eine leichtere Visualisierung der Verzehrshäufigkeiten für Kinder und Jugendliche werden die Lebensmittelgruppen mit einer Zahlenreihe (1-6) versehen und es entsteht das 6-5-4-3-2-1- Modell. In der Pyramide in Abb.2 sind die Ebenen bereits in der entsprechenden Anzahl der Portionen eingeteilt. So bedeutet z.B die Zahl sechs- 6mal ein großes Glas Wasser trinken und 1 Portion Süßes z.B eine kleine Packung Gummibärchen naschen.

Um den Begriff einer Portion näher fassen zu können wird mit den Teilnehmern von „schwerleicht“ dies durch praktische Beispiele eingeübt. Portionen werden durch Hände, Tellergrößen und Schöpfkellen veranschaulicht. Eine Portion Obst ist eine handvoll groß- also z.B. ein Apfel. Eine Portion Nudeln ist die Hälfte eines flach gefüllten Tellers. Hierdurch wird ein grammgenaues Messen und Einhalten vermieden und ein natürlicher Umgang mit Lebensmitteln und deren Verzehrsmengen ermöglicht.

Die optimierte Mischkost ist keine Diät. Für junge, adipöse Patienten empfiehlt sich die Form dieser allgemeinen Ernährungsempfehlung ebenso. Durch die Definition der unterschiedlichen Verzehrshäufigkeiten und Portionsgrößen wird ein erstes Maß gesetzt. Bei Betrachtung der bisherigen Ernährungsgewohnheiten entspricht diese allgemeingültige Ernährungsempfehlung bereits einer Reduzierung der Energiezufuhr und Verbesserung der Ernährungsqualität für adipöse Kinder und Jugendliche. In Kombination mit einer Erhöhung des Energieverbrauchs durch die Gestaltung eines aktiven Alltags (Bereich körperliche Aktivität) erfolgt eine Reduktion des krankhaften Übergewichts.

Weiterhin wird den Teilnehmern der Schulung eine sinnvolle Begrenzung des Fettverzehrs vermittelt. Hierbei wird darauf geachtet, Patienten den Austausch von fettreichen und fettarmen Lebensmitteln näher zu bringen, ebenso wie auf versteckte Fette wie z.B in Wurst aufmerksam zu machen.

Ergänzend werden die Themen Flüssigkeit, Zucker und Salz als Einheiten der Schulung bearbeitet.

Essverhaltenstraining

Das Essverhaltenstraining dient den Kindern und Jugendlichen dazu, sich das eigene Essverhalten bewusst zu machen und Wege aufzuzeigen, ungünstiges Essverhalten dauerhaft zu verändern. Dazu zählt in regelmäßigen Abständen fünf Mahlzeiten pro Tag zu verzehren, während der Mahlzeiten ausreichend zu trinken und sich Zeit beim Essen zu lassen.

Innerhalb des Essverhaltenstrainings werden Themen wie Hunger, Sättigung, Appetit und Genuss behandelt. Es werden Ablenkungsstrategien entwickelt. Weiterhin wird hier, wie auch im Psychosozialen Training näher ergründet, welches die individuellen Ursachen für die zu hohe Energieaufnahme sind.

Desweiteren wird die sogenannte „flexible Kontrolle“ eingeübt. Dabei gilt die Grundregel „Verbote sind verboten!“. Dies mindert das Risiko der Entwicklung eines gestörten Essverhaltens und ermöglicht eine langfristige Gewichtsstabilisierung. Gleichmaßen werden dadurch Heißhungerattacken vorgebeugt.

Kochen

Während des Kochens wird das theoretisch erlernte Wissen praktisch umgesetzt. Dabei werden Vorlieben der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt. Nach dem gemeinsamen Kochen wird im Speiseraum in gemütlicher Atmosphäre gegessen. Die Mahlzeit ist supervidiert, d.h der Therapeut spricht während des Essens mit den Patienten über ihr Befinden, Hunger und Sättigung.

Einkaufstraining

In der Ernährungstherapie wird auf eine lebensmittelorientierte und praktische Orientierung Wert gelegt. Dabei ist ein sogenanntes Einkaufstraining innerhalb der ersten drei Monate ebenso Bestandteil. Hierbei wird die Umsetzung des in der Schulung neu erlernten Wissens in der Realität eingeübt. Die Rolle der Werbemaßnahmen, sowie die Bedeutung des Überflusses an Lebensmitteln sind hier Thema. Stimmungen und Gefühle der Schulungsteilnehmer werden während des Einkaufens besprochen und Strategien zur Vermeidung von Impulskäufen entwickelt.

3.3.8.5 Bereich Bezugspersonen

Medizin

Bezugspersonen erhalten dieselben Schulungsstunden wie die Patienten. Sie sind ebenso anwesend beim diagnostischen Eingangsscheck um für Fragen zur Verfügung zu stehen.

Psychosoziales Training

In der Schulung der Bezugspersonen wird ihre unterstützende Funktion für den Patienten näher ergründet und klar gestellt. Dies wird umgesetzt durch Themen wie z.B. „Erziehungskompetenz und familiäre Ressourcen“. Die Lerninhalte der Patienten wiederholen sich hier ebenso; allerdings werden diese aus dem Blickwinkel der reinen Förderung und Unterstützung seitens der Eltern betrachtet. Großen Wert wird hier auf die Motivationsförderung und realistische Zielplanung gelegt.

Körperliche Aktivität

Hier werden rein theoretische Lerneinheiten wie z.B. Grundlagen zur körperlichen Aktivität und Sport sowie das Thema Energie und Bewegung geschult. Innerhalb der sechs Schulungsstunden ist ein Schwerpunkt die Förderung von körperlicher Aktivität und Sport, ebenso die Unterstützung der Verwirklichung langfristiger evtl. gemeinsamer, sportlicher, Aktivitäten der Patienten. Ebenso erfolgt eine Analyse des eigenen Bewegungsverhaltens der Bezugspersonen.

Ernährung

Die Beeinflussung durch die Eltern auf das Ernährungs- und Essverhalten wird hier in einzelnen Schulungsstunden vermittelt. Dazu werden ebenso die Therapieinhalte der Patienten zusammenfassend dargestellt und besprochen. So wird den Eltern die Ernährungspyramide, die richtigen Portionsgrößen und z.B. die Hilfestellung beim Selbstbeobachtungstagebuch erläutert. Auch für die Bezugspersonen finden praktische Einheiten wie Kochen und Einkaufstraining statt.

3.3.9 Therapieablauf

Nachfolgende Tabelle 5 dient einer Veranschaulichung des Therapieablaufs. Patienten erscheinen gemeinsam mit ihren Bezugspersonen und erhalten in getrennten Gruppen verschiedene Therapiestationen.

Tab.5: Auszug aus einem Therapieplan (Gießen, Intensivphase)

Termin	1.Stunde		2.Stunde	
	<i>Patient</i>	<i>Bezugsperson</i>	<i>Patient</i>	<i>Bezugsperson</i>
1	Medizin	Ernährung	Ernährung	Medizin
2	Ernährung	Psychosoziales	Psychosoziales	Ernährung

3.3.10 Selbstbeobachtungs- und Verstärkersystem

Selbstbeobachtung spielt eine große Rolle innerhalb der Adipositas therapie. So soll hierunter nicht eine strenge Auflistung und Maßregelung der verzehrten Lebensmittel verstanden werden, sondern unterstützend für die Selbstwahrnehmung im Sinne einer flexiblen Kontrolle eine Reflexion stattfinden. Der Patient lernt sich nicht rigide an alle Empfehlungen jeden Tag zu halten, sondern innerhalb einer Woche kleinere „Ausrutscher“ ausgleichen zu können und sich flexibel zu verhalten. Der Druck „alles richtig“ machen zu müssen wird abgelöst durch ein leichteres Erreichen von Etappenzielen über mehrere Wochen der Therapie hinweg.

Die Reflexion findet mit einer abgewandelten Form des KgAs-Arbeitsblattes „Ich beobachte meinen Alltag“ statt und ist therapiebegleitendes Element. In diesem „Selbstbeobachtungs-Tagebuch“ in dem alle Zielvariablen (Ess-, Ernährungs-, und Bewegungsverhalten), sowie Aspekte der flexiblen Kontrolle und Einfluß von Stimmungen und Gefühlen auf das Verhalten vom Patienten beobachtet und dokumentiert. Die Therapeuten können somit Veränderungen verfolgen.

Ein weiteres wichtiges Element der Therapie sind Verstärkersysteme, die positive Veränderungen im Lebensstil des Patienten durch Wertmarken bzw. Smilie-Stempel belohnen.

4 „schwerleicht“ in Gießen

Die Standortanalyse der Stadt Gießen liefert die Basis für den Aufbau des „schwerleicht“-Programms in Gießen. Nachfolgend werden die Strukturen der Therapie an diesem Standort beschrieben.

4.1 Standortanalyse Gießen

Eine Übersicht der etablierten Angebote im Bereich der Therapie von Übergewicht für Kinder und Jugendliche in der Stadt Giessen ist in Tabelle 6 aufgeführt.

Tab.6: Übersicht etablierter Schulungsprogramme für Übergewicht im Kindes- und Jugendalter in Gießen

Anbieter	Name	Zeitintensität	Schulungsbereiche
AOK Giessen	Power Kids	12 Termine für Kinder; ein Elternabend	Ernährung, Psychosoziales
Dr. Ambrosius	Vita Kids	3-5 Monate Einzel/ Gruppenberatung	Ernährung

Weitere Beratungsmöglichkeiten ergeben sich bei selbständigen Diplom-Ökotrophologinnen, die Einzelberatungen für Familien anbieten. Ein Zusammenschluss aus acht Diplom- Ökotrophologinnen bildet der „Qualitätszirkel Kinderernährung“. Dieser bietet momentan jedoch ausschließlich Gruppenprogramme für normalgewichtige Kinder und junge Mütter im Rahmen einer Empfehlung einer gesunden Ernährung an.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass innerhalb Gießen und Umkreis keine der ambulanten Adipositas therapie der medinet Spessart-Klinik adäquate Behandlungsmöglichkeit gibt.

4.2 Kooperationen von „schwerleicht“ in Gießen

Die Realisierung der Idee einer ambulanten Adipositas therapie in Gießen wird durch zwei Kooperationspartner ermöglicht, die uns eine Nutzung ihrer Räumlichkeiten, sowie die Bereitstellung personaler und materieller Ressourcen zusprechen. An beiden Schulungsorten sind ausreichend Parkmöglichkeiten vorhanden.

4.2.1 Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH - Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin ist bereits eine Adipositasambulanz unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Stefan Wudy vorhanden. Diese Ambulanz ist eine Beratungsstelle für betroffene Familien und eröffnet Ihnen weitere Informationen über Behandlungsoptionen.

Die medinet Spessart-Klinik nutzt zwei Schulungsräume und eine Lehrküche in der angegliederten

Diätschule. Somit werden die rein edukativen Schulungseinheiten in den Bereichen Medizin, Psychosoziales und Ernährung für Patienten und deren Bezugspersonen im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin stattfinden.

4.2.2 Sportwissenschaftliches Institut der Justus-Liebig-Universität Bereich Sportmedizin

Ein zweiter wichtiger Kooperationspartner ist die Abteilung Sportmedizin des Sportwissenschaftlichen Institutes der Justus-Liebig-Universität. Hier ermöglicht uns der Leiter Herr Prof. Dr. med. Frank Mooren die Schulungen im Bereich körperlicher Aktivität in der Turn- und Schwimmhalle des Sportgeländes. Die Schulungsstunden für unsere Patienten werden von wissenschaftlichen Mitarbeitern seiner Arbeitsgruppe durchgeführt.

Weiterhin findet eine hochwertige Leistungsdiagnostik zu Beginn, Mitte und Ende des Therapiejahres durch diese Abteilung statt. Diese ist besonders hervorzuheben, da sie eine genaue Evaluation der Therapie in Bezug auf eine Aktivitäts- und Leistungssteigerung ermöglicht. Der Einsatz einer solch umfangreichen Leistungsdiagnostik in der Evaluation einer Adipositaschulung ist neuartig und im Sinne der Forschung mit einer wissenschaftlichen Studie verbunden.

4.3 Besonderheiten

Besonderheiten bestehen in Gießen in der räumlichen Verteilung der Schulungsorte. Aufgrund der Distanz zwischen beiden Institutionen werden die edukativen Schulungseinheiten an einem anderen Wochentag stattfinden als das Sportprogramm.

Eine weitere Besonderheit für den Standort Gießen besteht hier in der geplanten Nachsorge für die Patienten im Sportbereich. So wird momentan von dem Bereich Sportmedizin geplant, Patienten nach dem Abschluss des „schwerleicht“- Programms weiterhin Sportmöglichkeiten anzubieten. Fussball, Basketball und Jazz-Dance stellen in dem von Prof. Dr. med. Frank Mooren gegründeten „Gesundheitssportverein Gießen e.V.“ ein speziell für übergewichtige Kinder und Jugendlichen zwischen der 90.-und 97. BMI-Perzentile Sportprogramm dar.

Desweiteren wird durch eine Zusammenarbeit dieses Vereins mit den bereits etablierten Sportvereinen in Gießen und Umgebung das langfristige Ziel einer Integration (ex-)adipöser Kinder und Jugendliche in den normalen Vereinsalltag erleichtert. Dies sorgt für die Nachhaltigkeit einer ambulanten Adipositastherapie, da weiterhin der Sport im Alltag gefördert und das psychosoziale Leiden der Kinder in Form von z.B. Mobbing und Ausgrenzung im Bereich des Sports verringert wird.

5 „schwerleicht“ in Fulda

Die Umsetzung des grundlegenden Konzeptes am Standort Fulda wird nachfolgend beschrieben.

5.1 Standortanalyse Fulda

In Fulda existieren zum Zeitpunkt der Standortanalyse zwei Angebote für adipöse Kinder und Jugendliche. Bei beiden handelt es sich um Präventionsmaßnahmen. Das in Fulda ansässige Fitnessstudio FIT und FUN GmbH bietet das Programm XXL-Kids für übergewichtige Kinder und Jugendliche an. Entwickelt wurde dieses von Boris Kren, einem Fitnesstrainer, der mit dem Fuldaer Kinderarzt Dr. Kraft zusammenarbeitet.

Desweiteren wird von der AOK Fulda eine POWERKIDS-Schulung angeboten. Diese Schulungsprogramm wurde vom AOK Bundesverband inklusive Materialienkoffer für Kinder entwickelt.

Beide Angebote stellen für „schwerleicht“ keine direkte Konkurrenz dar, da es sich hierbei um Präventionsmaßnahmen handelt. Die jeweiligen Konzepte verfolgen im Gegensatz keine ganzheitlichen Aspekte, sondern setzen Ihre Schwerpunkte entweder in den Bereichen „Sport“ (Fitnessstudio FIT und FUN) oder „Ernährung“ (POWERKIDS AOK Fulda).

Andere, in Fulda ansässige Krankenkassen, bieten keine ambulanten Angebote zur Adipositas therapie für Kinder und Jugendliche an. Vielfach wurde auf das Angebot der medinet Spessart-Klinik Bad Orb verwiesen.

5.2 Kooperation mit der Hochschule Fulda

Es besteht eine Kooperation zwischen der medinet Spessart-Klinik und der Hochschule Fulda, insbesondere des Fachbereichs Oecotrophologie. Dabei stellt die Hochschule Fulda die Schulungsräume, inklusive Lehrküche und Sporthalle zur Verfügung. Außerdem arbeiten Studenten des Fachbereichs Oecotrophologie innerhalb des Projektstudiums aktiv an der Konzeption und Durchführung von „schwerleicht“ mit.

Es stehen zwei parallel besetzbare Schulungsräume ausreichender Grundgröße und Sitzgelegenheiten für die edukativen Schulungseinheiten zur Verfügung. Für die Elternschulung ist ein Raum im Gebäude des Fachbereichs Sozialwesen vorgesehen. Die edukativen Schulungseinheiten der Kinder und Jugendlichen finden in einem großzügigen, hellen Raum mit zweiseitiger Fensterfront in der Marquardtschule, einer Grundschule in Campusnähe, von der die Hochschule Räume angemietet hat, statt. Für die praktischen Kocheinheiten kann die Lehrküche des

Fachbereichs Oecotrophologie genutzt werden. Die praktischen Sporteinheiten werden in der hochschuleigenen Sporthalle durchgeführt. Der geplante Schwimmtreff wird im Esperanto-Bad Fulda stattfinden, welches sich gegenüber des Bahnhofs befindet. Positiv hervorzuheben ist die zentrale Lage der Räumlichkeiten. Alle Schulungsräume befinden sich auf dem überschaubaren Campus der Hochschule Fulda und liegen nur wenige Gehminuten auseinander. Dies hat den Vorteil, dass Kinder und Jugendliche parallel zu den Eltern geschult werden können und keine lange Pausen zwischen den Schulungseinheiten entstehen. Außerdem stehen den Familien ausreichend Parkmöglichkeiten auf dem Hochschulparkplatz zur Verfügung.

5.3 Besonderheiten

Die Besonderheit zu den anderen „schwerleicht“- Standorten besteht in dem, ab Mitte der Intensivphase regelmäßig stattfindenden, Schwimmtreff. Dieser wird über die komplette restliche Therapiedauer einmal wöchentlich angeboten und dient als Ergänzung der praktischen Sporteinheiten.

6 Qualitätssicherung: Qualitätsmanagement - Handbuch

Zur Qualitätssicherung dieses Konzeptes bilden die folgenden Abschnitte das notwendige Qualitätsmanagement- Handbuch von „schwerleicht“. Die Überprüfung der Qualität ist stets an eine ausführliche Dokumentation geknüpft (DIN-EN-ISO 9000-2000). Durch die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systemes wird die Leistungsfähigkeit des Projektes erhöht, indem Verbesserungsprozesse beschleunigt und die Mitarbeitermotivation durch klare Strukturen und transparente Anweisungen erhöht werden. Unterteilt ist das Qualitätsmanagementsystem in die Bereiche Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

6.1 Konzeptqualität

Grundlegende Qualität des Konzeptes ist durch den interdisziplinären Ansatz gegeben. Die Kombination der Bereiche Medizin, verhaltenstherapeutische Elemente (Psychosoziales Training), körperliche Aktivität, Ernährung und Elternschulung sind aus wissenschaftlicher Sicht für ein erfolgreiches Patientenschulungsprogramm notwendig (vgl. BÖHLER ET AL. 2005).

Bei der Erstellung des Rahmenkonzeptes für alle Therapiestandorte von „schwerleicht“ wird nach den Anforderungen der AGA sowie ihrer Untergruppe- der Konsensusgruppe Adipositaschulung im Kindes- und Jugendalter (KgAs) gearbeitet. Die KgAs besteht aus Vertretern aller involvierten Berufsgruppen. Diese erarbeitet einheitliche Standards für Adipositaschulungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Anforderungen an Schulungsphasen und -einheiten nach KgAs und deren Umsetzung im „schwerleicht“- Konzept werden laut Tabelle 7 eingehalten.

Tab.7: Erfüllung der Konzeptqualität

	KgAs (Vorgabe an Therapiephasen)	medinet Spessart-Klinik (Umsetzung)	KgAs (Vorgabe Schulungseinheiten SE= 45 min.)	medinet Spessart-Klinik (Anzahl Schulungstreffen)	Kontakt	Therapie: 1 Jahr
Phaseneinteilung	Aufwärmphase	Intensivphase	- 42 edukative SE - 16 prakt. SE - 90 SE Sport - 25 SE Eltern	12	Wöchentlich	
	Vertiefung und Öffnung	Etablierungsphase		9	Alle 2 Wochen	
	Selbstverantwortung+ Aktivierung	Erhaltungsphase		4	Alle 3 Wochen	
	Transfer und Ablösung	Nachbetreuungs- phase		Variabel	monatlich	Nachsorge

6.2 Strukturqualität

Alle zur Struktur des Projektes bindenden Elemente werden hier aufgeführt.

6.2.1 Räumliche Ausstattung

Für die Therapie notwendige Räumlichkeiten (Schulungsräume, Lehrküche, Turnhalle und Schwimmbad) sind ebenso wie sanitäre Einrichtungen vorhanden und werden von den in Kapite 4.2 bzw. 5.2 aufgeführten Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt.

Nach den Richtlinien der KgAs sind die Schulungsräume der Teilnehmerzahl angemessen und bieten auch ausreichend Bewegungsfläche. Nach KgAs beträgt die Grundgröße eines Gruppenraumes 10 m² plus 2 m² extra für jeden Teilnehmer. Sitzgelegenheiten sowie eine Wandtafel und eine Flip- Chart bilden weiterhin die Basis für eine effektive Schulung.

6.2.2 Personal

Das Behandlungsteam ist interdisziplinär zusammengesetzt (siehe 3.3.4).

Es wird von einem Adipositrainer geleitet. Dieser agiert somit nach den Anforderungen der KgAs als Schulungsverantwortlicher (SV) und leitet die monatlichen Teamsitzungen. Weiterhin ist ein Mitglied des Teams Qualitätsbeauftragter (QB) und ist für die Qualitätssicherung der Therapie verantwortlich. Die nächste höhere Ebene zur Sicherung der Prozessqualität stellt der regionale Zirkel (RZ) dar. Mindestens der QB muss an den Treffen, die zweimal im Jahr stattfinden, teilnehmen. Wünschenswert ist eine Teilnahmebereitschaft des kompletten Schulungsteams (KgAS 2004).

Für eine gelingende Arbeitsablauforganisation liegt ein strukturierter Schulungsplan ebenso vor, wie auch ein Dienstplan der schulenden Mitarbeiter.

6.2.3 Medizinisch-technische Ausstattung

Das Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, ebenso wie die Abteilung Sportmedizin des Sportwissenschaftlichen Instituts der Justus-Liebig-Universität verfügt über eine hochwertige medizinisch-technische Ausstattung.

6.2.4 Schulungsmaterial

Jeder Patient erhält am ersten Schulungstermin eine Arbeitsmappe. Diese ist untergliedert in die vier Themenbereiche der Therapie. Jeder dieser Abschnitte enthält Arbeitsblätter für die Schulungsstunden. Für die praktische Umsetzung und die ansprechende Gestaltung der Schulungsstunden werden weitere Schulungsmaterialien wie z.B. eine Holzernährungspyramide neu

hergestellt.

6.3 Prozessqualität

Eine Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems wird hier nach DIN-EN-ISO 9000-2000 oder EFQM angestrebt. Die Prozessqualität beschreibt die Durchführung des eigentlichen Schulungsablaufs, sowie die Dokumentation der regelmäßigen Teilnahme der Patienten und ihrer Bezugspersonen ebenso wie die Dokumentation der Schulungsinhalte.

Nach der KgAs sollen in einem QM- handbuch folgende Punkte verschriftlicht sein:

- › Indikationsstellung
- › Anmeldung und Zugang zur Schulung
- › Kontakte zum behandelnden Kinder- oder Hausarzt
- › Erfüllung des Schulungscurriculums der KgAs hinsichtlich aller Themen und Bausteine
- › Maßnahmen zur individuellen Anpassung der Schulung
- › Dokumentation über die regelmäßige Teilnahme
- › Dokumentation über die Elternschulung
- › Bedingungen des Abbruchs der Schulung
- › Dokumentation von Teamsitzungen
- › Dokumentation der Schulungsergebnisse
- › Dokumentation über die Weiterleitung des Patienten an nachsorgende Einrichtungen

Durch das hier verschriftlichte Rahmenkonzept ist die Prozessqualität gesichert.

6.4 Ergebnisqualität- Evaluation

Die Ergebnisqualität ist gesichert durch die Evaluation der ambulanten Adipositas-therapie. Alle Ergebnisse der einzelnen Standorte werden gemeinsam als eine multizentrische Evaluation ausgewertet.

6.4.1 Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV)

Ein geeignetes EDV-Programm für die Dokumentation der Ergebnisqualität stellt die Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) dar. Die APV ist eine Software die durch eine gemeinsame Aktivität der Forschergruppe Computerunterstütztes Qualitätsmanagement in der Medizin (FGCAQM) des Universitätsklinikum Ulm und der AGA entwickelt wurde.

Die aktuell verfügbare Version 1.7 erlaubt die standardisierte Dokumentation der Anthropometrie,

Risikofaktoren und der Therapiemaßnahmen adipöser junger Patienten. Das Datenblatt enthält

persönliche und psychosoziale Daten, die Familienanamnese, Erstbefund sowie die genauen Gewichtsdaten. Eine automatische Berechnung der BMI-Perzentilen ist durch dieses Programm möglich. Durch die Erstellung von Perzentilverlaufsgrafiken ist eine begleitende Evaluation und dadurch eine mögliche Intervention in Form von individueller Beratung einzelner Patienten möglich. Die Dokumentation weiterer Befunde wie Laborwerte, Waist-Hip-Ratio, Bioelektrische Impedanz Analyse, Ergebnisse des modifizierten Münchner Fitnesstest und der Leistungsdiagnostik werden die Evaluation zusätzlich auf.

6.4.2 Messung der BMI- Veränderungen: BMI-SDS

Neben dem BMI existiert der BMI- Standard Deviation Score (SDS). Dieser gibt an um wieviel Faches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober oder unterhalb des BMI-Medians liegt. Dieser Wert ermöglicht eine genauere Einordnung eines Individualwertes in der Referenzgruppe. Weiterhin ermöglicht er präzisere Beurteilungen der BMI-Veränderungen während und nach der Therapie.

6.4.3 weitere Evaluationsinstrumente

Von der KgAs vorgeschriebene Fragebögen sind nachfolgend aufgelistet:

- Arztbogen
- psychologisches Erstgespräch
- modifizierter Münchner Fitnesstest
- Lebensmittel- Häufigkeitsfragebogen
- Fragebogen zum Essverhalten
- Fragebogen zum Bewegungsverhalten und der Leistungsfähigkeit
- Fragebogen zur Selbstkompetenz
- Fragebogen zur Lebensqualität
- Kurzfragebogen zur Beurteilung der Behandlung

7 Literatur

- AID, DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG, KONSENSUSGRUPPE ADIPOSITASSCHULUNG (2004): *Leichter, aktiver, gesünder. Tipps für Ernährung und Sport bei Babyspeck und mehr.* Bonn: Eigenverlag.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER, VERFASST KROMEYER-HAUSCHILD K, W. M. (2006): *Trends.* Herausgegeben von Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA).
- ARBEITSGEMEINSCHAFT REHABILITATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND E.V (2005): *Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen für die gesunde Zukunft unserer Kinder.* Infobroschüre. Online unter arbeitsgemeinschaft-kinderrehabilitation.de.
- BELLIZZI M.C, D. W. (1999a): Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. In: *American Journal of Clinical Nutrition*, Nr. 70, S. 123–125.
- BELLIZZI M.C, D. W. (1999): Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. In: *American Journal of Clinical Nutrition*, Nr. 70, S. 173–175.
- BÖHLER T, WABITSCH M. (2005): Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. In: BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (HG.): *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.* Köln (Gesundheitsförderung konkret, S. 37–55.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (HG.) (2005): *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.* Köln (Reihe Gesundheitsförderung konkret).
- CLAUBNITZER G (2006): *Zwischenbericht für die ambulanten Adipositas-therapie für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern in der medinet Spessart-Klinik Bad Orb.* Stand: August 2006.
- DIETRICH S, WIDHALM K (2004): A Multi-Disciplinary Therapy Program for Morbidly Obese Children and Teenagers: Results after 7 Months. *International Pediatrics* Nr.19 (2), 83- 89.
- HESSISCHES LANDESPRÜFUNGS- UND UNTERSUCHUNGSAMT IM GESUNDHEITSWESEN: *Information von Gawrich S: Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2005.* e-mail vom 15.8 und 14.9.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY (IOTF) (2004): *IASO Annual Review 2003-2004.* Unter Mitarbeit von Claude Bouchard. Aberdeen: Compass Print Ltd.
- KIRK S, ZELLER M, CLYTOR R ET AL. (2005): The Relationship of Health Outcomes to Improvement in BMI in Children and Adolescents. *Obesity Research* Nr.13 (5).
- KGAS, STACHOW R (2004): *Adipositas- Trainer,- dozenten, - Akademien, -Schulungseinrichtungen. Qualitätsanforderungen und Richtlinien der Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS).*
- KORSTEN-RECK U, KROMEYER-HAUSCHILD K, KORSTEN K ET AL (2006): Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC): Ergebnisse einer klinischen Beobachtungsstudie. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 57(2),36-41.
- KGAS, AGA AID (2004): *Trainermanual. Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher.* Köln: Eigenverlag.
- KOLETZKO B & RAUH-PFEIFER A (2004): *Übergewicht im Kindes- und Jugendalter.* In: BIESALSKI H-K, FÜRST P, KASPER H ET AL.: *Ernährungsmedizin. Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer.* 3. überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag: Stuttgart.

- KROMEYER-HAUSCHILD K., WABITSCH. M. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Nr. 149, S. 807–818.
- MALECKA-TENDERA E, MAZUR A (2006): Childhood-Obesity, a pandemic of the twentyfirst- century. International Journal of Obesity Nr.30 Suppl.2, S.1-3.
- MEDINET SPESSART- KLINIK GMBH BAD ORB VERFASST VON DR. MED G CLAUßNITZER (2003): Ambulante Adipositas therapie. Unter Mitarbeit von Marion Tschirschwitz. Bad Orb: Eigenverlag.
- VAN EGMOND-FRÖHLICH, G. H. (2006): Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogrammes nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas -Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. In: Rehabilitation, Nr. 45, S. 40–51.
- SOZIALGESETZBUCH-FÜNFTES BUCH (V)- Gesetzliche Krankenversicherung- (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.Dezember 1988.BGBl.IS 2477).
- VAIDYA V (2006): Psychosocial Aspects in Obesity. Advances in Psychosomatic Medicine Nr.27, 73-85.
- WABITSCH M (2004): Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). verabschiedet auf der Konsensus- Konferenz der AGA. Herausgegeben von Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Online verfügbar unter www.a-g-a.de.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2000): Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Technical Reports Series 894.

Nachklang

Wie bereits erwähnt...

*„Erfahrungsaustausch setzt Reden voraus-
Miteinander statt übereinander.“*

Ernst Ulrich von Weizsäcker (* 1939), dt. Physiker

Dieser Nachsatz verdeutlicht die Aufforderung zu reger konstruktiver Kritik

an die Verfasser: BSc Christina Braun(c.braun@spessartklinik)und

cand.oec troph Nadine Müller (n.mueller@spessartklinik.de)

Anhang

Anhang 1: Alters- und geschlechtsspezifische Perzentilkurven für Jungen und Mädchen nach KROMEYER, WABITSCH, KUNZ ET AL. (Monatsschrift Kinderheilkunde 149, 2001). Herausgegeben vom Allgemeinen Informationsdienst (aid) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (A-g-a)

