

## KONTAKTINFORMATIONEN

**Antragsteller:**

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e. V.

Fraunhoferstr. 5, 82152 Martinsried

<http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>

**Projektleitung:**

PD Dr. Susanna Wiegand

Charité-Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin



# ABSCHLUSSBERICHT

AKTUALISIERUNG DES KONSENSUSPAPIERS

„PATIENTENSCHULUNGSPROGRAMME FÜR KINDER UND  
JUGENDLICHE MIT ADIPOSITAS“

Laufzeit: 1.12.2015 bis 31.11.2016, verlängert bis 31.03.2017

Fördersumme: 48.500,- €

Förderkennzeichen: ZMVI1-2515KIG022

Datum der Erstellung des Abschlussberichts: 15.01.2018 (Revision 02.05.2018)

## Inhalt

Kontaktinformationen.....	III
Korrespondenzadresse .....	III
Zusammenfassung .....	1
Einleitung .....	1
Ziel des Projektes.....	1
Problemhintergrund und Wissensstand.....	2
Prävalenz .....	2
Begleiterkrankungen .....	3
Therapeutische Intervention.....	5
Vorarbeiten und Vorleistungen .....	8
Weitere Kooperationen .....	8
Methodik.....	9
Literaturrecherche .....	9
Vorarbeit zur Aktualisierung des Konsensuspapiers .....	10
Online-Befragung relevanter Akteure .....	10
Online-Tool: Q-SET .....	10
Relevante Akteure .....	11
Anschreiben zur Teilnahme an der Online-Befragung .....	12
Online-Befragung: Therapieeinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas ....	12
Kooperation mit dem BIPS .....	13
Ergebnisse .....	14

# KONTAKTINFORMATIONEN

Literaturrecherche .....	14
Vorarbeit zur Aktualisierung des Konsensuspapiers .....	15
Online-Befragung relevanter Akteure .....	16
Umfrage-Teilnehmer .....	16
Ergebnisse der Online-Umfrage .....	18
Zusammenfassung der Online-Befragung als Gesprächsgrundlage für die Telefonkonferenz (Goldapp, Winkler, Wiegand, Brauchmann) am 08.09.2016.....	31
Online-Befragung: Aktuell angebotene Schulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas.....	37
Einführung einer differentiellen Therapieplanung.....	42
Etablierung eines mehrdimensionalen Systems zur Erfassung des Therapieerfolgs .....	44
Kooperation mit dem BIPS .....	46
Vorschlag zur Aktualisierung des Konsensuspapiers .....	47
Referenzen .....	49

# KONTAKTINFORMATIONEN

## Kontaktinformationen

PD DR. MED. SUSANNA  
WIEGAND

**PROJEKTLEITERIN**



**Tel.** 030-450666489 oder

030-450566292

**Fax** 030-450566947

susanna.wiegand@charite.de

JANA BRAUCHMANN

WISSENSCHAFTLICHE  
MITARBEITERIN



**Tel.** 030-450566217

**Fax** 030-450566947

jana.brauchmann@charite.de

## Korrespondenzadresse

PD Dr. Susanna Wiegand

Charité-Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Jahr 2004 hat die Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensfindung“ unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konsensuspapier „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ erstellt. Dieses Konsensuspapier beschreibt die Indikationen für Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, wenn Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlung nicht ausreichend sind. Darüber hinaus wurden Kriterien der Struktur- und Prozessqualität für die Schulungsmaßnahmen festgelegt. In den mehr als 10 Jahren, die seitdem vergangen sind, wurden neue Erfahrungen gesammelt und Erkenntnisse gewonnen, die eine Aktualisierung des Konsensuspapiers von 2004 erforderlich machen.

**Methodik:** Über die notwendigen Veränderungen des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ wurde eine Fachdiskussion mit dem Vorstand der AGA geführt. Im Rahmen dieser Fachdiskussion und auf Grundlage aktueller Literatur ist im Februar 2016 ein erster Vorschlag zur Aktualisierung des Konsensuspapiers entstanden. Dieser Vorschlag wurde in Form eines Fragebogens mit optionalen Antworten formuliert, der über ein Online-Umfrage-Tool an Krankenkassen sowie den GKV-Spitzenverband, Berufsverbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie sonstige relevante Einrichtungen versandt wurde. Die Umfrageergebnisse wurden in das Statistikprogramm IBM SPSS exportiert, statistisch ausgewertet und zusammen mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche weiterverarbeitet. Im Folgenden wurde ein Vorschlag zur Aktualisierung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ formuliert. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden zusätzlich publiziert und ergänzend die aktuelle Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas erfragt.

**Ergebnisse:** Grundsätzliches Ziel ist es möglichst vielen Kindern und Jugendlichen mit zutreffender Indikation die Teilnahme an einer Patientenschulungsmaßnahme zu ermöglichen. Die Literaturrecherche belegt, dass durch multimodale Lebensstilinterventionen vielfältige Verbesserungen in den Bereichen Komorbidität, Lebensqualität, Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche mit Adipositas erzielt werden. Deshalb sollten neben der Gewichtsreduktion weitere Parameter als Ziel einer Patientenschulung anerkannt werden: die Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens, der Lebensqualität und der Komorbiditäten. Vertreter/-innen einer Fachgesellschaft/eines Berufsverbandes/ einer Krankenkasse halten eine Erweiterung der Indikation für Adipositas ohne Komorbidität, sowie Möglichkeiten der Flexibilisierung und Modularisierung von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas für sinnvoll. Patientenschulungsmaßnahmen sollten immer die Eltern bzw. die Familie mit einbinden. Individuelle Parameter (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, BMI-SDS etc.) sollen bei der Gestaltung einer Patientenschulungsmaßnahme berücksichtigt werden. Dazu wurde eine differentielle Therapieplanung unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren entwickelt. Alle genannten Aspekte wurden in die Vorlage zur Aktualisierung des Konsensuspapiers integriert, dies dann einem mehrstufigen Review-Prozess (intern und extern) unterzogen und dem BMG im Rahmen des Abschlussberichtes übermittelt.

## Einleitung

### Ziel des Projektes

Das Projekt *Aktualisierung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“* sollte dazu beitragen, die Betreuungsangebote für diese gesellschaftlich relevante Gruppe langfristig sowohl quantitativ als auch qualitativ zu verbessern. Die aktuelle Evidenzlage zu Adipositasschulungsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen und Kontextfaktoren sollte erfasst und in einer Literaturübersicht zusammengestellt werden. Nicht nur der BMI, sondern auch die metabolische Situation und die psychosoziale Komorbidität sind wichtige Indikatoren für den Therapieverlauf. Sie sollten deshalb als zusätzliche Kriterien für die Beurteilung des Therapieerfolgs aufgenommen werden. Schulungsprogramme sollten individueller gestaltet werden um dadurch langfristig erfolgreicher sein. Dazu diene die Einführung einer differentiellen Therapieplanung für adipöse Kinder/Jugendliche unter Berücksichtigung von Alter, Schweregrad, Ressourcen und Kontextfaktoren.

Zur Darstellung der aktuellen Therapielandschaft sollten die Therapieeinrichtungen erfasst werden. Denn in den vergangenen zehn Jahren wurden einerseits viele neue Erfahrungen bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas gewonnen, andererseits insbesondere in den letzten 5 Jahren relevant weniger Kinder und Jugendliche mit Adipositas behandelt- bei gleichbleibend hohem Bedarf. Grund dafür ist der Rückgang speziell der ambulanten Schulungseinrichtungen. Unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenz und unter Einbeziehung relevanter Akteure/-innen<sup>1</sup> (Expertenumfrage) sollte der Entwurf einer Aktualisierung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ für das BMG erstellt werden, welches dann den weiteren Prozess verantwortlich moderiert.

Im Anschluss sollen die überarbeiteten Kriterien zu Struktur- und Prozessqualität in die Zertifizierung von Therapieeinrichtungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) implementiert und in der Fachpresse publiziert werden.

---

<sup>1</sup> Im weiteren Verlauf wird aus Gründen besserer Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Es ist aber immer auch gleichberechtigt die weibliche Form gemeint.

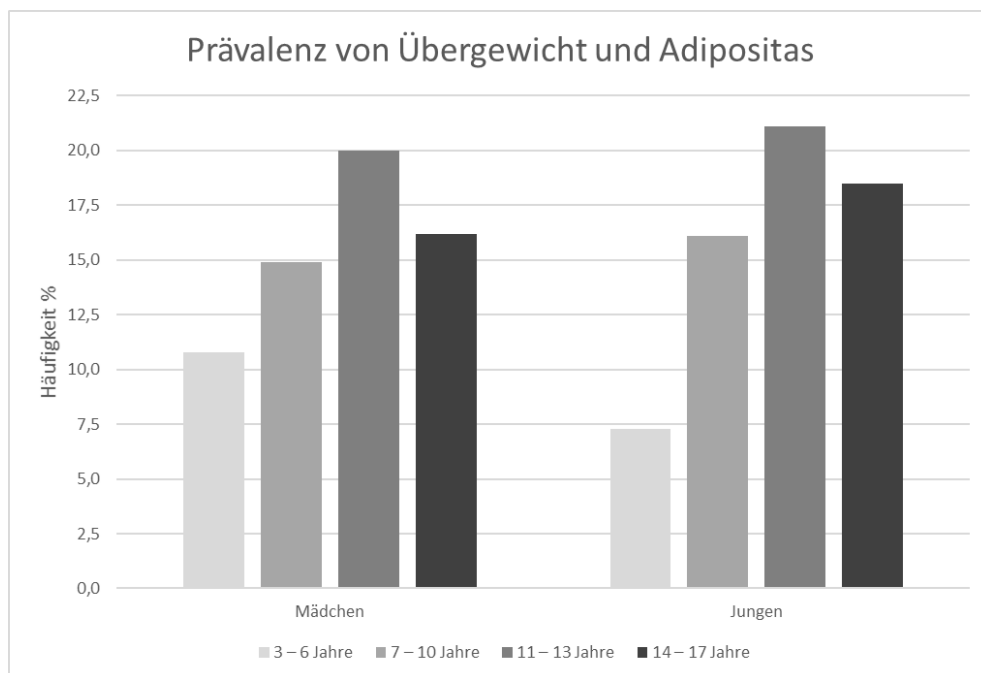
## Problemhintergrund und Wissensstand

### Prävalenz

Adipositas hat weltweit deutlich an Bedeutung gewonnen und ist durch die mit ihr einhergehende Komorbidität und den Bedarf an langfristiger medizinischer Versorgung als chronische Krankheit zu betrachten ('Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation' 2000)

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS; 2003-2006) zeigen, dass von den 14.836 in die Studie eingeschlossenen Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren 8,8 % übergewichtig (>P90 bis ≤P97) und 6,3 % adipös (>P97) waren. Dies entspricht ca. 1.1 Mio. Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und ca. 800.000 mit Adipositas. Die Anteile variieren nach Alter und Geschlecht (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Übergewichtsprävalenz (> 90. Perzentil, einschließlich Adipositas) nach Geschlecht und Alter (n = 1.799 Mädchen, n = 1.762 Jungen) Quelle: KiGGS Welle 2 (2014 – 2017). Eigene Darstellung.



Mit dem Alter steigen die Prävalenzen der Adipositas an. Eine nahezu lineare Zunahme findet sich bei den Mädchen von 3,3 % in der jüngsten auf 8,9 % in der ältesten Altersgruppe; die entsprechenden prozentualen Anteile liegen bei den Jungen bei 2,5 % und 8,2 %. Zudem bestehen deutliche Prävalenzunterschiede in Abhängigkeit vom Sozial- und Migrationsstatus (Kurth and Schaffrath Rosario 2007; Kleiser et al. 2009).

## Begleiterkrankungen

Von besonderer Relevanz als *Komorbidität der Adipositas* sind die metabolischen Veränderungen und damit einhergehenden Folgeerkrankungen, die unter dem Begriff eines „Metabolischen Syndroms“ zusammengefasst werden (Insulin-Resistenz, gestörte Glukose-Toleranz, Typ 2 Diabetes, Hypertonus, Hyperlipidämie). Sie sind Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und somit für die erhöhte Morbidität und Mortalität von Adipösen mit verantwortlich.

So zeigen sich bei 64% der adipösen Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bereits Zeichen eines Metabolischen Syndroms (s. Abbildung 2).

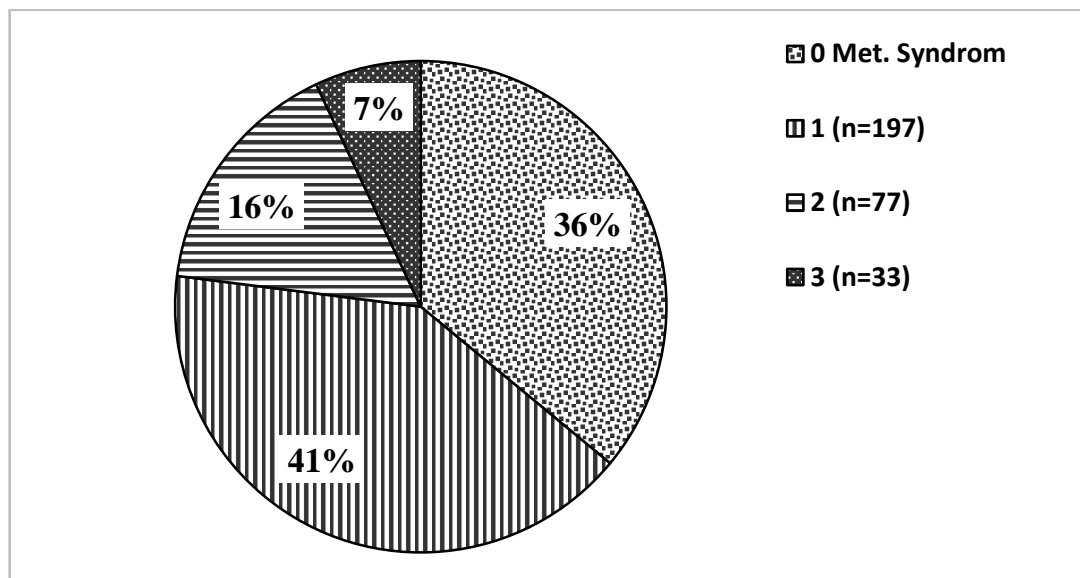


Abbildung 2: 0=nur Adipositas, 1,2,3=Adipositas + 1,2,3 Zeichen des metabolischen Syndroms (Hyperlipidämie; Insulin-Resistenz oder gestörte Glukose-Regulation; Hypertonus; Hyperurikämie)



Das Risiko für kardiometabolische Begleiterkrankungen steigt besonders stark bei adipösen Jugendlichen, die sich in der pubertären Entwicklung befinden und korreliert eng mit einem erhöhten BMI, aber auch einem erhöhten Taillenumfang als Marker einer bauchbetonten (viszeralen) Adipositas (Blüher et al. 2013). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zu den BMI-Kategorien Adipositas ( $>P97 - \leq 99.5$ ) und extreme Adipositas ( $>P99.5$ ) (Flechtner-Mors et al. 2011). Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit des metabolischen Syndroms bei europäischen Kindern und Jugendlichen mit Adipositas; eigene Daten ( $n=486$ ).

Auf jeder Stufe des Krankheitsverlaufs ist eine therapeutische Intervention möglich. Für Kinder und Jugendliche konnte dieser Effekt bei einer Reduktion des BMI um 2 Punkte gezeigt werden, entsprechend etwa einer Gewichtskonstanz über 1 Jahr (Reinehr and Andler 2004; Reinehr et al. 2004). Damit kommt der erfolgreichen Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher eine erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung zu. Sonntag et al. (Sonntag, Ali, and De Bock 2016) schätzen die Mehrkosten, die auf Basis der aktuellen Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Jugendalter in Zukunft anfallen werden, auf insgesamt 8471 Mio. Mehrkosten über den gesamten Lebenslauf im Vergleich zu einem Normalgewicht.

Adipös zu sein, bedingt für Kinder und Jugendliche neben den damit einhergehenden gesundheitlichen Belastungen auch sozialen Stress. Dieser resultiert aus:

- der Anforderung, therapeutische Anweisungen bezogen auf das Ernährungsverhalten sowie die körperliche Aktivität umzusetzen und langfristig beizubehalten;
- der aktiven Beteiligung, das Körpergewicht zu reduzieren;
- der Konfrontation mit ungewünschten Verläufen bei der Gewichtsabnahme (Konstanz des Gewichts, Gewichtszunahme, „Jojo-Effekt“);
- unzureichenden bzw. als unzureichend empfundenen Leistungen bspw. im Sport;
- der Bewältigung einer chronischen Erkrankung.

Adipöse Kinder/Jugendliche sind nicht zuletzt durch ihr Körpergewicht auch *Diskriminierungen, Ausgrenzungen und Stigmatisierungen* in ihrem sozialen Umfeld bspw. durch Mitschüler/innen ausgesetzt (Puhl, Peterson, and Luedicke 2013). Studien belegen, dass adipöse Kinder und Jugendliche über eine geringere *Lebensqualität* im Vergleich zur Referenzgruppe berichten (Bullinger et al. 2007; Hölling et al. 2008; Bau et al. 2011). Die Ergebnisse des Kinder- und

Jugendgesundheitssurveys weisen auf eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität (KINDL) auf 5 der insgesamt 6 Subskalen hin (Hölling et al. 2008). Keine Unterschiede fanden sich bei der Subskala familiäre Lebensqualität.

Weitere Studien zeigen, dass Adipositas bei Kindern mit längerer Abwesenheit vom Unterricht und einem geringeren Schulerfolg assoziiert ist und – oftmals damit verbunden – die späteren Chancen auf dem Erwerbsarbeitsmarkt verringert sind (höhere Wahrscheinlichkeit für eine Beschäftigung im Niedriglohnbereich oder Arbeitslosigkeit (Daniels 2008; Taras and Potts-Datema 2005; Singh, Siahpush, and Kogan 2010). Damit besteht eine negative Wechselwirkung zwischen der Adipositas und dem sozioökonomischen Status sowohl im Sinne einer möglichen Ursache für die Krankheitsentstehung als auch im Sinne der damit assoziierten Folgen.

## Therapeutische Intervention

Der großen Anzahl an adipösen Kindern und Jugendlichen steht nur ein begrenztes Angebot von *Therapiemöglichkeiten* gegenüber. Dabei ist die rein medizinische Versorgung durch Kinder- und Jugendärzte/-innen im Sinne einer Basisdiagnostik und ggf. Therapie der Komorbidität noch am ehesten gegeben, wenngleich gerade adipöse Jugendliche oft keine feste Anbindung an eine ärztliche Praxis haben.

Aber insbesondere multiprofessionell ausgerichtete Gruppenschulungsprogramme, die sowohl die Bereiche Ernährung und Bewegung, aber auch Psychosoziales adressieren, werden nicht ausreichend angeboten, auch aufgrund unsicherer Finanzierung durch die Kostenträger. Da die Schulungsbereiche jeweils durch unterschiedliche Berufsgruppen abgedeckt werden, ist der strukturelle und organisatorische Aufwand besonders hoch (zu Struktur- und Prozessqualität s. auch <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=346>). Viele Maßnahmen sind zeitlich eng begrenzt (stationäre Reha 6-8 Wochen, ambulante Programme 6-12 Monate). Eine langfristige Therapieplanung im Sinne einer Behandlungskette, vergleichbar mit der Asthmatherapie bei Kindern und Jugendlichen, gibt es für die kindliche Adipositas bisher nicht. Deshalb ist für viele Maßnahmen ein nachhaltiger Therapieeffekt nicht nachweisbar. Zu diesem Schluss kommt auch das aktuelle Cochrane-Review (Oude Luttikhuis et al. 2009). Kombinierte Schulungsprogramme (Integration der Bereiche körperliche Aktivität, Sport, Ernährung und Psychosoziales) mit multiprofessioneller Intervention und Einbeziehung der Eltern scheinen allerdings nach dieser Metaanalyse vorteilhaft zu sein.

In diesem Kontext wurde 2004 von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensfindung“ unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit ein Konsensuspapier „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ von PD Dr. Thomas Böhler, Prof. Dr. Martin Wabitsch, Dr. Ute Winkler erstellt. Dieses Konsensuspapier beschreibt die Indikationen für Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, wenn Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlung nicht ausreichend sind. Darüber hinaus wurden Kriterien der Struktur- und Prozessqualität für die Schulungsmaßnahmen festgelegt.

In einer Beobachtungsstudie konnte für eine repräsentative Auswahl von ambulanten und stationären Schulungsangeboten ein langfristiger Therapieerfolg im Sinne der Gewichtsreduktion weder nachgewiesen noch abgelehnt werden, da nur ein geringer Teil der Patienten/-innen nachverfolgt werden konnten (Reinehr et al. 2009). Eine weiterführende Analyse fand Hinweise auf kurzfristig positive Effekte für stationäre Maßnahmen und für ambulante Programme einen Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Alter bzw. Adipositasgrad (geringerer Effekt bei Jugendlichen im Vgl. zu Kindern sowie bei extrem Adipösen im Vgl. zu Adipösen; s. (Bohler et al. 2013).

Fasst man die Ergebnisse zusammen, bedeutet dies, dass Adipositas für Kinder und Jugendliche eine Gefahr für die Gesundheit nicht nur in dieser Lebensphase, sondern nachweislich auch für das Erwachsenenalter darstellt (Cai et al. 2014). Sie ist als chronische Erkrankung zu verstehen, die ein Selbst- und Familienmanagement im Umgang mit dieser Krankheit erfordert. Neben der Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist deshalb eine langfristig erfolgreiche Therapie vorrangiges gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Ziel. In diesem Kontext kommt Multiprofessionellen Schulungsprogrammen und der Einbeziehung des familiären Umfelds (gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) eine besondere Bedeutung zu. Nur für diese Behandlungsform ist Evidenzbasiert ein nachhaltiger Therapieerfolg beschrieben (Oude Luttikhuis et al. 2009). Das Konsensuspapier von 2004 war und ist in Deutschland diesbezüglich für alle Akteure eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

Auf der Basis des Konsensuspapiers von 2004 entwickelte die AGA eine Zertifizierung für Adipositas-Therapieeinrichtungen und ein Ausbildungscurriculum für Adipositas-Trainer/-innen.

Beides wird bei der Beantragung einer Kostenübernahme zum Nachweis der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt, allerdings sind weiterhin Einzelanträge notwendig.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beschreiben folgende Problemlage:

- Es besteht eine unzureichende therapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Adipositas
- Multiprofessionelle Schulungsmaßnahmen (gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) sind unzureichend in eine differenzielle Behandlungskette eingebunden
- Die Indikation zur Teilnahme an Schulungsprogrammen berücksichtigt bisher nicht die Anerkennung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen als eigenständige Erkrankung
- Bei der Gestaltung der Schulungsmaßnahmen (Struktur- und Prozessqualität) wird die Evidenz zur Diversität (Diversity management) bisher unzureichend genutzt, um durch differenzierte und modularisierte Angebote insbesondere Risikogruppen besser zu erreichen
- Eine langfristige Gewichtsreduktion als Erfolgskriterium für Schulungsmaßnahmen beschreibt die gesundheitliche Lage extrem adipöser Kinder und Jugendlicher nicht ausreichend.

## Vorarbeiten und Vorleistungen

Frau Dr. U. Winkler und Prof. Dr. M. Wabitsch waren federführend an der Erstellung des Konsensuspapiers 2004 beteiligt. Frau Dr. Moss als Leitlinienkoordinatorin und Frau PD Dr. S. Wiegand als Sprecherin der AGA sind kontinuierlich in die Aktualisierung der S3-Leitlinien eingebunden. Die Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV; Koordination Prof. Dr. R.H. Holl) ist verpflichtend für alle zertifizierten Adipositas-Therapieeinrichtungen als Instrument der internen und externen Qualitätskontrolle und des Benchmarkings. Darüber hinaus sind der anonymisierte Datenexport und die Datenauswertung Grundlage zahlreicher Publikationen zu unterschiedlichen Aspekten der Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen (Übersicht auf der Homepage; [www.a-p-v.de](http://www.a-p-v.de)). Die Antragsteller und Kooperationspartner waren/sind an vielen Publikationen aktiv beteiligt (s. auch Literatur).

## Weitere Kooperationen

Auf Anregung des BMG wurde im Projektverlauf ein neues Referenzsystem zur *frühzeitigen Diagnose des Metabolischen Syndroms bei Kindern* des Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) bezüglich der Verwendung in der pädiatrischen Praxis fachlich diskutiert und bewertet.

## Methodik

### Literaturrecherche

Es wurde eine systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit von Lebensstilinterventionen bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Datenbank PubMed unter Berücksichtigung der im Folgenden aufgeführten Kriterien durchgeführt:

**Studientyp:** Es wurden RCTs und klinische Studien gesucht, die zum Ziel hatten, den Effekt einer Lebensstilintervention bei adipösen Kindern und Jugendlichen zu untersuchen und die ein Follow-up von mindestens 6 Monate beziehungsweise 26 Wochen hatten.

**Studienteilnehmer:** Alter unter 18 Jahre bei Studienbeginn, Adipositas. Ausschluss bei ernster Krankheit, Schwangerschaft, monogener/ syndromaler Adipositas.

**Art der Intervention:** Multimodale Lebensstilintervention (Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltenstherapie), die entweder an Kinder und Jugendliche, Eltern-Kind-Paare oder ausschließlich an die Eltern gerichtet sind. Interventionen zur Behandlung von Essstörungen oder Typ 2 Diabetes wurden ausgeschlossen.

**Outcome:** Größe und Gewicht (gemessen, nicht selbst berichtet), BMI-SDS, prozentuales Übergewicht, Körperfettanteil (%), bestimmt durch DXA oder BIA, Körperfettverteilung (viszeral oder subcutan), Umfang von Taille und Hüfte, metabolische Veränderungen (Triglyzeride, Glucose- und Insulinstoffwechsel, Leptin, Adipokine sowie andere Entzündungsmediatoren), Verhaltensveränderungen (Änderungen in der körperlichen Aktivität und Energieaufnahme), Einschätzung der Intervention seitens des Studienpatienten, Selbstwertgefühl, Gesundheitsstatus, Wohlbefinden, Lebensqualität, eventuell negative Gefühle wegen unbefriedigender Studienergebnisse seitens des Studienpatienten, Studienkosten.

**Suchmethode:** Advanced Search in der Pubmed Datenbank: (obesity OR obese) AND (therapy OR intervention) NOT (prevention OR preventive OR surgery OR diabetes) im Zeitraum von 2009/01/01

bis 2016/01/01 Article Types: clinical trial, Text available: Abstract, Species: Humans, Languages: English, Ages: birth – 18 years.

## Vorarbeit zur Aktualisierung des Konsensuspapiers

Am 08.02.2016 wurde eine multiprofessionelle Fachdiskussion über die inhaltliche Überarbeitung des Konsensuspapiers „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“ mit dem Vorstand der AGA geführt, der multiprofessionell besetzt ist. Ziel war es, eine erste Systematik zur Aktualisierung des alten Konsensuspapiers anzufertigen.

Teilnehmer der Fachdiskussion waren PD Dr. med. Susanna Wiegand (Medizin), Prof. Dr. phil. Petra Warschburger (Psychologie), Prof. Dr. troph. Mathilde Kersting (Ernährung), Dr. sportwiss. Benjamin Koch (Bewegung, Sport), Dipl. Päd. Uwe Tiedjen (Pädagogik) und PD Dr. med. Stefan Eehalt (Medizin).

## Online-Befragung relevanter Akteure

Online-Tool: Q-SET

Es wurde nach einem kostenlosen, werbefreien Online-Tool gesucht, mit dem sich Umfragen erstellen lassen. Nach einer Google-Recherche traf die Entscheidung auf den Anbieter [www.q-set.de](http://www.q-set.de), bei dem beliebig viele Fragen bzw. Fragebogenseiten sowie die Erfassung der Studienteilnehmer und der Versand von Einladungen und Erinnerungsmails möglich sind.

Auf Grundlage der Ergebnisse aus der Literaturrecherche sowie der AGA-Fachdiskussion wurde ein erster Vorschlag zu Aktualisierung des Konsensuspapiers angefertigt. Diese Version wurde in Form eines Fragebogens mit optionalen Antwortmöglichkeiten formuliert (siehe Punkt 3.2.).

Die Umfrage wurde am 04.07.2016 gestartet. Am 18.07.2016 und 27.07.2016 wurden über das Portal [www.q-set.de](http://www.q-set.de) Erinnerungsmails zur Teilnahme an der Umfrage versandt. Es wurde angekündigt, dass die Umfrage bis zum 31.07.2016 läuft.

## Relevante Akteure

In Absprache mit Frau Dr. U. Winkler und Frau C. Goldapp wurde systematisch nach relevanten Akteuren zur Teilnahme an der Umfrage gesucht. Als relevante Akteure wurden folgende Einrichtungen angeschrieben:

### **1. Sechs Krankenkassenarten + GKV-Spitzenverband als gemeinsame Interessenvertretung aller gesetzlichen Krankenkassen:**

- VDEK e.V. (Verband der Ersatzkassen e.V.): vertritt TK, BARMER-GEK, DAK, KKH, HEK, khh
- AOK Bundesverband: vertritt 11 eigenständige AOKs
- BKK Dachverband: vertritt auf Bundesebene 100 Betriebskrankenkassen
- IKK e.V.: IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord, IKK Südwest, BIG direkt gesund, IKK Südwest
- Knappschaft
- SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau)
- GKV-Spitzenverband
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen): Experten-Organisation auf Bundesebene, koordiniert fachliche Arbeit des MDK
- Deutsche Rentenversicherung Bund: bundesweit tätiger Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

### **2. Berufsverbände:**

- Deutscher Berufsverband für Freie Gesundheitsberufe e.V. (DBfG)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- VDL-Bundesverband Berufsverband Agrar, Ernährung, Umwelt e.V.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)
- Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE)

### **3. Wissenschaftliche Fachgesellschaften:**

- Adipositas (DAG), dt. Ges. f.
- Allgemeinmedizin und Familienmedizin, dt. Ges. f.
- Diabetes (DDG), dt. Ges. f.
- Disease Management, dt. Ges. f.
- Ernährung (DGE), dt. Ges. f.



- Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), dt. Ges. f.
- Ernährungstherapie und Prävention (FET), Fachges. f.
- Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin (GPS), Ges. f.
- Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), dt. Ges. f.
- Kinder- und Jugendmedizin e.V (DAKJ), dt. Akademie. f.
- Kinderendokrinologie und –diabetologie (DGKED), dt. Ges. f.
- Medizinische Psychologie (DGMP), dt. Ges. f.
- Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung; Ges. f.
- Qualitätsmanagement i. d. Gesundheitsversorgung, Ges. f.
- Sozialpädiatrie (DGSP), dt. Ges. f.
- Sportmedizin (DGSM), dt. Ges. f.
- Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation; Dt. Ges. f.
- Verhaltenstherapie (DGVt), dt. Ges. f.
- Verhaltenstherapie, dt. Ärztl. Ges. f.

#### 4. Sonstige Einrichtungen

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
- Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS)
- Robert-Koch-Institut (RKI)

#### Anschreiben zur Teilnahme an der Online-Befragung

Das Anschreiben an die relevanten Akteure wurde per E-Mail versandt und befindet sich als separate Datei im Anhang des Abschlussberichtes (Anschreiben.docx).

#### Online-Befragung: Therapieeinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas

Über das Online-Tool Q-SET (siehe Online-Befragung relevanter Akteure) wurde weiterhin eine Abfrage zu Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche mit Adipositas erstellt, um einen aktuellen Überblick über die Versorgungslandschaft zu erhalten.

Der Link zur Umfrage wurde mit einem Anschreiben über den AGA-Verteiler sowie den Verteiler der DAG verschickt, mit der Bitte, die Umfrage auch an Therapieeinrichtungen weiterzuleiten, die nicht von der AGA zertifiziert sind.

Im Rahmen der Umfrage wurden folgende Parameter abgefragt:

- Name der Therapieeinrichtung
- AGA-Zertifikat vorhanden?
- Für zertifizierte Einrichtungen: Veröffentlichung der Daten auf der AGA-Homepage gewünscht?
- Art der Therapieeinrichtung
- Anschrift der Therapieeinrichtung
- Daten der Kontaktperson
- Website vorhanden?
- Name des Therapieprogrammes
- Zielgruppe
- Programmdauer
- Module des Therapieprogrammes
- Kostenübernahme
- Gesamtkosten für Selbstzahler

Die Informationen der Online-Umfrage sollen weiterhin zur Aktualisierung der Daten auf der AGA-Homepage genutzt werden.

Die Umfrage wurde am 03.02.2017 gestartet und lief bis zum 28.02.2017 24 Uhr. Es wurden insgesamt drei Erinnerungs-E-Mails zur Teilnahme an der Umfrage per E-Mail versandt.

Ergänzend wurden die Zahlen der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) zu aktiven Behandlungseinrichtungen (ambulant/ stationär) und neu vorgestellten Patienten erfragt und grafisch dargestellt.

## Kooperation mit dem BIPS

Das BIPS hat auf Basis von Daten der IDEFICS-Studie ein Referenzsystem zur Erfassung des Metabolischen Syndroms erstellt und daraus ein web-basiertes Online-Tool entwickelt. Dieses Instrument wurde wiederholt fachlich diskutiert und Vorschläge zur Leitlinien-konformen Anwendung erarbeitet.

## Ergebnisse

### Literaturrecherche

Die *Literatursuche* lieferte 680 Publikationen. Bei einem ersten Screening wurden alle Publikationen ausgeschlossen, bei denen der Titel nicht mit der Suchanfrage übereingestimmt. Es blieben nach diesem Schritt 244 Publikationen übrig. Nach dem Lesen der Abstracts blieben noch 97 Publikationen übrig, die mit den Inhalten der Literatursuche übereinstimmten. Diese enthielten Daten aus 76 Studien. In Abbildung 3 sind die Eckdaten der Literaturrecherche sowie die quantitativen Ergebnisse schematisch dargestellt.

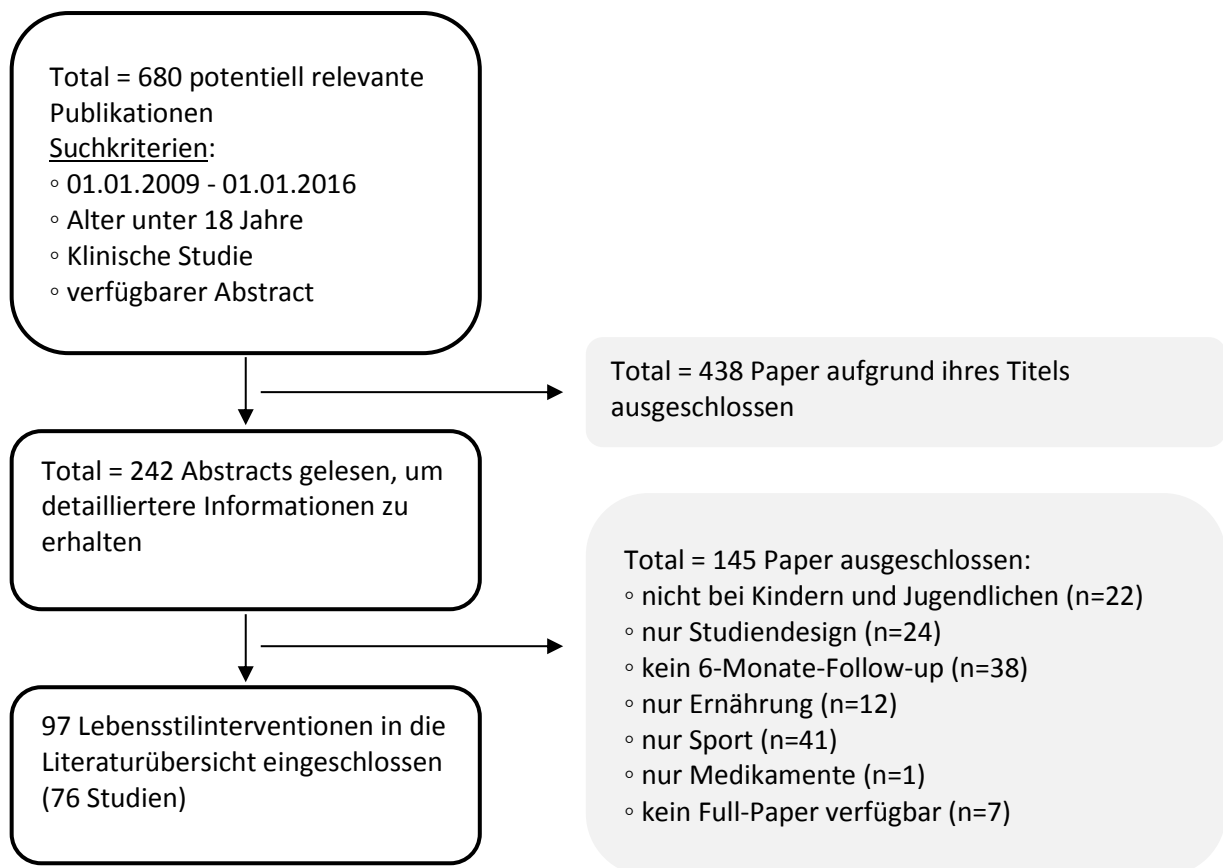


Abbildung 3: Schematischer Ablauf und quantitatives Ergebnis der Literaturrecherche.

Unter Beteiligung von Susann Blüher und Stefan Ehehalt wurde das Literaturreview in der Zeitschrift „Klinischen Pädiatrie“ unter dem Titel: „Aktuelle Empfehlungen zur Therapie der

Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (als Folgepublikation der Veröffentlichung von Blüher et al. „Aktuelle Empfehlungen zur Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“, 2015) publiziert (Brauchmann et al. 2017).

## **Es konnten folgende Ergebnisse aus der Literaturrecherche abgeleitet werden:**

- Die Einbindung der Eltern bzw. der Familie ist wichtig für den Interventions-Erfolg.
- Schulbildung kann einen gesunden Lebensstil unterstützen.
- Motivational Interviewing steigert die Effektivität einer Intervention, SMS (Short Message Service) reduzieren die Drop-out-Rate
- Bei einer signifikanten Gewichtsreduktion ( $> -0,2$  BMI-SDS) verbessert sich das metabolische Profil.
- Durch eine Lebensstilintervention verbessert sich das Ernährungsverhalten.
- Durch eine Lebensstilintervention verbessern sich psychosoziale Outcomes.
- Die Situation der Eltern hat einen Einfluss auf den Interventionserfolg.
- Das Alter hat einen Einfluss auf die kurzfristige Gewichtsreduktion im Rahmen einer Lebensstilintervention.
- Der Schweregrad des Übergewichts bzw. der Adipositas hat einen Einfluss auf die kurz- und langfristige Gewichtsreduktion im Rahmen einer Lebensstilintervention.

## Vorarbeit zur Aktualisierung des Konsensuspapers

Aus der Fachdiskussion wurde ein vorläufiger Entwurf zur Aktualisierung des Konsensuspapers erstellt, der dem Abschlussbericht in Form des verwendeten Online-Fragebogens (blanco) als separate Datei (Fragebogen.docx) beigelegt ist.

## Online-Befragung relevanter Akteure

Da das Anschreiben mit der Einladung zur Online-Befragung von einigen Einrichtungen/ Institutionen weitergeleitet wurde, haben neben den Vertretern<sup>2</sup> der Fachgesellschaften/ Berufsverbände/ Krankenkassen einige Einzel-Akteure ihr Interesse an der Teilnahme bekundet, die im Bereich der kindlichen und juvenilen Adipositas tätig sind. Aufgrund dessen wurde die Umfrage auch für die Einzelakteure zugänglich gemacht.

Die *systematische Auswertung* fokussiert sich jedoch auf die Antworten der Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse. *Kommentare* wurden nur berücksichtigt, wenn sie von den Vertretern einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse stammten.

### Umfrage-Teilnehmer

Insgesamt nahmen 26 Personen an der Umfrage teil, davon 11 Vertreter einer Fachgesellschaft/ Berufsverband (Tab. 1) und 15 Einzel-Akteure, die im Bereich der kindlichen und Adipositas tätig sind (Tab. 2).

*Tabelle 1: Vertreter von Fachgesellschaften/ Berufsverbänden/Krankenkassen (im Folgenden als relevante Akteure bezeichnet), die an der Umfrage teilnahmen.*

Name	vertritt folgende Fachgesellschaft/ Berufsverband und Krankenkassen
<b>Prof. Reinhard Holl</b>	APV-Initiative
<b>Dr. Ronald Kayser</b>	Berufsverband Deutscher Psychologen
<b>Dr. Anne-Madeleine Bau</b>	Berufsverband Oecotrophologie e.V., AK Adipositas
<b>Dr. med. Markus Röbl</b>	Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie
<b>Dr. Ralph Jäger</b>	Deutsche Rentenversicherung Bund
<b>Prof. Thomas Reinehr</b>	Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie
<b>Theresia Kempf</b>	Gesetzliche Krankenkasse IKK classic
<b>Dr. Ines Gellhaus</b>	Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e.V.

<sup>2</sup> Im weiteren Verlauf wird aus Gründen besserer Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Es ist aber immer auch gleichberechtigt die weibliche Form gemeint.

## ERGEBNISSE

<b>Dr. Anja Schienkewitz</b>	Robert-Koch-Institut
<b>Lars Selig</b>	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
<b>Andrea Reusch</b>	Zentrum Patientenschulung e. V.

*Tabelle 2: Einzel-Akteure, die im Bereich der kindlichen und juvenilen Adipositas beruflich tätig sind, und an der Umfrage teilnahmen.*

Name	Beruf
<b>Dr. Dörte Deißler</b>	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
<b>Heidi Kessler</b>	Beratung in Theorie und Praxis adipöser Kinder und Jugendlicher in der Kinderarztpraxis Dr. Kauth / Dr. Beck in Ludwigsburg
<b>Dr. Susanne Fricke-Otto</b>	Pädiatrische Endokrinologin mit Institutsambulanz
<b>Anika Vogel</b>	Casemanagerin der Adipositasambulanz der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche
<b>Dr. Karin Kolb</b>	Ernährungstherapeutin, Mitarbeiterin von Schulungsgruppen für adipöse Kinder
<b>Dr. Annette Brunert</b>	Ärztliche Leitung des Adipositasprogramms Prima Drauf! der Kinderkliniken Darmstadt
<b>Silke Gassner</b>	Psychosozialer Dienst im Adipositaszentrum des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift
<b>PD Dr. med. Susann Weihrauch-Blüher</b>	Oberärztin an der Universitätskinderklinik Halle/S., Leitung Adipositas- und endokrinologische Ambulanz
<b>Dr. Michaela Plamper</b>	Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Pädiatrische Endokrinologin und Diabetologin, Adipositastrainerin
<b>Sandra Ballenberger</b>	Diätassistentin
<b>Susanne Kleuker</b>	Aktuell nicht in diesem Bereich tätig, hat beim Konsensuspapier 2004 mitgewirkt
<b>Dr. Antje Wagner</b>	Schulungskoordination und Ernährungstrainer im ambulanten Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht/ Adipositas
<b>Dr. med. Kerstin Kapitzke</b>	Oberärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
<b>Antje Büssenschütt</b>	Praxis Ernährungsberatung und -therapie, Schulung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendliche
<b>Dr. Desiree Dunstheimer</b>	Oberärztin mit Schwerpunkt pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

## Ergebnisse der Online-Umfrage

Die Daten wurden aus Q-SET nach IBM SPSS Statistics 22 importiert und ausgewertet. Die Tabellen geben die Meinung der Vertreter der Fachgesellschaften/Berufsverbände/Krankenkassen sowie der Einzel-Akteure separat wider. Kommentare, die unter „Sonstiges“ gemacht wurden, sind ausschließlich von den Vertretern der Fachgesellschaften/Berufsverbände/Krankenkassen dargestellt.

1. Adipositas ist mittlerweile als chronische Erkrankung anerkannt, die einer kontinuierlichen Versorgung bedarf. Sollte dieser Umstand in der Präambel ergänzt werden?

*Tabelle 3: Antworten auf Frage 1, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.*

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	10	90,9
	Sonstiges	1	9,1
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	13	86,7
	Sonstiges	2	13,3
	Total	15	100,0

Ein Teilnehmer antwortete unter „Sonstiges“, dass man ergänzen müsse, „von wem Adipositas als chronische Erkrankung anerkannt ist, denn seitens des G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] [sei] dies leider nicht so“.

2. Durch Adipositas entstehen vielfältige biopsychosoziale Probleme, die sich auf viele Teilhabebereiche, wie beispielsweise „Schule“ und „Ausbildung“, negativ auswirken können.

*Tabelle 4: Antworten auf Frage 2, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.*

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	10	90,9
	Sonstiges	1	9,1
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	15	100,0

Auf Frage 2 gab ein Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse unter „Sonstiges“ an, dass auch der Teilhabebereich „Kita“ betroffen ist.

3. Die aktuelle Evidenzlage soll in der Präambel ergänzt werden. Was ist dabei zu berücksichtigen?

Auf die Frage, was hinsichtlich der aktuellen Evidenzlage in der Präambel ergänzt werden sollte, gaben fünf Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse eine Antwort:

- *„bereits Übergewicht im Kindesalter und nicht nur Adipositas führt zu einer erhöhten Mortalität (aktuelle Publikation 2016 im N Eng J Med)“*
- *„eine Lebensstilintervention kann/ sollte nicht nur im BMI-SDS gemessen werden, sondern auch in der Lebensqualität, im besseren Ernährungs- und Bewegungsverhalten, verbesserter Blutparameter...“*
- *„Bezug zu den wirklich relevanten Daten die Auswirkung auf das Konsensuspapier haben, kurz und knapp halten“*
- *„Weißbuch Adipositas“*
- *„Studienergebnisse unabhängig vom BMI berücksichtigen: wie z.B. Lebensqualität, psychische Auffälligkeiten, Teilhabe (adäquate Schulbildung, Übergang ins Berufsleben), Komorbiditäten, körperliche Leistungsfähigkeit...“*

4. Ist es sinnvoll, den genetischen Background bei der Definition von Übergewicht und Adipositas zu ergänzen sowie Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen zu nennen?

Tabelle 5: Antworten auf Frage 4, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	10	90,9
	Sonstiges	1	9,1
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	9	60,0
	Nein	5	33,3
	Sonstiges	1	6,7
	Total	15	100,0



Unter „Sonstiges“ gab ein relevanter Akteur ein Kommentar ab:

- *„Definition von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Erwachsenen sollte wie bisher benannt werden. Die genetische Disposition/ Genkombinationen, die für schwere Formen der Adipositas (nicht für Übergewicht) disponieren, können ergänzt werden.“*

5. Die alten Daten zur Prävalenz und Epidemiologie sollen durch die aktuellen Daten aus KIGGS ersetzt werden. Sollte der Anstieg der Prävalenzrate mit zunehmendem Alter thematisiert und die Verschiebung der Perzentile hin zu höheren BMI-Werten (Die Verschiebung ist umso stärker, je höher die Perzentile ist) erwähnt werden?

*Tabelle 6: Antworten auf Frage 5, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.*

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	9	81,8
	Sonstiges	2	18,2
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	14	93,3
	Nein	1	6,7
	Total	15	100,0

Zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse antworteten wie folgt mit „Sonstiges“:

- *„Hinweis auf Zunahme extremer Adipositas bei Jugendlichen, ansonsten Prävalenz Adipositas konstant“*
- *„beide Datenerhebungen sollten erwähnt werden, insbesondere die Veränderungen“*

6. Sollen mangelnde Selbstregulationsfähigkeiten im neuen Konsensuspapier thematisiert werden? Falls JA, was wäre in diesem Zusammenhang wichtig?

*Tabelle 7: Antworten auf Frage 6, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.*

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	9	81,8
	Nein	1	9,1
	Sonstiges	1	9,1
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	12	80,0
	Nein	2	13,3

	Total	14	93,3
--	-------	----	------

Sechs Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse gab an, was hinsichtlich der mangelnden Selbstregulationsfähigkeiten zu beachten ist:

- „Behandlung nur auf Ernährung und Bewegung nicht zielführend, immer Verhaltenstherapie und systemische Familientherapie notwendig“
- „Mangelnde Selbstregulationsfähigkeit ist mit Adipositas assoziiert und sollte deshalb berücksichtigt werden. Evidenzlage genau prüfen.“
- „benötigt wahrscheinlich lebenslange Unterstützung durch unterschiedliche Therapeuten. Bisher ist der Zugang zu diesen noch zu undurchsichtig und kompetente Sprechstunden sind zu wenig verfügbar!“
- „Natürlich ist die Selbstregulationsfähigkeit abhängig vom Alter und hierbei muss die Unterstützungsfunktion durch die Bezugspersonen ergänzt werden“
- „Vermeidung von Stigmatisierung“
- „Um Stigmatisierung zu vermeiden, darf nicht zu viel Gewicht auf dieser Aussage liegen - auch wenn die Literatur dies durchaus stützt! Weitere Evidenz wäre hilfreich. Zum Beispiel: Reinert K.R.S., Po'e, E.K. et al. The Relationship between Executive Function and Obesity in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. Journal of Obesity. 2013, Article ID 820956, 10 pages, doi:10.1155/2013/820956.“

7. Ist es sinnvoll, die Indikation zu erweitern, sodass generell alle übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendliche an einer Patientenschulungsmaßnahme teilnehmen können?

Tabelle 8: Antworten auf Frage 7, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	9	81,8
	Sonstiges	2	18,2
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	13	86,7
	Sonstiges	2	13,3
	Total	15	100,0

Zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse antworteten wie folgt mit Sonstiges:

- „Die Indikation sollte auf alle adipösen Kinder erweitert werden (BMI $\geq$ P97)“
- „Aufnahme übergewichtiger Kinder mit ernährungsabhängigen Begleiterkrankungen“

## 8. Sollten die Kontraindikationen in diesem Zug reduziert werden?

Tabelle 9: Antworten auf Frage 8, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	5	45,5
	Nein	4	36,4
	Sonstiges	2	18,2
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	5	33,3
	Nein	8	53,3
	Sonstiges	2	13,3
	Total	15	100,0

Auf diese Frage hinterließ ein Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse folgenden Kommentar:

- „Spezielle Schulungsgruppen z.B. für geistig behinderte Kinder“

## 9. Sollte bei mangelnder Motivation vor der Therapie ein Motivationsaufbau stattfinden?

Tabelle 10: Antworten auf Frage 9, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	7	63,6
	Nein	1	9,1
	Sonstiges	3	27,3
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	14	93,3
	Sonstiges	1	6,7
	Total	15	100,0

Sechs Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse hatten Ergänzungen zu dem Thema:

- „Wenn der Motivationsaufbau vor der Therapie stattfindet, sollte benannt werden, in welcher Form das geschehen soll.“

- „Ich sehe die Schwierigkeit in der praktischen Umsetzung, wie sollte der Motivationsaufbau (in Einzelgesprächen oder auch in einer Gruppe) stattfinden? Oft können Familien (besonders Risikofamilien) den Aufwand des Gruppenangebotes nicht abschätzen und sagen erst mal, dass sie motiviert sind.“
- „Die Motivation ist natürlich wichtig, aber vor Start des Programmes sollte es Möglichkeiten geben mit den Familien an einem Motivationsaufbau zu arbeiten“
- „Ohne Motivation, voraussichtlich keine erfolgreiche Maßnahme. Demnach sollten nur motivierte Patienten aufgenommen werden. Wie dieser Personenkreis ermittelt werden könnte, müsste erforscht werden.“
- „Die Einbindung der Familie (in irgendeiner Form) ist für einen Therapie-/Reha-Erfolg unerlässlich.“
- „Motivationsaufbau sollte vor, während und nach der Maßnahme erfolgen, ist somit ein wichtiger Teil der bezahlten Therapie. Auch ist der Motivationsaufbau als eigenständiges Therapiemodul sinnvoll, müsste auch mehrfach durchführbar sein. Unabhängig vom Ergebnis des Motivationsaufbaus muss der Patient in der Behandlungskette verbleiben können (Therapiemaßnahme vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll).“

10. Mit welchen der im Folgenden genannten Parameter lässt sich der Therapieerfolgs Ihrer Meinung nach gut beurteilen?

Die Ergebnisse zu Frage 10 sind tabellarisch zusammengefasst (Tab. 11).

Tabelle 11: Antworten auf Frage 10, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, der Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse.

Parameter	Häufigkeit	Prozent
Verbesserung der Lebensqualität	10	90,9
Verbesserung der Teilhabe	9	81,8
Verbesserung des Bewegungsverhaltens	8	72,7
Langfr. Reduktion der Fettmasse u. Stabilisierg. des Gewichts	8	72,7
Verbesserung der Komorbiditäten	8	72,7
Verbesserung der Selbstwirksamkeit	8	72,7
Verbesserung des Ernährungsverhalten	7	63,6
Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit	7	63,6
Störbarkeit des Essverhaltens	5	45,5

Drei Experten machten weitere Vorschläge zur Beurteilung des Therapieerfolgs:

- „Wissen und Einstellungen“
- „Vermeidung von Nebenwirkungen“

Fünf Experten hatten Ergänzungen zu diesem Thema:

- „Es gibt aus unserem Hause ein Wirkmodell von Patientenschulungen. Dieses beschreibt eine Hierarchisierung von Schulungszielen und unterscheidet schulungsnah (proximale) Ziele, wie Wissen, Einstellungen etc. und schulungsferne (distale) Ziele (z. B. BMI, Lebensqualität, Teilhabe). Diese werden vermittelt über Lebensstil und Selbstmanagementkompetenzen. Den Artikel sende ich per Mail.“ [Anmerkung Autor: Der Artikel ist dem Abschlussbericht als separate Datei beigefügt]
- „Je mehr Parameter zur Beurteilung des Therapieerfolges herangezogen werden, umso umfangreicher wird die Dokumentation. Die Auswahl sollte anhand vorliegender wissenschaftlicher Evidenz und ggf. optional zusammengestellt werden“
- „aufgrund der persönlichen Einschätzung“
- „Die nicht markierten Parameter [Störbarkeit des Essverhaltens, Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Verbesserung der Selbstwirksamkeit, Verbesserung der Teilhabe, Verbesserung der Lebensqualität) halte ich für schwer validierbar.“
- „Struktur der Zielhierarchie bzw. -ebenen fehlen - valide Messinstrumente? Wie verläuft zum Beispiel die Erfassung der Ausdauerleistungsfähigkeit im Einzelsetting? - Anwendbarkeit der Erfassung der Parameter in der Praxis höchst relevant.“

## 11. Sollte die Behandlungskette konkretisiert und eine Nachsorge fest darin verankert werden?

Tabelle 12: Antworten auf Frage 11, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	10	90,9
	Total	10	90,9
Einzel-Akteure	Ja	13	86,7
	Sonstiges	2	13,3
	Total	15	100,0

## 12. Ist eine Nachbeobachtung von 3 Jahren aus Ihrer Erfahrung heraus realistisch?

Tabelle 13: Antworten auf Frage 12, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	5	45,5
	Nein	1	9,1
	Sonstiges	4	36,4
	Total	10	90,9
Einzel-Akteure	Ja	3	20,0
	Nein	5	33,3
	Sonstiges	7	46,7
	Total	15	100,0

Zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse hinterließen einen Kommentar:

- „wenn finanzierbar!!!“
- „In den bestehenden Strukturen ist es unrealistisch. Wenn Behandlungsketten etabliert sind, wird es einfacher umzusetzen sein.“

## 13. Welche Module (Ernährung, Bewegung, Verhaltenstherapie, Medizin, Einbindung der Eltern...) sollte eine Patientenschulungsmaßnahme in jedem Fall enthalten?

Die Ergebnisse zu Frage 13 sind in Tabelle 14 zusammengefasst.

Tabelle 14: Antworten auf Frage 13, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, der Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse.

Parameter	Häufigkeit	Prozent
Ernährung	11	100,0
Einbindung der Eltern	11	100,0
Bewegung	10	90,9
Verhaltenstherapeutische Elemente zur Rückfallverhütung	10	90,9
Verhaltensmodifikation	10	90,9
Medizin	7	63,6

Drei Experten hatten Ergänzungen zu diesem Thema:

- *„Bewegung: konkrete Empfehlungen "Tägliche Bewegungszeiten von 90 Minuten bzw. Bewegungsumfänge von ca. 12000 Schritten entsprechen den Empfehlungen der Fachgesellschaften und Experten." sollten mit Quellenhinweisen belegt werden. Gelten die o.g. Empfehlungen für Kinder- und Jugendliche mit Adipositas?“*
- *„Beim Thema Ernährung sind die Portionsgrößen zentral und Lebensmittelauswahl und haben auch eine zentrale Rolle in unserer heutigen Wohlstandsgesellschaft. Statt Verhaltenstherapeutische Elemente zur Rückfallverhütung und Verhaltensmodifikation: Pädagogisch-psychologische Schulungselemente: Im Mittelpunkt der pädagogisch-psychologischen Schulungselemente sollte die Förderung sozialer Kompetenzen (Empathie, Konfliktlösung, etc.), der Selbstwahrnehmung (Erkundung des Fühlens, Denkens, Handelns und, des eigenen Körpers) der Selbstregulation (Veränderung von Alltagsgewohnheiten) und Zielplanung stehen. Um der Komplexität und Individualität der chronischen Erkrankung Adipositas gerecht zu werden, benötigt es hier eine therapeutische Methodenflexibilität und –vielfalt. Verhaltenstherapeutische Methoden zur Veränderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Dabei kann auf bewährte Elemente (z.B. Selbstbeobachtung, Rollenspiele, Übungen) zurückgegriffen werden. Veränderung und Implementierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mit Hilfe von edukativen und übenden Elementen. Systemische Methoden (z.B. Lösungsorientiertes Arbeiten, Reframings, Skalierungen) um systemische Aspekte im familiären Rahmen ausreichend zu berücksichtigen und die Wahrnehmung der Eltern in Bezug auf ihre Kinder zu stärken. Auch bei der Zielentwicklung sollten die familiären und anderen sozialen Bezüge ausreichend Beachtung finden. Humanistische, personenzentrierte Herangehensweise um die emotionalen Erlebensaspekte ausreichend zu würdigen und den Fokus auf die Entwicklung von Ressourcen zu legen. Hier sollte das Bemühen um Kongruenz, bedingungsfreie positive Beachtung und empathisches Verstehen auf Seiten des Trainers als Prozessbedingung für konstruktive Veränderung betrachtet werden. Körpertherapeutische Methoden zur Erfahrung und Stärkung eines Körperbewusstseins, Verbesserung der Stressregulation und als Möglichkeit ein positives Körperbild zu entwickeln. Zudem braucht es eine ausreichende Berücksichtigung psychosozialer Umfeldfaktoren, die der persönlichen Entwicklung entgegenstehen. Hier ist insbesondere auf körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie, familiäre Essstörungen, die Wohn- und wirtschaftliche Situation, Suchtthemen und die elterliche Erziehungskompetenz zu achten. Zu den entwicklungshemmenden Faktoren sind auch psychosozialer Auswirkungen der Adipositas wie beispielsweise Hänseleien oder Mobbing zu zählen.“*
- *„Zum Modul Ernährung: Evidenz für "Ernährungsprotokoll mindestens drei Tage"? Zum Modul Bewegung: "Der Steigerung der körperlich-sportlichen Aktivität kommt eine zentrale Rolle bei der Gewichtsreduktion bzw. -stabilisierung zu, insbesondere im System Familie." --> Hauptziel in diesem Modul ist die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Reduktion von Komorbiditäten! Zur Formulierung "Ergänzend wird eine Beschränkung der sitzenden Tätigkeiten, insbesondere in der Freizeit, auf zwei Stunden täglich als Ziel formuliert." --> hier "insbesondere" streichen, da sich die Empfehlung ausschließlich auf die Freizeitgestaltung bezieht! Zum bzw. an Stelle des Moduls Verhaltenstherapeutische Elemente: "Pädagogisch-psychologische Schulungselemente: Im Mittelpunkt der pädagogisch-psychologischen Schulungselemente sollte die Förderung sozialer Kompetenzen (Empathie, Konfliktlösung, etc.), der Selbstwahrnehmung (Erkundung des Fühlens, Denkens, Handelns und, des eigenen Körpers) der Selbstregulation (Veränderung von Alltagsgewohnheiten) und Zielplanung stehen. Um der*

*Komplexität und Individualität der chronischen Erkrankung Adipositas gerecht zu werden, benötigt es hier eine therapeutische Methodenflexibilität und –vielfalt: Verhaltenstherapeutische Methoden zur Veränderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Dabei kann auf bewährte Elemente (z.B., Selbstbeobachtung, Rollenspiele, Übungen) zurückgegriffen werden. Veränderung und Implementierung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mit Hilfe von edukativen und übenden Elementen. Systemische Methoden (z.B. Lösungsorientiertes Arbeiten, Reframings, Skalierungen) um systemische Aspekte im familiären Rahmen ausreichend zu berücksichtigen und die Wahrnehmung der Eltern in Bezug auf ihre Kinder zu stärken. Auch bei der Zielentwicklung sollten die familiären und anderen sozialen Bezüge ausreichend Beachtung finden. Haltung des Trainers: Humanistische, personenzentrierte Herangehensweise um die emotionalen Erlebensaspekte ausreichend zu würdigen und den Fokus auf die Entwicklung von Ressourcen zu legen. Hier sollte das Bemühen um Kongruenz, bedingungsfreie positive Beachtung und empathisches Verstehen auf Seiten des Trainers als Prozessbedingung für konstruktive Veränderung betrachtet werden. Körpertherapeutische Methoden zur Erfahrung und Stärkung eines Körperbewusstseins, Verbesserung der Stressregulation und als Möglichkeit ein positives Körperbild zu entwickeln. Zudem braucht es eine ausreichende Berücksichtigung psychosozialer Umfeldfaktoren, die der persönlichen Entwicklung entgegenstehen. Hier ist insbesondere auf körperliche oder psychische Erkrankungen in der Familie, familiäre Essstörungen, die Wohn- und wirtschaftliche Situation, Suchtthemen und die elterliche Erziehungskompetenz zu achten. Zu den entwicklungshemmenden Faktoren sind auch psychosozialer Auswirkungen der Adipositas wie beispielsweise Hänseleien oder Mobbing zu zählen.“* Zum Modul Medizin: Vor Teilnahme an einer Patientenschulungsmaßnahme muss eine medizinische Diagnostik laut AGA-Leitlinien erfolgen. Zum Modul Einbindung der Eltern: Auch bei Jugendlichen ist die kontinuierliche Einbindung der Eltern zwingend erforderlich! Dies muss über die bloße Information über Inhalte des Programms hinausgehen.“

#### 14. Sollten individuelle Parameter bei der Gestaltung einer Patientenschulung berücksichtigt werden?

Tabelle 15: Antworten auf Frage 14, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	9	81,8
	Sonstiges	2	18,2
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	12	80,0
	Sonstiges	3	20,0
	Total	15	100,0

Zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse antworteten wie folgt mit Sonstiges:



- „Die Frage ist zu komplex. Sinn macht nach Alter, aber wie sollte man nach familiären Belastungen gestalten? Das geht nur in Einzeltherapien.“
- „die "könnte"-Formulierung lässt Möglichkeiten für bei Maßnahmen und sollte so bestehen bleiben. Die Kategorisierung nach individuellen Parameter ist aber eher nicht sinnvoll.“

15. Sollten extrem kalorienreduzierte Diäten, Formelnahrungen, Nahrungsergänzungsmittel und nicht zugelassene Medikamente Bestandteil einer Patientenschulung sein?

Tabelle 16: Antworten auf Frage 15, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Nein	8	72,7
	Sonstiges	3	27,3
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Nein	10	66,7
	Sonstiges	5	33,3
	Total	15	100,0

Auf Frage 15 antworteten zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse wie folgt mit Sonstiges:

- „Liegt dazu wissenschaftliche Evidenz vor?“
- „Das sind sehr unterschiedliche Dinge, das kann man nicht in einer Frage beantworten. Und die Frage ist tendenziös - sollte Bestandteil sein oder können im Einzelfall indiziert sein. Ich denke insbesondere an Formula-Nahrung.“

16. Sind Patientenschulungen aus ihrer Erfahrung grundsätzlich sinnvoll?

Tabelle 17: Antworten auf Frage 16, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	10	90,9
	Sonstiges	1	9,1
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	12	80,0
	Sonstiges	1	6,7
	Total	13	86,7

## 17. Gibt es eine klare Abgrenzung zwischen Patientenschulungsmaßnahme und Präventionsmaßnahme?

Tabelle 18: Antworten auf Frage 17, dargestellt in der absoluten Häufigkeit sowie in Prozent, separat für die Vertreter der Fachgesellschaften und für die Einzel-Akteure.

Teilnehmer	Antwort	Häufigkeit	Prozent
Vertreter Fachgesellschaft/ Berufsverband/ Krankenkasse	Ja	6	54,5
	Nein	3	27,3
	Sonstiges	2	18,2
	Total	11	100,0
Einzel-Akteure	Ja	4	26,7
	Nein	7	46,7
	Sonstiges	2	13,3
	Total	13	86,7

Zwei Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse hinterließen einen Kommentar unter „Sonstiges“:

- „meiner Meinung nach „Ja“ - z.B. Präventionsmaßnahmen in Schulen“
- „Verhältnis- und Verhaltenspräventionsmaßnahmen helfen auch Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, reichen allerdings nicht aus. Maßnahmen der Verhaltensprävention unterscheiden sich inhaltlich nicht grundsätzlich von den Inhalten der Schulungsmaßnahmen, außer in Dauer und Intensität.“

18. Aufgrund eventueller Änderungen in Punkt 4 (Indikationsstellung) könnte der Titel des Konsensuspapiers wie folgt umbenannt werden:

**„Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas“  
(bisher: „Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas“)**

100 % der Vertreter einer Fachgesellschaft/Berufsverband/Krankenkasse waren für den Vorschlag.

19. Welche bisher nicht vorgeschlagenen Änderungen sind Ihrer Meinung nach erforderlich und an welcher Stelle sollten sie im Konsensuspapier aufgenommen werden?

- „Einbeziehung der Eltern in die Nachsorge, die professionsübergreifend erfolgen sollte (Ärzte, Diätassistenten, Bewegungstherapeuten, Psychologen)“
- „Grundsätzlich möchten wir, dass im Konsensuspapier von "Kindern und Jugendlichen mit Adipositas" gesprochen wird, nicht von "adipösen Kindern und Jugendlichen". Begründung:

*Adipositas ist eine chronische Erkrankung, keine Eigenschaft. In der Präambel sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sich in einer Vielzahl von unterschiedlichen Symptomen und Ursachen zeigt. Zu Frage 4 'Definition von Übergewicht und Adipositas': Die Definition der Adipositas anhand des BMIs ist praktikabel, aber als einziger Parameter nicht ausreichend. Besser wäre eine Erweiterung um weitere Parameter, z.B. der Taillenumfang. Zu Frage 7 'Indikationserweiterung': Als Konsequenz muss bei der Zusammenstellung der Gruppen beachtet werden, dass Gruppenschulungsmaßnahmen möglichst auf die Homogenität der jeweiligen Gruppen achten: Die Mitbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht in Gruppen für Kinder und Jugendlichen mit Adipositas und extremer Adipositas ist kritisch zu sehen. Zu Frage 8 'Kontraindikationen': Diese sollen nicht reduziert, sondern differenziert werden! Die Formulierung von absoluten Kontraindikationen widerspricht dem Teilhabe-Gedanken. Jeder Patient mit Übergewicht bzw. Adipositas muss in eine Behandlungskette eingebunden sein. Es gibt keine Kontraindikationen für Behandlungsketten (durchaus für einzelne Maßnahmen). Zu Frage 11 'Behandlungskette': Die Behandlungskette und die eingebundene Nachsorge sind zu finanzieren. Zu erwähnen ist, dass in der Behandlungskette auch stationäre Patientenschulungsmaßnahmen relevant sind (auch wenn hier andere Kostenträger verantwortlich sind). Zu Frage 14 'Individuelle Parameter': zu ergänzen wären die Motivationslage, psychische Auffälligkeiten, sekundäre Adipositasformen. "Ziel wäre eine bedarfsorientierte Gestaltung der Schulungsmaßnahmen, z.B. durch eine Modularisierung." --> diesen Satz bitte wieder einfügen. Zu Frage 18: In der Präambel sollte der Begriff "Patientenschulungsmaßnahme" definiert werden. Hier sollte auch der Begriff 'Behandlungskette' erwähnt werden. Sonstiges: Das Ziel sollte sein, dass so viele Therapeuten wie möglich in der Behandlungskette eine Adipositastrainerausbildung abgeschlossen haben sollten. Eine Überprüfbarkeit der Strukturqualität der Einrichtungen in Form einer Zertifizierung ist sinnvoll. Patientenschulungsmaßnahmen müssen ärztlich begleitet werden, aber nicht unter ärztlicher Leitung stehen."*

Zusammenfassung der Online-Befragung als Gesprächsgrundlage für die Telefonkonferenz (Goldapp, Winkler, Wiegand, Brauchmann) am 08.09.2016

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Online-Befragung zusammengefasst und die Umsetzung als Änderungsvorschläge im Konsensuspapier – ergänzend zu den Ergebnissen aus der Fachdiskussion mit dem AGA-Vorstand – dargestellt.

## *Titel*

Alle der relevanten Akteure haben sich dafür ausgesprochen, dass der Titel des neuen Konsensuspapiers wie folgt lauten sollte: **„Patientenschulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas“**.<sup>3</sup>

## **Änderungsvorschlag:**

- „Patientenschulungsprogramm“ durch „Patientenschulungsmaßnahme“ ersetzt

## *Präambel*

Die Mehrheit der Vertreter einer Fachgesellschaft/eines Berufsverbandes/ einer Krankenkasse (im Nachfolgenden als relevante Akteure oder Umfrageteilnehmer bezeichnet) ist dafür, dass Adipositas in der Präambel als „chronische Erkrankung“ beschrieben wird, die einer lebenslange Behandlung/ Versorgung bedarf. Obwohl die WHO ('Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation' 2000) eine Adipositas bereits als chronische Erkrankung eingestuft hat, wird diese Klassifizierung in Deutschland bisher nur in Teilbereichen angewandt, so beispielsweise als alleinige Diagnose für die Indikation einer stationären Kinder-Rehabilitation.

In der Präambel soll ergänzt werden, dass sich eine Adipositas negativ auf unterschiedliche Teilhabebereiche wie Kita, Schule und Ausbildung auswirkt. Ebenso soll die aktuelle Evidenzlage in der Präambel berücksichtigt werden, wobei zum „Weißbuch Adipositas“ (Klein et al. 2016) Bezug

---

<sup>3</sup> Daraus ergeben sich möglicherweise Unschärfen im Bezug auf die gesetzliche Grundlage § 43 SGB V Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

genommen werden kann, das einen umfassenden Überblick über die Versorgungssituation der Adipositas in Deutschland liefert.

## Änderungsvorschlag:

- Präambel inhaltlich überarbeitet
- Einschränkung der Teilhabe im Absatz „Definition von Übergewicht und Adipositas“ erwähnt
- Begriff „chronische Erkrankung“ im Absatz „Ziele“ verwendet

## *Definition von Übergewicht und Adipositas*

Bei der Definition von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sollen die Unterschiede zur Erwachsenen-Population und bei den Ursachen die genetische Prädisposition ergänzt werden. Ein relevanter Akteur kommentierte in diesem Zusammenhang, dass nur genetische Konstellationen ergänzt werden sollten, die für schwere Formen der Adipositas disponieren. Ein Akteur hat angemerkt, dass die Definition der Adipositas anhand des BMIs zwar praktikabel ist, aber als einziger Parameter nicht ausreichend. Besser wäre eine Erweiterung um weitere Parameter, z.B. den Taillenumfang. Es soll weiterhin ergänzt werden, dass sich Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome und Ursachen zeigt.

## Änderungsvorschlag:

- Tabelle mit BMI-Kategorien und Perzentilen
- Zusätzlicher Absatz zu körperlicher und psychischer Komorbidität
- Definition über den BMI wurde nicht durch weitere Parameter ergänzt
- genetische Prädisposition im Absatz Prävalenz und Epidemiologie unter den Risikofaktoren ergänzt

## *Prävalenz und Epidemiologie*

Hinsichtlich Prävalenz und Epidemiologie sollen die KIGGS-Daten aus 2006 bzw. 2017 (Kurth and Schaffrath Rosario 2007) verwendet werden<sup>4</sup>. Dabei sollte auf die Verschiebung der Prävalenz bei den unterschiedlichen Altersgruppen eingegangen werden: So hat sich bei relativ konstanter Prävalenz der Anteil extrem adipöser Jugendlicher erhöht.

Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer ist dafür, dass mangelnde Selbstregulationsfähigkeiten im neuen Konsensuspapier erwähnt werden. Dabei sollte die aktuelle Evidenzlage genau geprüft und Stigmatisierung unbedingt vermieden werden – in diesem Zusammenhang wurde auf ein Review von Reinert et al. (Reinert, Po'e, and Barkin 2013) verwiesen. Hinsichtlich der Selbstregulationsfähigkeit wird darauf aufmerksam gemacht, dass hier eine langfristige Unterstützung durch unterschiedliche Therapeuten notwendig sein kann. Entsprechende Behandlungspfade sind bisher jedoch nicht eindeutig definiert.

### **Änderungsvorschlag:**

- Aktualisierung des Absatzes auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Daten aktualisiert (Prävalenz, Einfluss- und Risikofaktoren).
- Auf Stigmatisierung und Selbstmanagement wurden sowohl in der Präambel als auch im Absatz der Prozessqualität unter den „Verhaltenstherapeutischen Elementen zur Rückfallverhütung und Verhaltensmodifikation“ eingegangen

## *Indikationsstellung – Wer profitiert von Patientenschulungsmaßnahmen?*

Die relevanten Akteure halten es für sinnvoll, dass die Indikation für eine Patientenschulung erweitert wird. Die Mehrheit spricht sich dafür aus, dass auch übergewichtige Kinder an einer Schulungsmaßnahme teilnehmen können. Ein relevanter Akteur ergänzte, dass übergewichtige Kinder mit ernährungsabhängigen Begleiterkrankungen aufgenommen werden sollten. Bei der Frage, ob die Kontraindikationen reduziert werden sollten, waren sich die relevanten Akteure nicht einig. Ein Umfrageteilnehmer schlug vor, dass beispielsweise spezielle Gruppen für geistig

---

<sup>4</sup> Die Publikation der 2. KiGGS-Feldphase in der Fachpresse wird gerade vorbereitet.

behinderte Kinder und Jugendliche angeboten werden sollten. Ein weiterer Akteur ergänzte, dass die Kontraindikationen nicht reduziert, sondern differenziert werden sollten, und dass die Formulierung „absolute Kontraindikation“ dem Teilhabe-Gedanken widerspricht. Jeder Patient soll in eine Behandlungskette eingebunden werden, wobei es durchaus Kontraindikationen für einzelne Maßnahmen (im Sinne flexibler Therapiemodule) geben kann.

Mangelnde Motivation des Patienten und seiner Familie sollen keine absolute Kontraindikation zur Teilnahme an einer Patientenschulungsmaßnahme sein. Stattdessen soll vor der Patientenschulung ein Motivationsaufbau stattfinden. Dabei sollte konkret benannt werden, in welcher Form der Motivationsaufbau erfolgt. Ein Umfrageteilnehmer sprach sich dafür aus, dass ausschließlich motivierte Patienten in eine Patientenschulung aufgenommen werden sollten. Ein anderer Umfrageteilnehmer meinte, dass der Motivationsaufbau nicht nur vor der Maßnahme, sondern auch währenddessen und im Anschluss von Bedeutung ist. Er/Sie ergänzte weiterhin, dass er sich den Motivationsaufbau als eigenständiges Therapiemodul vorstellen könnte.

### Änderungsvorschlag:

- Mangelnde Motivation ist keine Kontraindikation, sondern bedarf vor der Schulungsmaßnahme eines Motivationsaufbaus
- Für Kinder/Jugendliche mit unzureichender Gruppenfähigkeit bzw. mit besonderen Bedarfen können auch an einer individuellen Patientenschulungsmaßnahme (Einzelschulung) teilnehmen
- Zusätzlicher Absatz zu extrem adipösen Jugendlichen: Teilnahme kann Lebensstilverhalten verbessern, führt aber nicht unbedingt zu einer langfristigen Gewichtsreduktion

### Ziele – Was soll erreicht werden?

Bisher war das primäre Ziel von Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas die Reduktion und Stabilisierung des Gewichts. Wie sich aus *aktueller Literatur* und *der Online-Umfrage* ergeben hat, soll dieses Ziel zwar langfristig angestrebt werden, aber nicht mehr alleine im Fokus stehen. Eine Verbesserung der Komorbidität ist bereits bei BMI-Konstanz zu beobachten. Mindestens ebenso wichtig sind die Verbesserung der Lebensqualität, der Teilhabe, des

Ernährungs- und Bewegungsverhalten, der körperlichen Fitness sowie des Selbstmanagements. Es gibt bereits ein „Wirkmodell Patientenschulung“ (Faller, Reusch, and Meng 2011a), das sich hinsichtlich der Zielgrößen an eine Adipositas anpassen ließe. Ein anderer relevanter Akteur gab zu bedenken, dass je mehr Parameter zur Beurteilung des Therapieerfolgs herangezogen werden, umso umfangreicher die Dokumentation wird. Außerdem wurden eine Zielhierarchie (wie z. B. im „Wirkmodell Patientenschulung“) sowie valide Messinstrumente bzw. Messmethoden für die einzelnen Parameter gefordert, denn *„die Anwendbarkeit der Erfassung der Parameter [ist] in der Praxis höchst relevant“*. Es wäre in diesem Sinne sinnvoll, Zeitpunkte und Messinstrumente für die genannten Ziele von Patientenschulungen im aktuellen Konsensuspapier festzuhalten. Auf diese Weise kann die Wirksamkeit unterschiedlicher Patientenschulungen miteinander verglichen werden.

#### Änderungsvorschlag:

- Neues Zielkriterium: Verbesserung Adipositas-bedingter Begleiterkrankungen
- Zusätzlicher Absatz zum Lebensstil

#### Qualitätsanforderungen

Die relevanten Akteure sind sich einig, dass die Behandlungskette konkretisiert und die Möglichkeit eine Nachsorge dort verankert werden sollte. Eine Nachsorge sollte professionsübergreifend erfolgen und die Eltern mit einbeziehen. Ein Akteur merkte an, dass dies insbesondere auch für stationäre Patientenschulungsmaßnahmen relevant ist.

Weniger übereinstimmend sind die Antworten auf die Frage, ob eine Nachbeobachtung von drei Jahren realistisch sei. Ein relevanter Akteur kommentierte diesbezüglich, dass eine lange Nachbeobachtung gesondert finanziert werden muss. Insgesamt geht der Trend zu einer kürzeren verbindlichen Nachbeobachtungszeit.

#### Änderungsvorschlag zur Konzeptqualität:

- Programmdauer definiert 6-12 Monate
- Nachbeobachtungszeit von 3 Jahren (inkl. Schulungsmaßnahme) auf 1 Jahr reduziert
- Zusätzlicher Absatz zur Nachhaltigkeit der Schulung



Die Mehrheit der relevanten Akteure stimmte zu, dass Patientenschulungen aus den Modulen Ernährung, Elternschulung, Bewegung, Verhaltenstherapeutischen Elementen der Rückfallverhütung, Verhaltensmodifikation und Medizin aufgebaut sein sollten.

Ein Akteur schlug vor, die zwei Module „Verhaltenstherapeutische Elemente der Rückfallverhütung“ und „Verhaltensmodifikation“ zu dem Modul „Pädagogisch-psychologische Schulungselemente“ zusammenzufassen. *„Im Mittelpunkt der pädagogisch-psychologischen Schulungselemente sollte die Förderung sozialer Kompetenzen (Empathie, Konfliktlösung, etc.), der Selbstwahrnehmung (Erkundung des Fühlens, Denkens, Handelns und, des eigenen Körpers) der Selbstregulation (Veränderung von Alltagsgewohnheiten) und Zielplanung stehen. Um der Komplexität und Individualität der chronischen Erkrankung Adipositas gerecht zu werden, benötigt es hier eine therapeutische Methodenflexibilität und –vielfalt“.* In jedem Fall ist es wichtig, den Inhalt der einzelnen Module zu definieren.

Die Mehrheit der relevanten Akteure spricht sich dafür aus, dass individuelle Parameter bei einer Patientenschulung berücksichtigt werden. Ein Akteur hält eine Kategorisierung nicht für sinnvoll, ein anderer Akteur nur in bestimmten Fällen (z. B. Berücksichtigung des Alters, Motivationslage, psychische Auffälligkeiten, sekundäre Adipositasformen). Ein weiterer Umfrageteilnehmer merkte an: *„Als Konsequenz muss bei der Zusammenstellung der Gruppen beachtet werden, dass Gruppenschulungsmaßnahmen möglichst auf die Homogenität der jeweiligen Gruppen achten: Die Mitbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht in Gruppen für Kinder und Jugendlichen mit Adipositas und extremer Adipositas ist kritisch zu sehen.“*

Extrem kalorienreduzierte Diäten, Formelnahrungen, Nahrungsergänzungsmittel und nicht zugelassene Medikamente sollen nach der Mehrheit der Umfrageteilnehmer nicht Bestandteil einer Patientenschulung sein.

Zehn von elf relevanten Akteuren halten Patientenschulungen grundsätzlich für sinnvoll. Die Umfrageergebnisse zeigen weiterhin, dass bei den relevanten Akteuren eine klare Abgrenzung von Präventions- und Patientenschulungsmaßnahmen nicht immer gegeben ist.

**Änderungsvorschlag zur Prozessqualität**

- Zusätzlicher Absatz zur Aufteilung der Schulungsteilnehmer in definierte Altersgruppen (nach GKV-Spitzenverband)

## *Ernährung*

- Reduzierung stark zucker- und fettreicher Lebensmittel
- Anwendung von verhaltenstherapeutischen Elementen zur Umsetzung der Ernährungsempfehlungen

## *Bewegung*

- Begriff „Vermeidung von Inaktivität“ ergänzt
- Nationale Bewegungsempfehlungen für definierte Altersgruppen ergänzt

## *Verhaltensmodifikation*

- Umbenannt in Verhaltenstherapeutische Elemente zur Rückfallverhütung und Verhaltensmodifikation
- Absatz konkretisiert

## *Elterneinbindung*

- Umbenannt in „Aktive Einbindung der Eltern in die Schulung“
- Neu: primäre Elternschulung für Kinder unter 6 Jahren

## *Änderungsvorschlag zur Strukturqualität*

- Anforderungen an Räumlichkeiten ergänzt
- Neu: Team muss ein/e zertifizierte/r Adipositrainer/in angehören

## Online-Befragung: Aktuell angebotene Schulungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas

Insgesamt wurden 84 Fragebögen vollständig beantwortet. Von den 84 Therapieeinrichtungen bieten aktuell 79 Einrichtungen (94%) ein Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Adipositas an – die verbleibenden fünf Einrichtungen (6%) führen ihr Programm aktuell wegen

## ERGEBNISSE

ungenügender Finanzierung, hohen Abbruchraten oder Mangel an Fachpersonal nicht durch.

Tabelle 19 fasst die Anzahl der Therapieeinrichtungen für jedes Bundesland zusammen.

*Tabelle 19: Anzahl der Therapieprogramme in den deutschen Bundesländern, sortiert in absteigender Reihenfolge.*

<b>Bundesland</b>	<b>Therapieeinrichtungen N, (%)</b>
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	19 (22,6)
<b>Bayern</b>	13 (15,5)
<b>Niedersachsen</b>	11 (13,1)
<b>Baden-Württemberg</b>	11 (13,1)
<b>Schleswig-Holstein</b>	7 (8,3)
<b>Hessen</b>	6 (7,1)
<b>Hamburg</b>	4 (4,8)
<b>Berlin</b>	3 (3,6)
<b>Rheinland-Pfalz</b>	2 (2,4)
<b>Brandenburg</b>	2 (2,4)
<b>Bremen</b>	1 (1,2)
<b>Saarland</b>	1 (1,2)
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	1 (1,2)
<b>Sachsen</b>	1 (1,2)
<b>Sachsen-Anhalt</b>	1 (1,2)
<b>Thüringen</b>	1 (1,2)
<b>Total</b>	84 (100)

In Tabelle 20 sind weitere Merkmale der Therapieprogramme zusammengefasst

(Mehrfachnennung war möglich).

Tabelle 20: Zielgruppe, Module und Kostenübernahme der Therapieprogramme.

Merkmal	Therapieeinrichtungen [N, (%)]
<b>Zielgruppe</b>	
Eltern + Kind < 6 Jahre	32 (38,1)
Eltern + Kind > 6 Jahre	62 (73,8)
Eltern	52 (61,9)
Kinder	67 (79,8)
Jugendliche	74 (88,1)
<b>Art des Schulungsprogrammes</b>	
Ambulant	59 (70,2)
Stationär (Reha)	13 (15,5)
Ambulant + stationär	9 (10,7)
Sonstige	3 (3,6)
<b>Module Therapieprogramm</b>	
Sport/Bewegung	78 (92,9)
Ernährung	81 (96,4)
Pädagogik/Psychologie	77 (91,7)
Medizin	73 (86,9)
<b>Kostenübernahme</b>	
komplett	39 (46,4)
teilweise	46 (54,8)
Selbstzahler	45 (53,6)
Krankenkasse	74 (88,1)
Rentenversicherung	15 (17,9)

## ERGEBNISSE

Die Programmdauer beträgt zwischen einer und 200 Wochen und liegt im Mittel bei 30 Wochen. Im folgenden Histogramm (Abbildung 4) sind die Programmdauer der Therapieeinrichtungen sowie deren Häufigkeit grafisch dargestellt. Bei insgesamt 38 Einrichtungen (45,2%) dauert die Schulungsmaßnahme 52 Wochen bzw. ein Jahr.

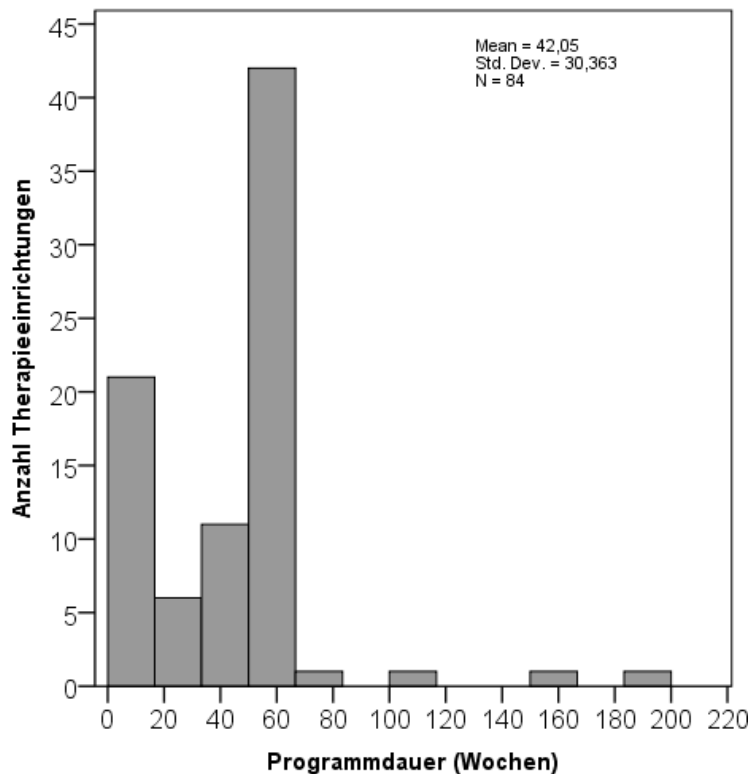


Abbildung 4: Dauer von Schulungsprogrammen. Dargestellt ist die Programmdauer in Wochen sowie deren absolute Häufigkeit.

Um die Entwicklung der Schulungsangebote longitudinal einordnen zu können werden im Folgenden die APV-Daten zu Therapieeinrichtungen (Abbildung 5) und neu aufgenommenen Patienten (Abbildung 6) kurz graphisch dargestellt. Es zeigt sich insbesondere für die vergangenen 5 Jahre ein relevanter Rückgang an aktiven ambulanten Behandlungseinrichtungen und einem parallelen Rückgang der neu vorgestellten Patienten (ambulant + stationär).

### Aktive Behandlungszentren

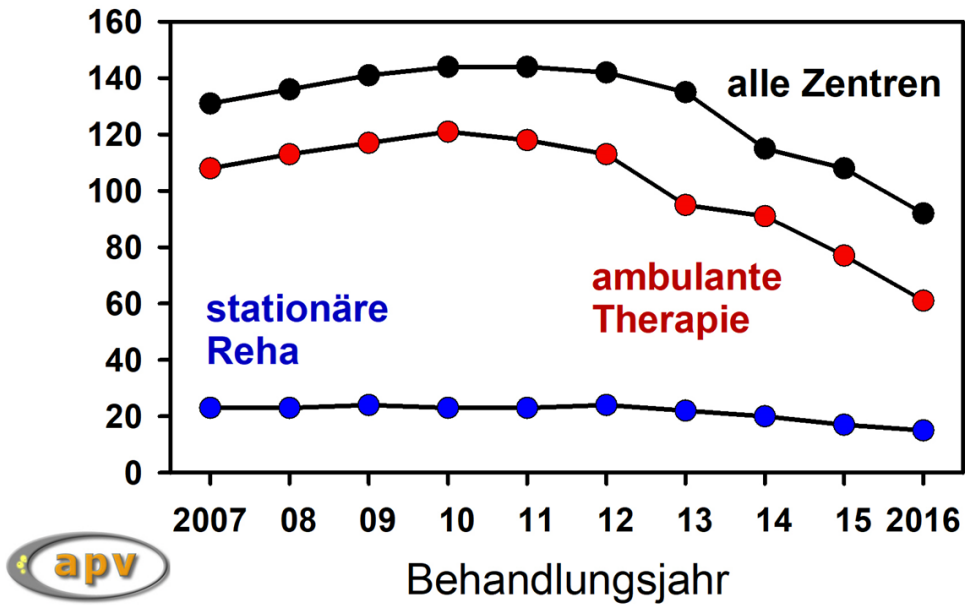


Abbildung 5: Aktive Behandlungszentren in Deutschland. Dargestellt sind Daten aus der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) von 2007 bis 2016.

### neu vorgestellte Patienten wegen Adipositas

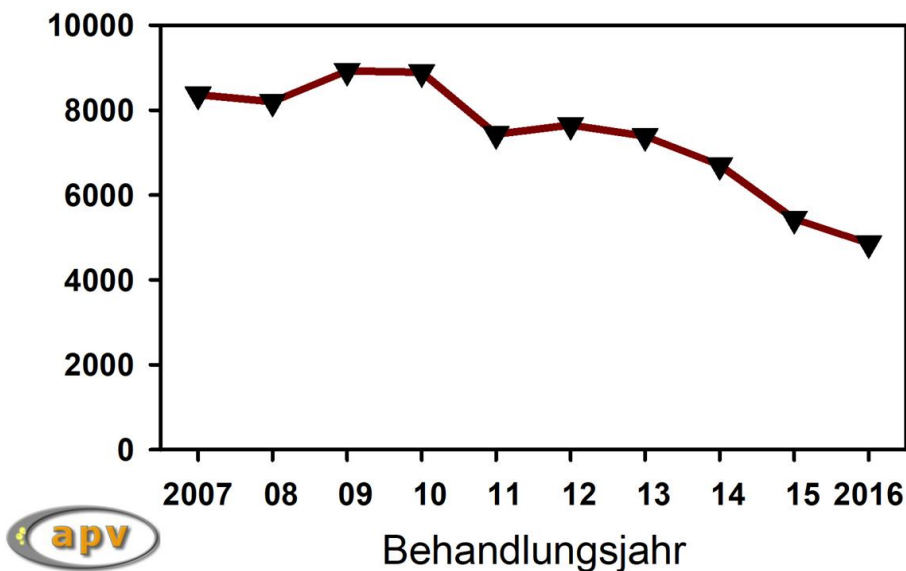


Abbildung 6: Neu vorgestellte Patienten mit Adipositas in Deutschland. Dargestellt sind Daten aus der Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV) von 2007 bis 2016.

## Einführung einer differentiellen Therapieplanung

Kinder und Jugendliche mit Adipositas sowie ihre Familie lassen sich anhand definierter Patientengruppenmerkmale der *Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche* (KgAS) kategorisieren (Wiegand et al. 2005). Wie in *Tabelle 21* dargestellt, unterscheiden sich die Patientengruppe hinsichtlich ihrer Zielplanung, dem Leidensdruck, der Veränderungsmotivation, der familiären Situation, der psychosozialen Problematik und den Komorbiditäten.

*Tabelle 21: Differentielle Therapieplanung abhängig von individuellen Kontextfaktoren.*

	A	B	C	D
<b>Zielplanung</b>	realistisch	unrealistisch	unrealistisch	unrealistisch
<b>Leidensdruck</b>	vorhanden, adäquat	hoch	niedrig	niedrig oder hoch
<b>Veränderungsmotivation</b>	hoch	vorhanden	gering	gering, Resignation
<b>Familiäre Situation</b>	stabil	eher instabil	eher instabil, schwierig	sehr schwierig, instabil
<b>Psychosoziale Problematik</b>	keine	vorhanden	häufig	psychische Auffälligkeit (Kind)
<b>Komorbidität der Adipositas</b>	keine	selten	häufig	vorhanden
<b>Therapie</b>	Kinderarzt + Gruppe (amb./stat. Reha)	Kinderarzt + Gruppe (Vorbereitung amb. /später evtl. stat. Reha ) (+ Erziehungsberatung)	Überwachung (Kinderarzt), Therapie der Komorbidität	amb. Zentrum, Kinder-Jugend-Psychiatrie, Langzeitmaßnahmen

So könnte beispielsweise die Dauer einer Patientenschulungsmaßnahme entsprechend der Patientengruppe - und somit des individuellen Bedarfs des Patienten und seiner Familie - flexibel variiert werden. Patienten der Gruppen A benötigen aufgrund der vorhandenen Motivation beispielsweise keinen Motivationsaufbau., bei Patienten der Gruppe C bedarf es zusätzlich

# ERGEBNISSE

Unterstützung hinsichtlich der familiären Situation (Ressourcenaufbau) und bei Patienten der Gruppe D ist eine vernetzte interdisziplinäre Langzeitbetreuung notwendig (Abbildung 7).

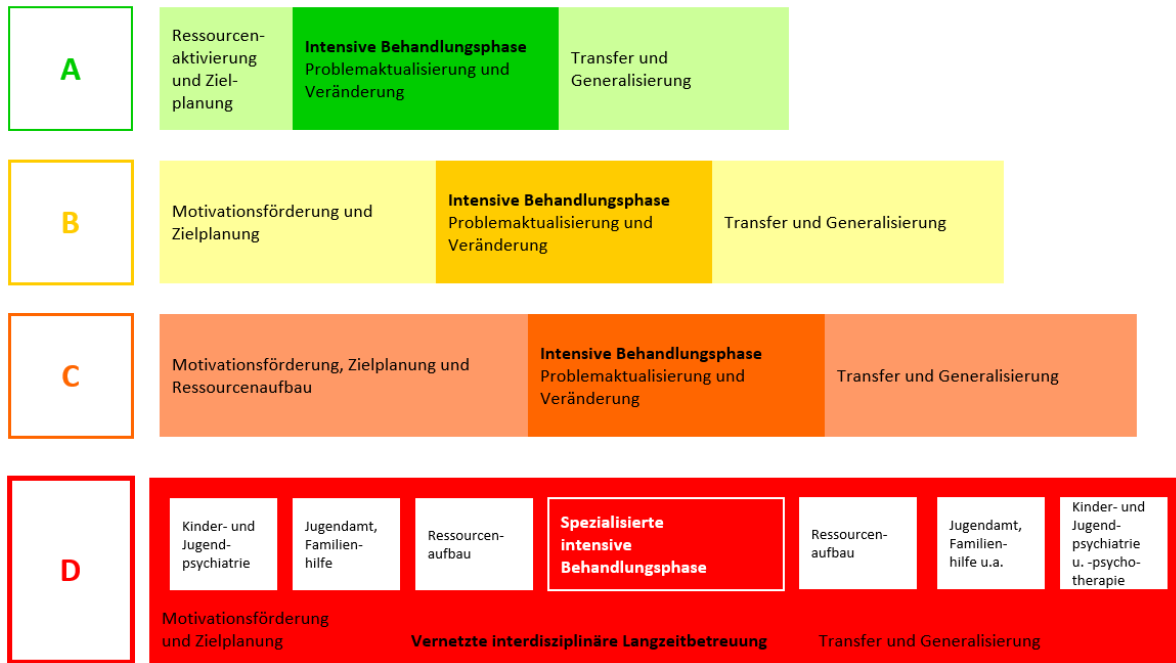


Abbildung 7: ABCD-Pyramide zur differentiellen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas entsprechend individueller Kontextfaktoren.



## Etablierung eines mehrdimensionalen Systems zur Erfassung des Therapieerfolgs

Patientenschulungen sollen die Teilnehmer sowohl durch frontale Wissensvermittlung als auch interaktive Methoden auf den Ebenen der Kognition, der Emotion, der Motivation und des Verhaltens ansprechen (Ströbl, Friedl-Huber, and Küffner 2007) sowie das sogenannte Empowerment der Patienten stärken (Faller, Reusch, and Meng 2011b). Empowerment (Selbstwirksamkeit) beschreibt dabei methodische Ansätze, die einen chronisch kranken Menschen dazu befähigen, seine Krankheit selbstständig und eigenverantwortlich zu bewältigen.

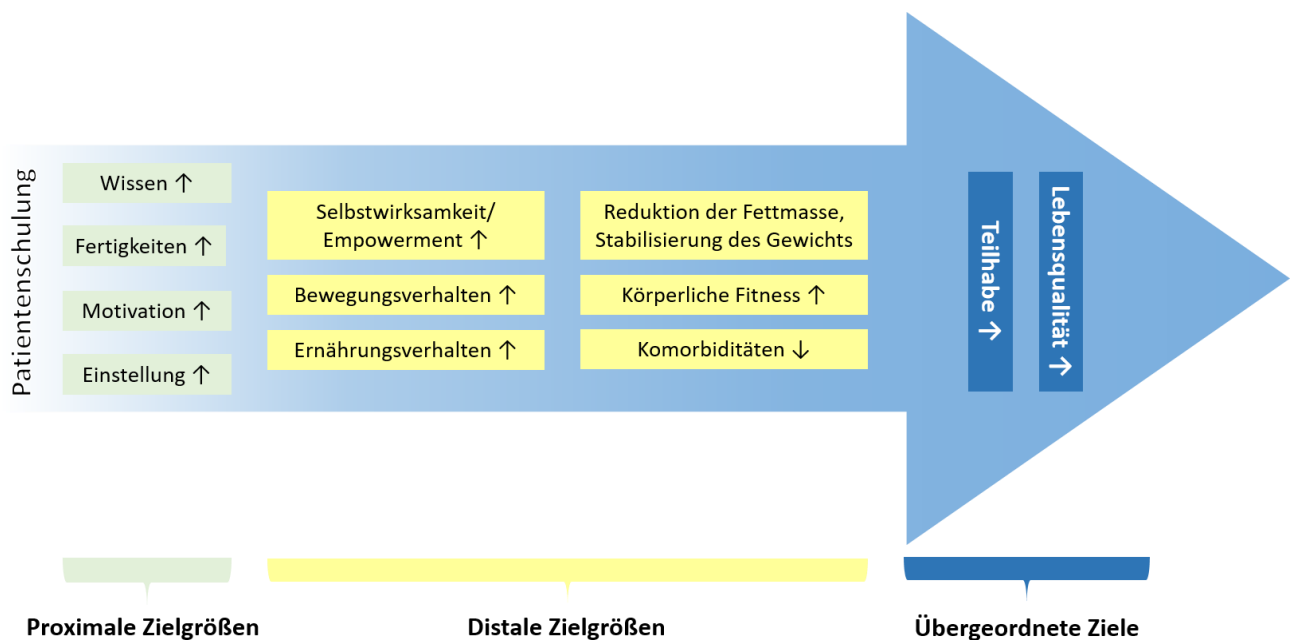


Abbildung 8: Wirkmodell der Patientenschulung, abgeänderte Darstellung (Faller, Reusch, and Meng 2011a)

Die Ziele einer Schulungsmaßnahme sind – je nach individueller Ausgangslage – sehr vielfältig und lassen sich in proximale und distale Zielgrößen differenzieren. Proximale Zielgrößen wie Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung (siehe Abbildung 8) sollten unmittelbar im Rahmen einer Patientenschulung erreicht werden. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Patienten hinsichtlich ihres Lebensstils und ihrer Gesundheit informierte Entscheidungen treffen können und beispielsweise Änderungen in ihrem Bewegungs- und Ernährungsverhalten realisieren. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Selbstwirksamkeit (Empowerment) fließen kontinuierlich in die Weiterentwicklung von Schulungsprogrammen für Kinder/Jugendliche mit chronischen

Erkrankungen ein. Die detaillierte Erfassung der genannten Zielgrößen ist sehr aufwendig und daher nur im Rahmen von klinischen Studien (Versorgungsforschung) möglich.

Positive Änderungen im Gesundheitsverhalten können bei Kindern/Jugendlichen mit Adipositas eine Reduktion der Fettmasse bewirken und damit einhergehend zur Verringerung von Komorbiditäten sowie zur Steigerung der körperlichen Fitness (distale Zielgrößen) führen. Sind die proximalen und distalen Zielgrößen erreicht, können langfristige Ziele wie die Erhöhung der Lebensqualität und der Teilhabe des Patienten angestrebt werden (Faller, Reusch, and Meng 2011a).

Im Rahmen einer Patientenschulung für Kinder und Jugendliche mit Adipositas sind individuelle Zielvereinbarungen abzuschließen und Teilziele zu dokumentieren. Die Überprüfung des Grades der Zielerreichung muss im Einzelfall möglich sein. Mit einfachen Mitteln sind die messbaren Veränderungen der Körpergröße, des Körpergewichtes und des BMI vor, während und nach der Teilnahme an der Patientenschulung schriftlich zu dokumentieren. Gewichtsrelevante Lebensbereiche (z. B. Alltagsaktivität, Sport, Mahlzeitenfrequenz, Alltagsstruktur, Medienkonsum) werden zu Beginn der Schulung erfragt und ihre Veränderungen im Verlauf der Schulungsmaßnahme gemeinsam mit den Patienten und Familien schriftlich erfasst. Hierfür kann der BABELUGA Baustellenbogen verwendet werden (Bau et al. 2015).

Neu aufgenommen werden sollte die Reduktion von Komorbiditäten als eine der Gewichtsreduktion gleichwertige Zielgröße eines Schulungsprogramms. Dabei kann eine Verbesserung der Stoffwechselsituation nach Programmende durch den Vertragsarzt/ die Vertragsärztin erfasst werden. Auf diese Weise kann auch für extrem adipöse Jugendliche eine Patientenschulung sinnvoll in eine Behandlungskette eingeordnet werden, wenn sich dadurch ihr Gesundheitszustand, beispielsweise durch Veränderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten, verbessert- auch wenn sie am Ende des Programms sicher weiterhin adipös sein werden.

## Kooperation mit dem BIPS

Das vom BIPS angebotene Tool zum Screening für Komponenten eines metabolischen Syndroms bei Kindern im Alter von 3-10 Jahren wurde bei mehreren Besprechungen und Fachtagungen vorgestellt und konstruktiv diskutiert.

Das Tool stellt eine vielversprechende Option dar, die mit den Daten höherer Altersgruppen weiterentwickelt und für die Pädiatrische Praxis nutzbar gemacht werden sollte. Dazu steht die AGA auch über das Projektende hinaus gerne zur Verfügung.

## Vorschlag zur Aktualisierung des Konsensuspapiers

Aus den Erkenntnissen der Literaturrecherche sowie aus den Ergebnissen der Online-Befragung wurde ein Vorschlag zur Aktualisierung des Konsensuspapiers von 2004 erarbeitet. Dabei sind Aufbau und Struktur des alten Konsensuspapiers erhalten geblieben. Aufgrund des Umfangs ist der Vorschlag zur Aktualisierung als separate Datei beigefügt (Vorschlag-Aktualisierung-Konsensuspapier2017.docx).

### Ausblick:

Die nachhaltig effektive präventive und therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas hat eine hohe gesamtgesellschaftliche Relevanz. Wenn sie gelingt ist dies sowohl von hohem individuellen Nutzen (bessere Gesundheit, bessere Lebensqualität, bessere Entwicklung und Teilhabe), als auch von herausragender (gesundheits-) ökonomischer Bedeutung (Einsparung hoher direkte und indirekte Kosten der Adipositas über die gesamte Lebensspanne). Eine nachhaltig erfolgreiche Behandlung ist durch eine verändertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten möglich, allerdings sehr abhängig von individuellen Kontextfaktoren und (familiären) Ressourcen. Deshalb hat eine differentielle Therapieplanung, welche diese Faktoren berücksichtigt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Durch die Änderung des SGB VI („Flexirentengesetz“; § 15a Leistungen zur Kinderrehabilitation und §17 Leistungen zur Nachsorge) zum 01.01.2017 werden die Möglichkeiten der Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit Adipositas sinnvoll erweitert. Es können nun sowohl eine ambulante Rehabilitation, als auch eine Reha-Nachsorge durchgeführt werden. Entsprechende Angebote und Programme werden aktuell entwickelt und sollen im Rahmen von Pilotprojekten evaluiert werden. Es besteht damit die Chance, dass *ambulante Schulungsprogramme (§43 Abs. 1 SGB V)* besser in eine Behandlungskette integriert werden und damit ein langfristiger Behandlungserfolg für mehr Kinder und Jugendliche mit Adipositas möglich wird. Die Aktualisierung des Konsensuspapiers sollte deshalb unbedingt das Ziel verfolgen, durch eine Flexibilisierung der Indikationsstellung und Vereinfachung der

# VORSCHLAG ZUR AKTUALISIERUNG DES KONSENSUSPAPIERS

Kostenübernahme, multiprofessionelle Behandlungsteams zu motivieren diese sehr wichtige Behandlungsoption für Kinder/Jugendliche und ihre Familien (wieder) anzubieten.

*Exemplarischer Darstellung möglicher Behandlungsstufen:*

Vertragsärztliche Untersuchung z.B. durch den Kinder- und Jugendarzt/-ärztin



**Ambulantes Schulungsprogramm (§43 SGB V)**



Ambulante

Kinderrehabilitation



Stationäre Kinderrehabilitation  
(Tagesklinische Behandlung,  
Langzeit-Reha)



Nachsorge  
(Sozialmedizinische Nachsorge)

## Referenzen

- Bau, A-M, J Sannemann, A Ernert, and B Babitsch. 2011. 'Einflussfaktoren auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von 10-bis 15-jährigen Mädchen in Berlin', *Das Gesundheitswesen*, 73: 273-79.
- Bau, A. M., A. Ernert, M. Ernst, and S. Wiegand. 2015. 'Obesity among children and adolescents: a method for self-assessment of relevant lifestyle factors', *Ernährungs Umschau*, 62: 104-13.
- Bluher, S., E. Molz, S. Wiegand, K. P. Otto, E. Sergejev, S. Tuschy, D. L'Allemand-Jander, W. Kiess, and R. W. Holl. 2013. 'Body mass index, waist circumference, and waist-to-height ratio as predictors of cardiometabolic risk in childhood obesity depending on pubertal development', *J Clin Endocrinol Metab*, 98: 3384-93.
- Bohler, T., C. Goldapp, R. Mann, T. Reinehr, M. Bullinger, R. Holl, U. Hoffmeister, A. van Egmond-Frohlich, U. Ravens-Sieberer, N. Wille, J. Westenhofer, and J. Bengel. 2013. 'Sensitivity analysis of weight reduction results of an observational cohort study in overweight and obese children and adolescents in Germany: the evakuj study', *Pediatr Rep*, 5: e16.
- Brauchmann, Jana, Susann Weihrauch-Blüher, Stefan Eehalt, and Susanna Wiegand. 2017. 'Aktuelle Literaturübersicht zur Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen', *Klin Padiatr*.
- Bullinger, Monika, Silke Schmidt, Corinna Petersen, Michael Erhart, and Ulrike Ravens-Sieberer. 2007. 'Methodische Herausforderungen und Potentiale der Evaluation gesundheitsbezogener Lebensqualität für Kinder mit chronischen Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem', *Medizinische klinik*, 102: 734-45.
- Cai, Li, Yang Wu, Renee F Wilson, Jodi B Segal, Miyong T Kim, and Youfa Wang. 2014. 'Effect of childhood obesity prevention programs on blood pressure: a systematic review and meta-analysis', *Circulation: CIRCULATIONAHA*. 113.005666.
- Daniels, Dianne Yow. 2008. 'Examining attendance, academic performance, and behavior in obese adolescents', *The journal of school nursing*, 24: 379-87.
- Faller, H., A. Reusch, and K. Meng. 2011a. 'DGRW-Update: Patientenschulung', *Rehabilitation*, 50: 284-91.
- . 2011b. 'Innovative concepts for patient education in medical rehabilitation', *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54: 444.
- Flechtner-Mors, M, M Thamm, AS Rosario, C Goldapp, U Hoffmeister, R Mann, M Bullinger, A van Egmond-Frohlich, U Ravens-Sieberer, and T Reinehr. 2011. '[Hypertension, dyslipoproteinemia and BMI-category characterise the cardiovascular risk in overweight or obese children and adolescents: data of the BZgA-observational study (EvAKu-J-project) and the KiGGS-study]', *Klin Padiatr*, 223: 445-49.
- Hölling, Heike, Robert Schlack, Angela Dippelhofer, and B-M Kurth. 2008. 'Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher', *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51: 606-20.
- Klein, S., S. Krupka, S. Behrendt, A. Pulst, and H.-H. Bleß. 2016. *Weißbuch Adipositas - Versorgungssituation in Deutschland* (MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft).
- Kleiser, Christina, Angelika Schaffrath Rosario, Gert BM Mensink, Reinhild Prinz-Langenohl, and Bärbel-Maria Kurth. 2009. 'Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study', *BMC Public Health*, 9: 1.
- Kurth, B.-M., and A. Schaffrath Rosario. 2007. 'The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)', *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50: 736-43.
- 'Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation'. 2000. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 894: i-xii, 1-253.
- Oude Luttikhuis, Hiltje, Louise Baur, Hanneke Jansen, Vanessa A Shrewsbury, Claire O'Malley, Ronald P Stolk, and Carolyn D Summerbell. 2009. 'Cochrane review: Interventions for treating obesity in children', *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 4: 1571-729.

## REFERENZEN

- Puhl, Rebecca M, Jamie Lee Peterson, and Joerg Luedicke. 2013. 'Weight-based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth', *Pediatrics*, 131: e1-e9.
- Reinehr, T, U Hoffmeister, R Mann, C Goldapp, J Westenhöfer, A Egmond-Froehlich, M Bullinger, U Ravens-Sieberer, and RW Holl. 2009. 'Medical care of overweight children under real-life conditions: the German BZgA observation study', *International Journal of Obesity*, 33: 418-23.
- Reinehr, T., and W. Andler. 2004. 'Changes in the atherogenic risk factor profile according to degree of weight loss', *Arch Dis Child*, 89: 419-22.
- Reinehr, T., W. Kiess, T. Kapellen, and W. Andler. 2004. 'Insulin sensitivity among obese children and adolescents, according to degree of weight loss', *Pediatrics*, 114: 1569-73.
- Reinert, K. R., E. K. Po'e, and S. L. Barkin. 2013. 'The relationship between executive function and obesity in children and adolescents: a systematic literature review', *J Obes*, 2013: 820956.
- Singh, Gopal K, Mohammad Siahpush, and Michael D Kogan. 2010. 'Rising social inequalities in US childhood obesity, 2003-2007', *Annals of epidemiology*, 20: 40-52.
- Sonntag, D, S Ali, and F De Bock. 2016. 'Langfristige gesellschaftliche Kosten von heutigem Übergewicht und Adipositas im Jugendalter und Präventionspotenziale in Deutschland', *Adipositas-Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 10: 12-18.
- Ströbl, V., A. Friedl-Huber, and R. Küffner. 2007. 'Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen', *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 75: 11-14.
- Taras, Howard, and William Potts-Datema. 2005. 'Obesity and student performance at school', *Journal of School Health*, 75: 291-95.
- Wiegand, S, A Dannemann, Z Vahabzadeh, M Ernst, H Krude, and A Grütters. 2005. 'Wer braucht was?', *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, 48: 307-14.