

Gewichtsbezogener Therapierfolg ein Jahr nach Therapieende: Was können wir aus der EvaKuJ Studie lernen?

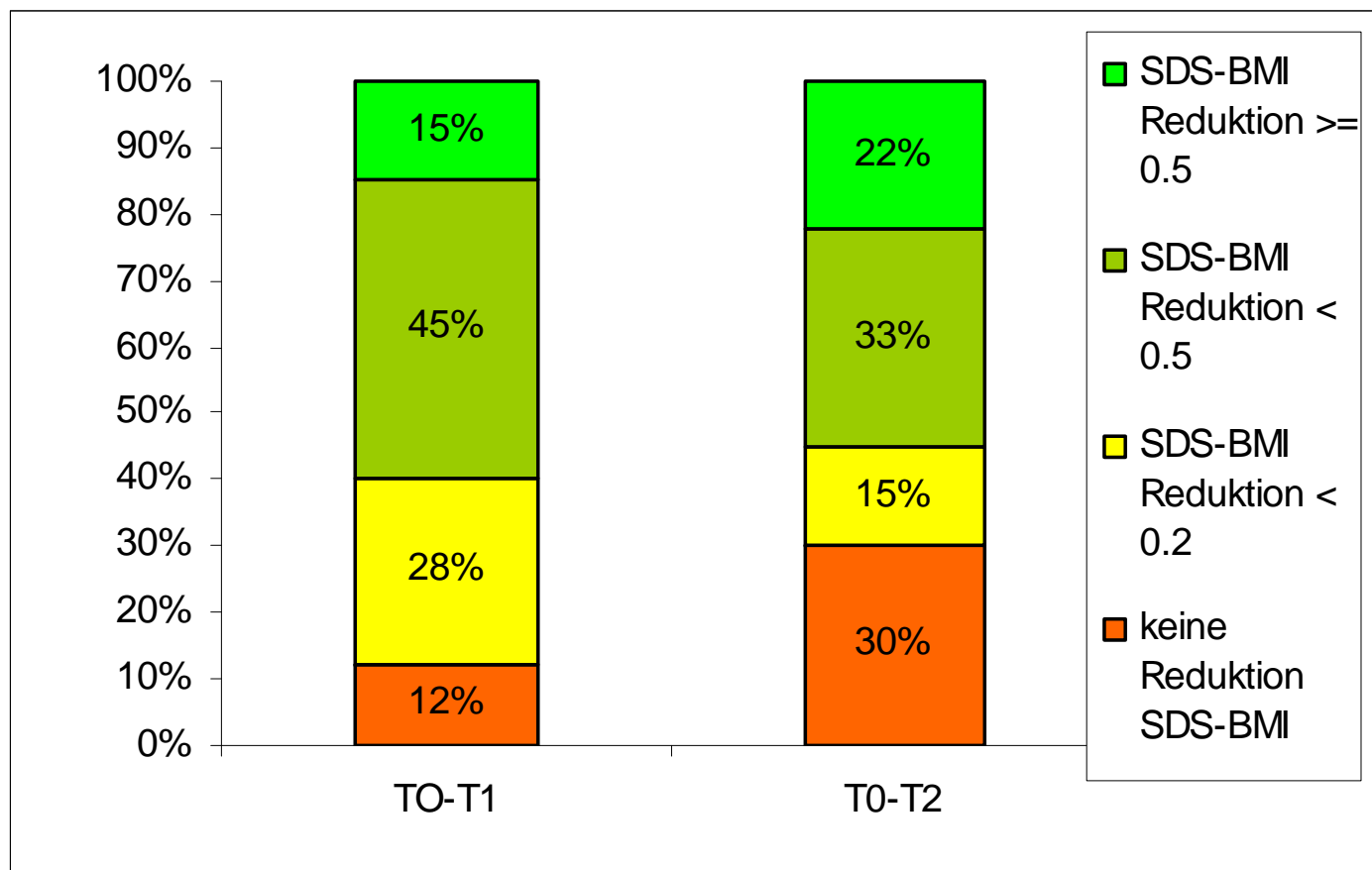
Prof. Dr. Thomas Reinehr
Institut für Pädiatrische Ernährungsmedizin
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
Universität Witten/Herdecke



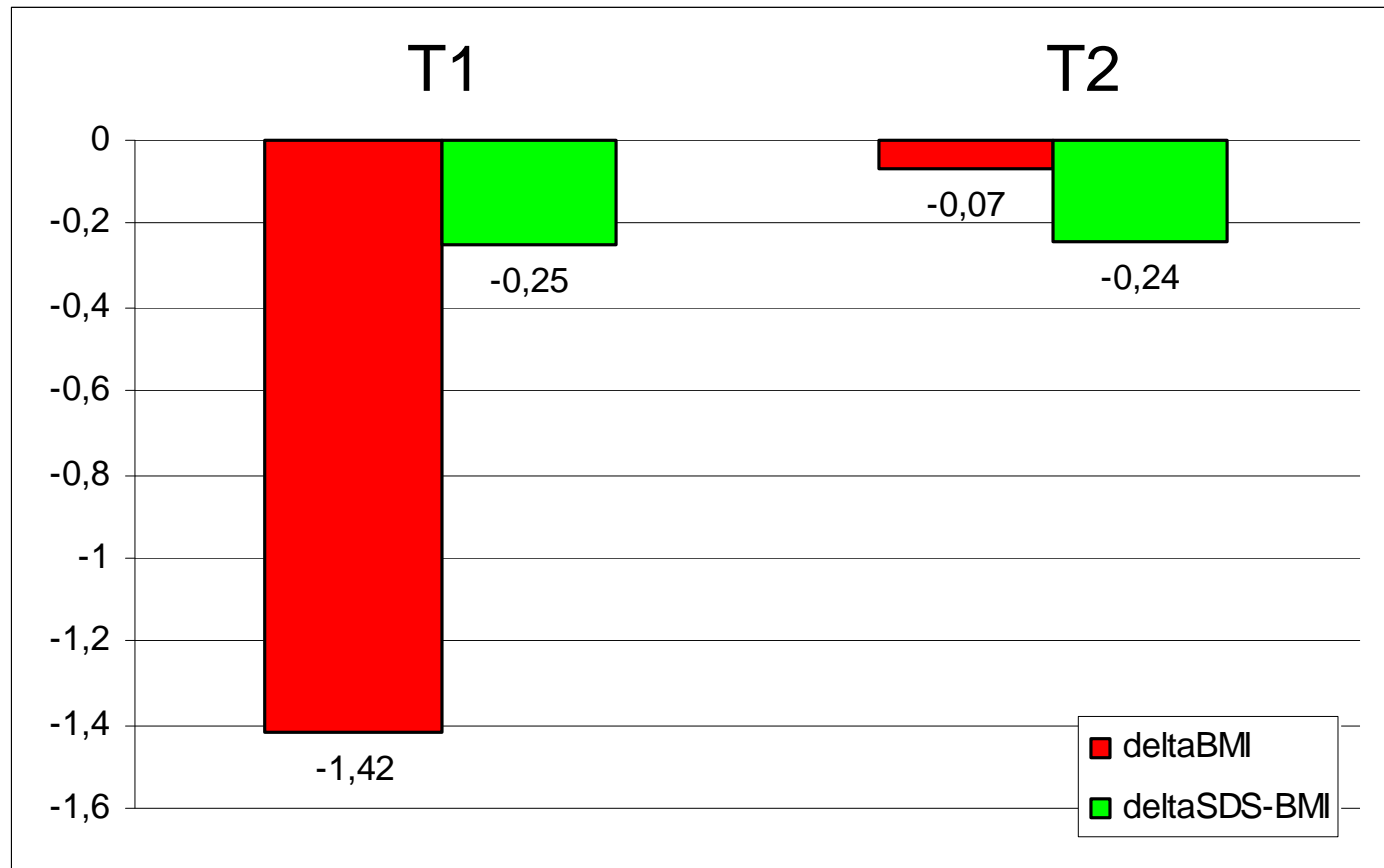
Ergebnisse der EvAKuJ-Studie

- 52 Zentren, davon 48 Zentren, die Patienten eingebracht haben
- T0 (Beginn Intervention): n=1916
- T1 (Ende der Intervention): n=1807 (94%)
- T2 (1 Jahr nach Ende der Intervention): n=633 (33%)

Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 ohne lost of follow-up bzw. drop outs (n=633 von 1916)

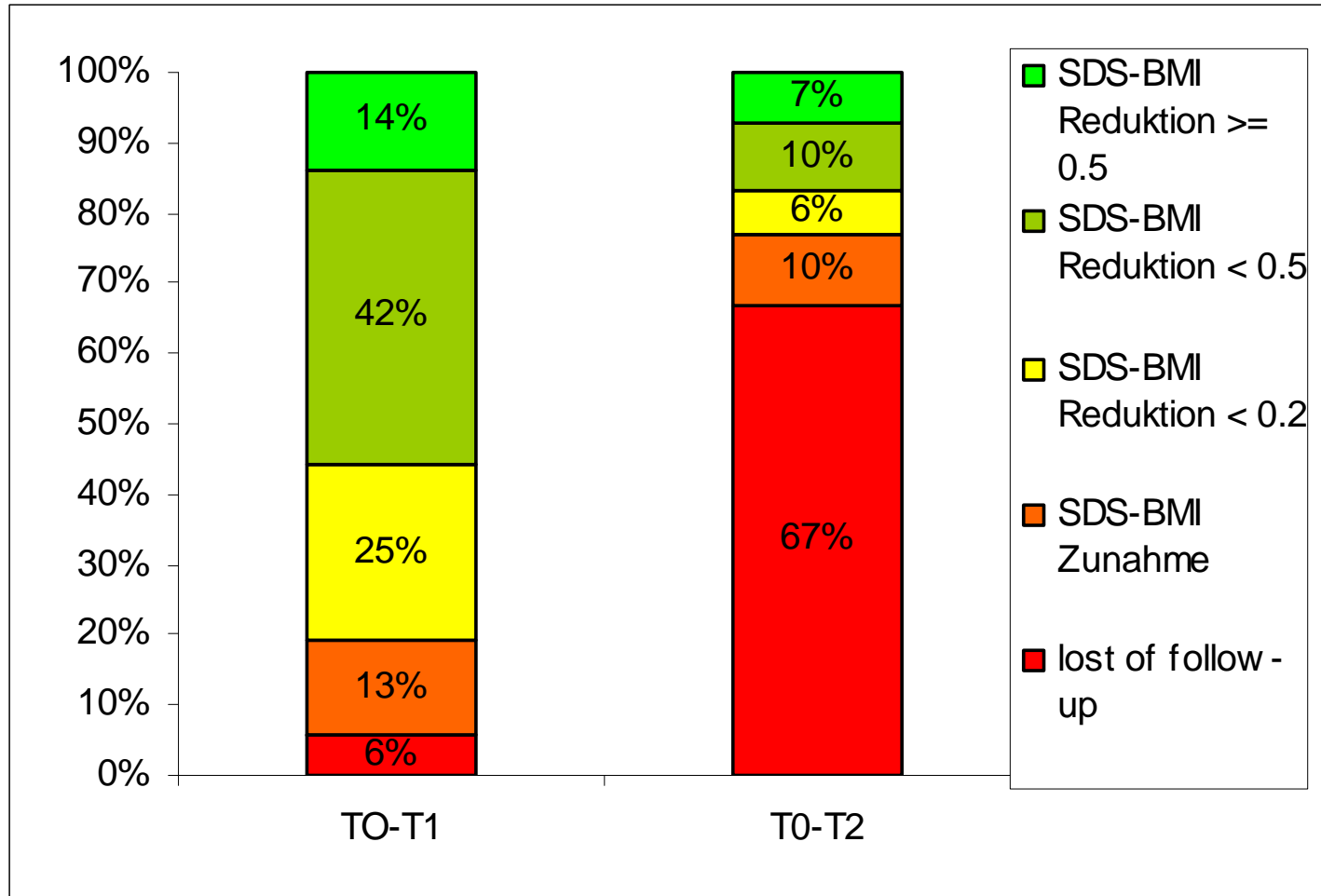


Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 ohne drop outs und lost of follow-up (n=633 von 1916)



Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 (intention-to-treat Analyse) n=1916

Thomas Reinehr

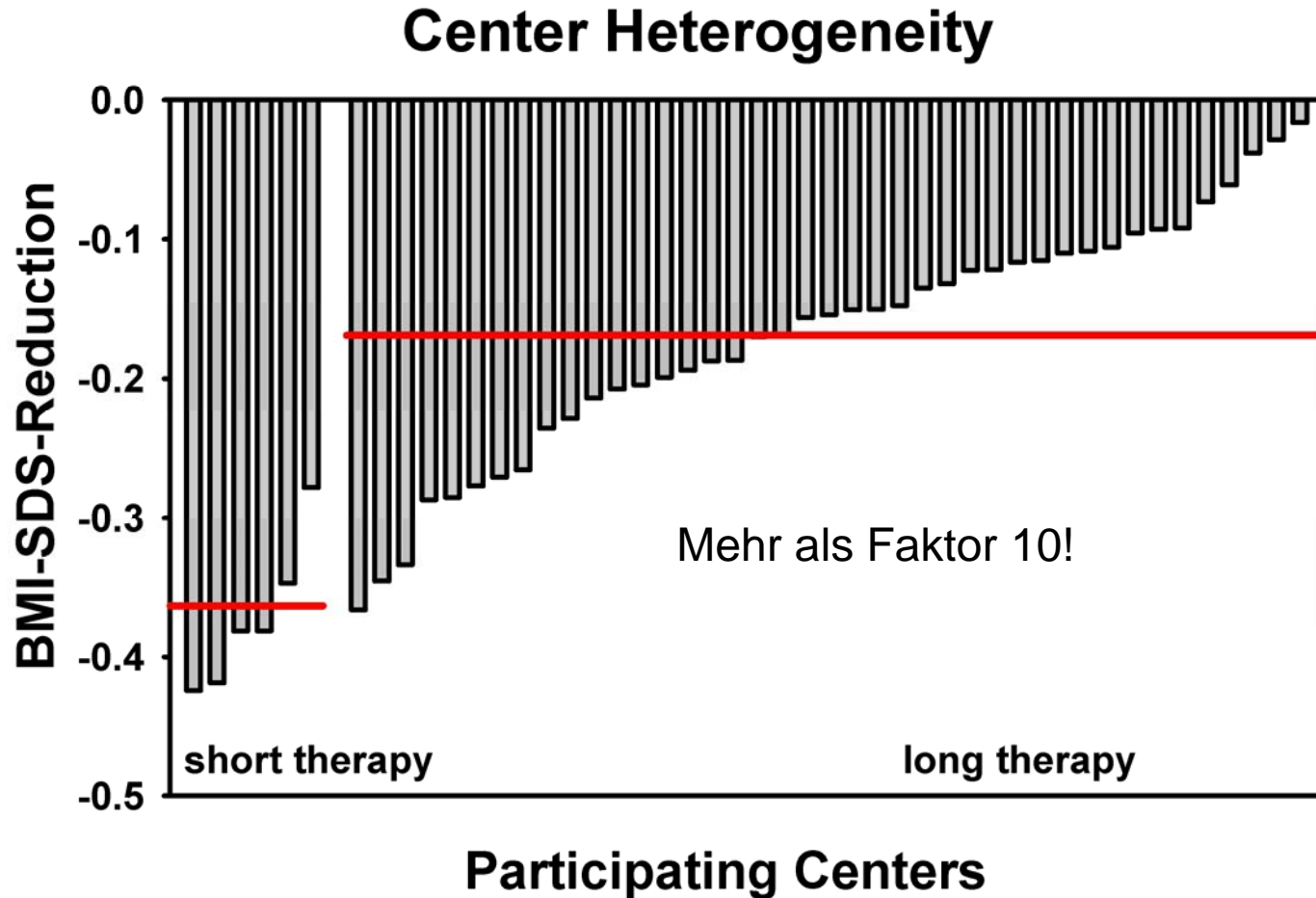


Grundsätzliche Überlegungen zur Aussagekraft der Studie

- Der Erhebungszeitpunkt 1 Jahr nach Ende der Intervention ist sehr unterschiedlich. Eine Gewichtsreduktion 1 Jahr nach Ende der Intervention bedeutet z.B. für eine stationäre Rehabilitation 1,1 Jahre nach Ende der Intervention, für die meisten ambulanten Einrichtungen jedoch 2 Jahre nach Beginn der Intervention.
- Die Behandlungseinrichtungen müssen einen unterschiedlichen Aufwand betreiben, um Langzeit follow-up Daten ihrer Patienten zu erlangen. So ist es für stationäre Therapieeinrichtung, die Patienten aus z. T. weit entfernten Regionen betreuen viel schwieriger follow-up Daten zu generieren als für ambulante Therapiezentren, die Patienten aus der näheren Umgebung betreuen.
- Die Kinder wurden einer Behandlungsart nicht zufällig zugeordnet. Die Motivation von Kind, Jugendlichen und Eltern ist aber entscheidend in der Behandlung der Adipositas. Z. B. werden adipöse Patienten stationären Therapieeinrichtungen zugewiesen, ohne dass diese eine Motivationsüberprüfung durchführen, während einige ambulante Therapieeinrichtungen eine Motivationsüberprüfung verlangen.

Zentrumsheterogenität am Therapieende

Thomas Reinehr



BLUPS: adjustiert je Zentrum für Alter, Geschlecht, Ausmaß Übergewicht, Migrationshintergrund

Ergebnisse der EvAKuJ-Studie nach Therapiedauer

< 3 Monate: 6 Zentren

- TO (Beginn Intervention): n=871
- T1 (Ende der Intervention): n=855 (98%)
- T2 (1 Jahr nach Ende der Intervention): n=107 (12%)

>= 3 Monate: 42 Zentren

- TO (Beginn Intervention): n=1045
- T1 (Ende der Intervention): n=952 (91%)
- T2 (1 Jahr nach Ende der Intervention): n=526 (50%)

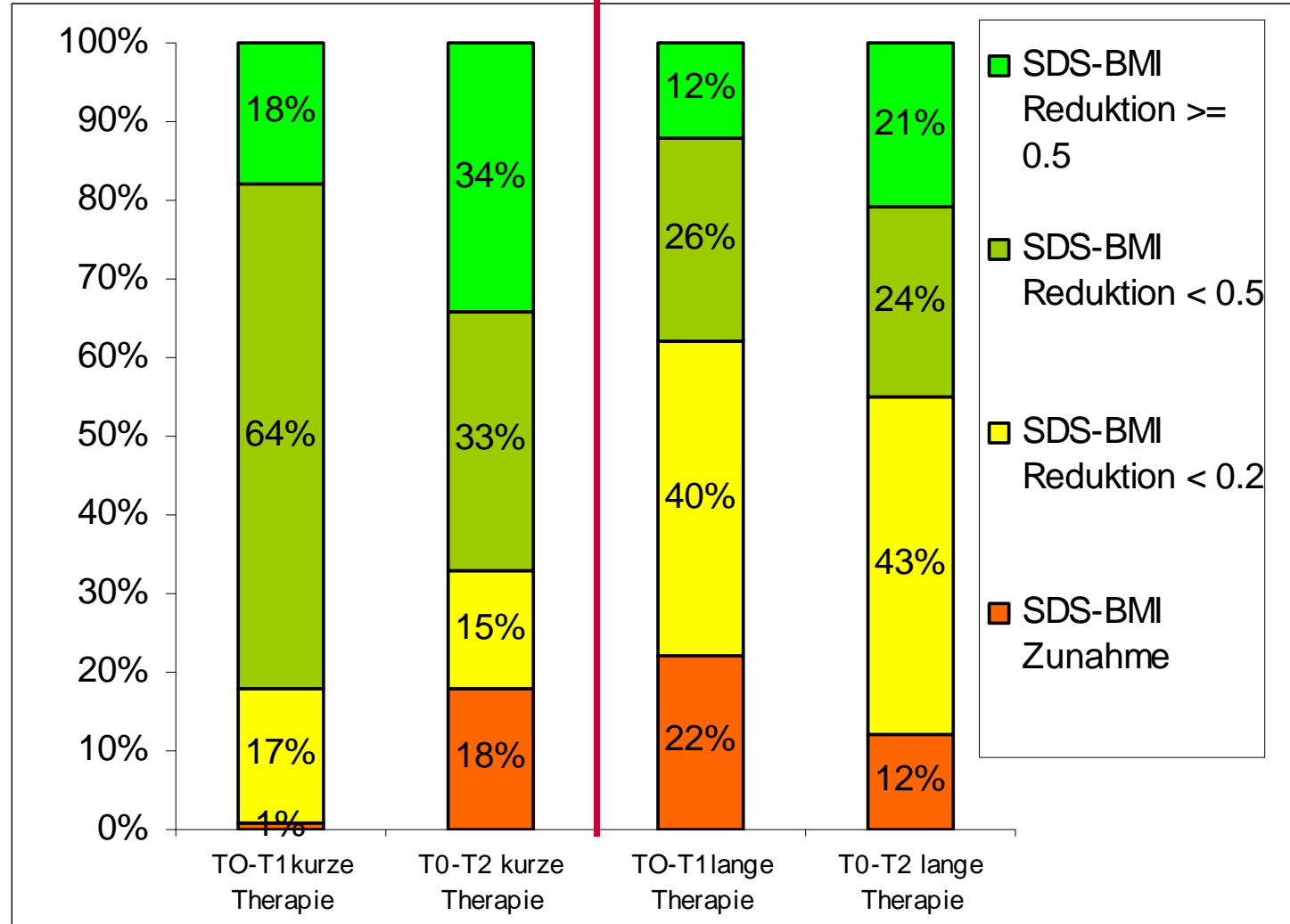
Vergleich baseline kurze und lange Therapie

	< 3 Monate	> 3 Monate	p-value
Anzahl Einrichtungen	6	42	
Alter [Jahre]	13.5 +/-1.9	11.8 +/-2.1	<0.001
Jungen [%]	41	45	n.s.
BMI [kg/m ²]	31.9 +/-5.4	28.4 +/-4.5	<0.001
BMI-SDS	2.57 +/-0.52	2.32 +/-0.47	<0.001

Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 ohne drop-outs oder lost of follow-up

kurze Therapie 107 von 871 / lange Therapie 526 von 1045

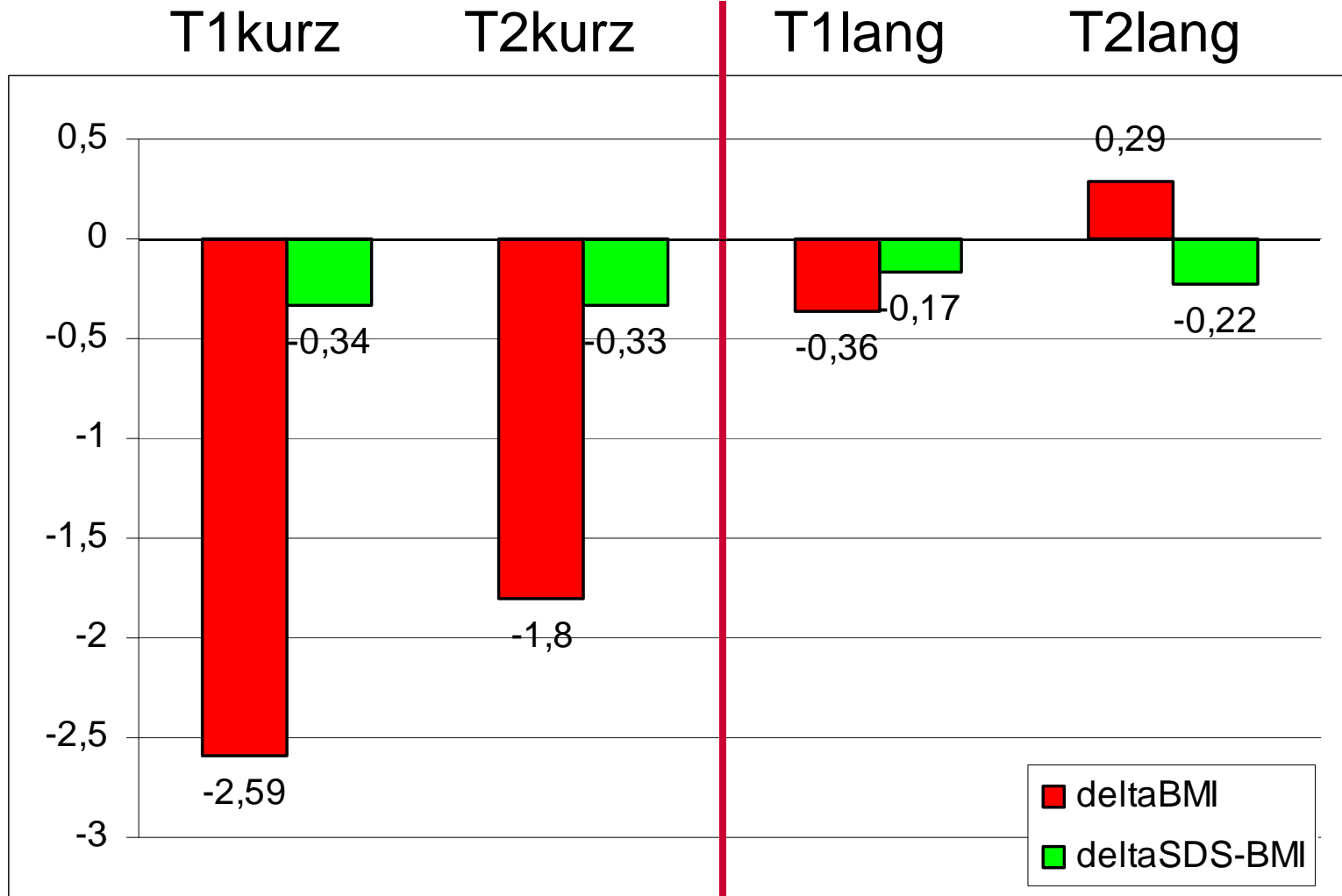
Thomas Reinehr



Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 ohne drop outs

kurze Therapie 107 von 871 / lange Therapie 526 von 1045

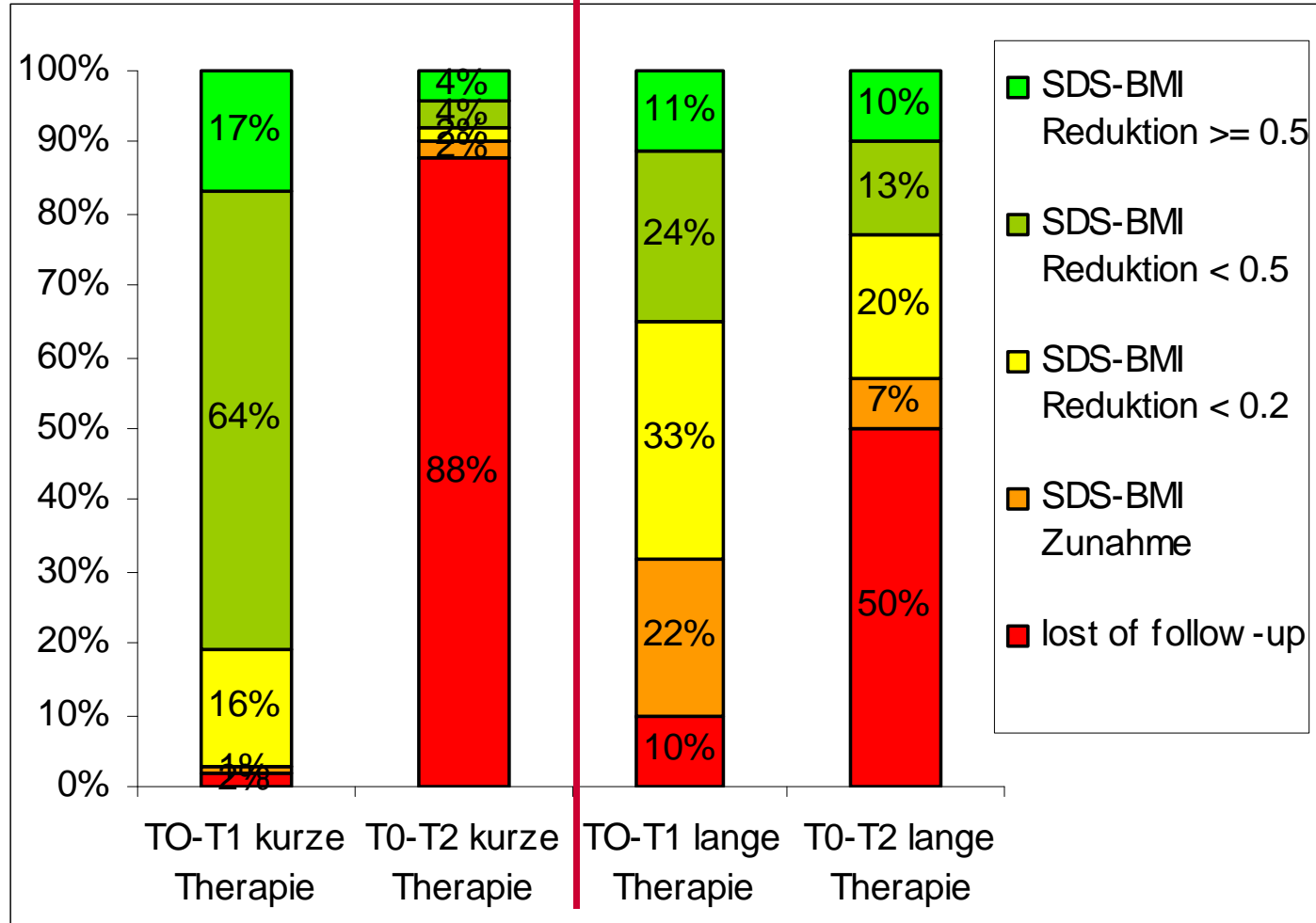
Thomas Reinehr



Veränderung Gewichtsstatus bei T1 und T2 im Vergleich zu T0 (intention-to-treat)

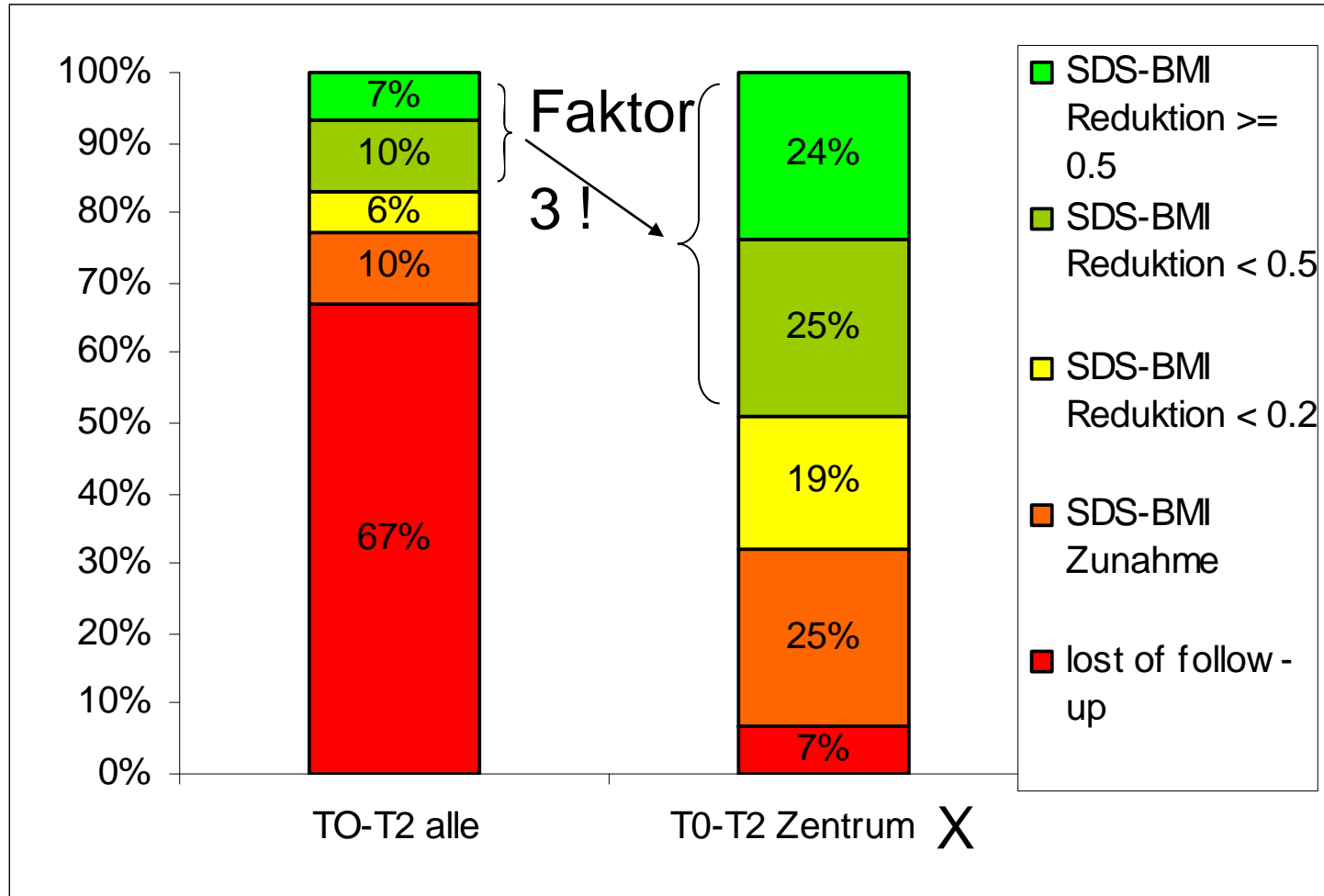
kurze Therapie: n=871 / lange Therapie n= 1045

Thomas Reinehr



Beispiel für ein erfolgreiches Zentrum (ambulante multidisziplinäre Therapie über 1 Jahr) n=1875 versus n=41, intention to treat Analyse

Thomas Reinehr



Zusammenfassung I

- Gewichtsreduktion über mindestens 1 Jahr nach Therapieende möglich:
 - ❑ Mittlere SDS-BMI 0,24 nach Interventionsende auch ein Jahre nach Therapieende bei Kindern mit kompletten Messwerten nachweisbar
 - ❑ 55% > 0,2 SDS-BMI Reduktion bei Kindern mit kompletten Messwerten
 - ❑ 17% > 0,2 SDS-BMI Reduktion (intention-to-treat)

Zusammenfassung II

- Hohe lost of follow-up Rate von 88% 1 Jahr nach Interventionsende bei Behandlungszentren mit < 3 Monaten Therapiedauer (=stationäre Rehabilitation)
 - ❑ keine Beurteilung dieser Therapieform möglich
 - ❑ Im klinischen Alltag ist aber Verbesserung des Outcome im Sinne einer Qualitätssicherung in dieser Therapieform nicht möglich, da die Ergebnisqualität (=Gewichtsreduktion nach Interventionsende) den Therapiezentren größtenteils unbekannt ist.
 - ❑ Erstaunlich ist, dass über das Outcome der Therapieform, die in Deutschland am häufigsten angeboten wird (=stationäre Rehabilitation), am wenigsten bekannt ist.
- Die niedrige follow-up Rate ist nicht nur durch die Therapieeinrichtungen bedingt sondern auch durch die Geldgeber einer Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Ohne finanzielle Unterstützung ist keine langfristige Evaluation möglich.

Zusammenfassung III

- sehr heterogenes Bild der einzelnen Therapieeinrichtungen, unabhängig vom Therapieform. Einzelne Therapieeinrichtungen hatten eine bis zu dreimal höhere Ansprechrate ein Jahr nach Therapieende.
- In Zukunft sollte untersucht werden, wo der Unterschied zwischen den einzelnen Therapieeinrichtungen liegt, um die Qualität der Behandlung nachhaltig zu verbessern.
- Insgesamt ist eine Qualitätssicherung, wie sie die AGA mit Zertifizierung von Therapieeinrichtungen und Adipositas-Trainer begonnen hat, dringend erforderlich, um die Behandlungsqualität im Bereich Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu verbessern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Thomas Reinehr
Vestische Kinder- und Jugendklinik
Universität Witten/Herdecke



Auswertung nach Clustern?

Median Behandlungs- Einheiten in Intervention

1 Einheit = 45 Minuten

Thomas Reinehr

	Welches Cluster ?					
Ernährung	81	59	11	55	20	4
Bewegung	69	26	34	108	24	37
Verhalten	15	9	7	13	29	6
Eltern	1	17	15	28	40	14
Gesamt	166	111	67	204	113	61
Therapie- dauer in Monaten	1.6	8	11	11	13	10

Median Behandlungs- Einheiten in Intervention

1 Einheit = 45 Minuten

Thomas Reinehr

	A	Welches Cluster ?				
	stationär					
Ernährung	81	59	11	55	20	4
Bewegung	69	26	34	108	24	37
Verhalten	15	9	7	13	29	6
Eltern	1	17	15	28	40	14
Gesamt	166	111	67	204	113	61
Therapie- dauer in Monaten	1.6	8	11	11	13	10

Median Behandlungs- Einheiten in Intervention

1 Einheit = 45 Minuten

Thomas Reinehr

	A	D	B	C	F	E
	stationär	Ambulant Focus Ernährung	Ambulant + stationär	Ambulant multidisz.	Ambulant psychol. Schwerp.	Ambulant Focus Bewegung
Ernährung	81	59	11	55	20	4
Bewegung	69	26	34	108	24	37
Verhalten	15	9	7	13	29	6
Eltern	1	17	15	28	40	14
Gesamt	166	111	67	204	113	61
Therapie- dauer in Monaten	1.6	8	11	11	13	10

Alle Cluster multidisziplinär -> Clustereinteilung fraglich

Fallzahlen in Clustern

	A	B	C	D	E	F
	stationär	Ambulant + Stationär	Ambulant Multidis- ziplinär	Ambulant Schwerpunkt Ernährung	Ambulant Schwerpunkt Bewegung	Ambulant Schwerpunkt Psychosoziales
Anzahl	873	283	405	218	67	86

Fallzahl in einzelnen Cluster zum Teil sehr gering ($n < 70$)
cave drop-out Rate 67% ->
< 23 Kinder in einzelnen Clustern

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Thomas Reinehr
Vestische Kinder- und Jugendklinik
Universität Witten/Herdecke

