

In Deutschland sind nach den aktuellen repräsentativen Ergebnissen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts 15 % der Kinder im Alter von 3–17 Jahren übergewichtig, davon 6 % adipös ([1], vgl. den Beitrag ab S. 386 in dieser Ernährungs Umschau). Wegen fehlender früherer repräsentativer Daten sind eindeutige Aussagen zur Gewichtsentwicklung schwierig, dennoch weisen z. B. Daten schulärztlicher Untersuchungen aus verschiedenen Regionen Deutschlands auf eine Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in den letzten 25 Jahren hin [2].


# Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland

Welchen Beitrag leisten Ernährungsfachkräfte?



Dipl. oec. troph. Cornelia Goldapp,  
Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
cornelia.goldapp@bzga.de

## Qualitätssicherungsprozess der BZgA

Um die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristig zu optimieren, wurde im Jahr 2004 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Qualitätssicherungsprozess eingeleitet. Ziel war es, die ungenügende Datenlage bezüglich der Qualität und Effektivität dieser Maßnahmen zu verbessern sowie die Transparenz über bestehende Angebote für alle Beteiligten (Betroffene, Therapeuten, Krankenkassen) zu erhöhen. Zur Umsetzung dieser Aktivitäten wurden Fachleute aus den Bereichen Wissenschaft, Praxis, Krankenkassen und Politik eingeladen, um den Prozess zu begutachten und zu begleiten [3]. Über den zeitlichen Rahmen dieses Prozesses informiert die  Abbildung 1.

## Qualitätskriterien

Im ersten Schritt sollten Indikatoren für erfolgreiche Interventionsprogramme zusammengetragen werden. Hierzu wurden in zwei vom BMG und der BZgA geleiteten Arbeitsgruppen Kriterien

sowohl für die Programme formuliert, die mit adipösen Kindern und Jugendlichen arbeiten (Konsensuspapier), als auch für Maßnahmen, die für übergewichtige Kinder ohne Folgeerkrankungen angeboten werden (Qualitätsraster). Diese Kriterien [4] spiegeln die derzeit verfügbare Evidenz zur Wirksamkeit von Adipositasprogrammen wider und bilden damit für alle in der Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher tätigen Kräfte eine Basis für die Entwicklung, Verbesserung und Bewertung der Maßnahmen.

Für Angehörige und Erziehende der betroffenen Kinder wurde auf der Grundlage der Kriterien ein Leitfaden (in Deutsch, Türkisch und Russisch) entwickelt, der in einer einfachen Sprache die wichtigsten Informationen zur Gewichtsproblematik liefert und hilft, je nach Gewichtsstatus entsprechende Maßnahmen zu ergreifen [5].

## Versorgungsstudie

Die Qualitätskriterien bildeten auch die Basis für den zweiten Schritt des Qualitätssicherungsprozesses, die bundesweite Bestandsaufnahme der Maßnahmen für



Dipl.-Psych. Reinhard Mann  
Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung  
reinhard.mann@bzga.de

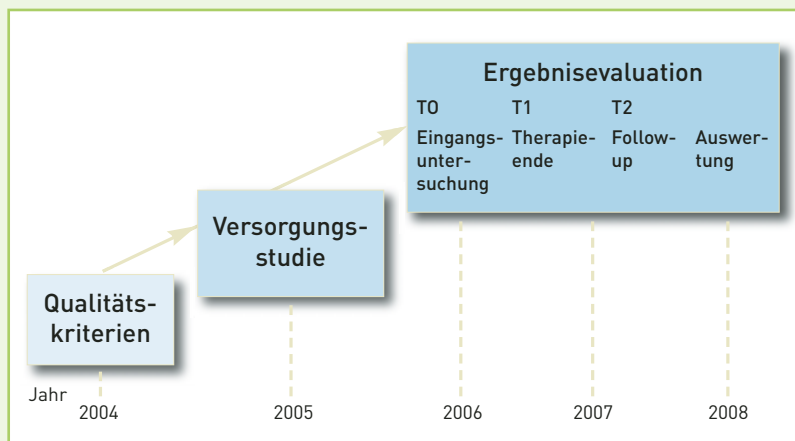


Abb. 1: Zeitlicher Ablauf des Qualitätssicherungsprozesses der BZgA

übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Auf die Ergebnisse dieser so genannten „Versorgungsstudie“ wird in diesem Artikel näher eingegangen. Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde die Einhaltung der Kriterien zur Konzept-, Struktur- Prozessqualität und Ergebnisqualität überprüft.

## Ergebnisevaluation

Die Auswertung der Versorgungsstudie zeigte, dass Aussagen zur Ergebnisqualität nicht gemacht werden können. Grund dafür sind zum einen fehlende, zum anderen nicht vergleichbare Daten zu den Effekten der einzelnen Interventionsprogramme. Um diese Lücke zu schließen, wurde in einem weiteren Schritt für eine Auswahl der in der Versorgungsstudie erfassten Angebote (z. Zt. 50 verschiedene Angebote) von einem interdisziplinären Forscherteam unter der Leitung von Prof. Reinhard HOLL von der Universität Ulm eine Evaluation der im Rahmen der Therapie erzielten Erfolge begonnen.

Diese nicht randomisierte longitudinale Beobachtungsstudie beschreibt somatische und psychosoziale Daten von 1 800 Kindern und Jugendlichen vor und nach der Therapie sowie ein Jahr nach Therapieende. Ziel ist es, die erzielten Veränderungen zu erfassen und diese auf die verschiedenen Therapieprozesse sowie die initiale somatische und psychosoziale Situation der Betroffenen zu beziehen. Erste Ergebnisse der Studie werden Ende 2008 erwartet.

## Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland 2004/2005

Um einen Überblick über die aktuelle Versorgungslage und die Qualität der in Deutschland angebotenen Maßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendlicher zu erhalten, wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Auftrag der BZgA eine Bestandsaufnahme der angebotenen Maßnahmen durchgeführt [6]. Diese zweistufige Erfassung basiert auf dem Qualitätsmanagementsystem der BZgA, das eine kontinuierliche Beschreibung, Bewertung und Optimierung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht [7].

In der ersten Stufe (Stufe A) wurden die in der Adipositas therapie tätigen Einrichtungen erfasst. Die Erstbefragung wurde durch Nachbefragungen, Ausfall- und Fluktuationsprüfungen abgesichert und bildete die Grundlage für die Hochrechnung der Versorgungslage. In der Stufe B wurde bei ausgewählten Angeboten eine expertengestützte vertiefte Qualitätsanalyse durchgeführt, die das Ziel hatte, die Gültigkeit der in der Stufe A erzielten Befunde zu überprüfen (s. Infokasten auf S. 396).

## Wichtigste Ergebnisse

Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen auf Daten der Stufe A, die die Versorgungslage in der Behandlung von Übergewicht und Adipositas im

Kindes- und Jugendalter in Deutschland abbilden. Der Schwerpunkt hierbei auf den Beitrag der Ernährungsfachkräfte an der Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher gelegt.

Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, wurden die Angaben zu den Ernährungsberatungsstellen mit den Daten aller erfasster Angebote sowie mit Ergebnissen der Kliniken verglichen, die zu der wichtigsten Anbietergruppe in diesem Feld gehören.

## Behandlungsrahmen

Im Rahmen der Bestandsaufnahme konnten 492 Angebote erfasst werden. Nach der Hochrechnung kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2005 in Deutschland rund 700 Maßnahmen zur Behandlung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher angeboten wurden. Hiervon arbeiten 67 % der Anbieter ambulant, 18 % stationär, 10 % in Mischformen, der Rest (5 %) waren vereinzelte nicht spezifische Angebote, z. B. in Schulen, Kindergärten und Sportvereinen. Die Ernährungsberatungsstellen arbeiten vorwiegend ambulant (93 %). Kliniken dagegen vorwiegend stationär (44 %) oder teilstationär (22 %).

## Einrichtungsarten

Nach den Kliniken, die 37 % der Angebote stellen, gehören die Ernährungsberatungsstellen mit einem Viertel aller erfassten Angebote zu den zweitwichtigsten Anbietern von

Programmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Danach folgen mit großem Abstand andere Beratungsstellen (7%), psychotherapeutische Praxen (7%) und Gesundheitsämter (5%). Der Anteil kinderärztlicher Praxen, der Sportvereine, Krankenkassen, allgemein-

ärztlicher Praxen sowie sozialpädagogischer Zentren liegt jeweils unter 5%.

Die Ernährungsberatungsstellen behandeln im Jahr durchschnittlich 50 Kinder und Jugendliche, das ist weniger als die Hälfte der Teilnehmer, die die Kliniken erreichen (113) und we-

niger als der Durchschnitt aller erfassten Angebote (87 behandelte Personen im Jahr). Der Anteil weiblicher Teilnehmer bei den Angeboten der Ernährungsberatungsstellen liegt bei knapp 2/3, was auch dem Durchschnitt entspricht. Im Mittel finden pro Maßnahme 17 Treffen mit insgesamt 45 Behandlungsstunden statt. Damit arbeiten Ernährungsberatungsstellen kürzer als der Durchschnitt aller erfassten Maßnahmen mit 25 Kontakten und insgesamt 72 Behandlungsstunden.

Die Therapie-Abbruchquote liegt bei den Ernährungsberatungsstellen mit 8% unter dem Durchschnitt von 10%. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass nur 36% der Ernährungsberatungsstellen die Abbruchquote erfassen. Bei den Kliniken liegt die Quote bei 53%, bei allen erfassten Einrichtungen sind es im Durchschnitt 42%.

### Erfassung und Analyse von Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland 2004/2005 – Vorgehensweise

Die Felderschließung begann im Februar 2004. In den diversen Angebotszweigen (Kliniken, Ernährungsberatungsstellen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Kinder- und Arztpraxen, Gesundheitsämter Kindergärten, Kinder- und Jugendpsychiater, Schulen, Volkshochschulen sowie Familienbildungsstätten) wurden 4 657 Angebote ermittelt. Daraus wurden Stichproben aller Einrichtungsarten in Deutschland definiert und die wichtigsten Zweige zur Vollerhebung vorgesehen. 2 374 Einrichtungen (51%) wurde ein zweiseitiger Fragebogen zugeschickt, der die wichtigsten Qualitätsindikatoren abfragte. Von den 1 018 Anbietern, die den Bogen beantworteten (Rücklaufquote von 43%), konnten in der Ersterfassung 417 (41% der Einrichtungen) Anbieter einer sekundär-, bzw. tertiärpräventiven Maßnahme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche ermittelt werden. In zwei Nacherhebungen wurden weitere 75 Maßnahmen erfasst, womit insgesamt 492 Angebote ermittelt werden konnten (◆ Tabelle 1).

Stufe	Schritt	Zeit	Teilstichprobe	Auswertungsergebnis
Stufe A	Recherche in Fachverzeichnissen und Datensätzen	Januar 2004	4 657 Anbieter	Zahl erfasster relevanter Angebote
	Exploration der 15 wichtigsten Versorgungszweige	Februar–März 2004	2 374 Anbieter	Stichprobenbestimmung in den relevanten Versorgungszweigen
	Ersterhebung zu Stufe A, mit Nachbefragungen und Ausfallkontrollen	März–Juli 2004	417 Angebote	Hochrechnung der gesamten Versorgung: 708 Angebote und Typenbildung
	Nacherhebung zur Vervollständigung von Stufe A	Oktober 2004–Januar 2005	Weitere 56 Angebote aus Umfrage über Fachzeitschriften, 19 Angebote aus Abgleich mit dem Datensatz für die Ergebnisevaluation	Beschreibung der Versorgungslage und -qualität, Daten aus 492 Angeboten
Stufe B	Fortbestandserhebung zu Stufe A	Februar/März 2005	88 Einrichtungen der Erstbefragung (gezogene Stichprobe: 93)	Fluktuationsschätzung (Prüfung des Fortbestehens der Angebote)
	Vertiefte Qualitätsanalysen	Januar–April 2005	38 Angebote aus 34 Einrichtungen (aus allen 492 Angeboten)	Expertengestützte, strukturierte Qualitätsprofile für ein repräsentatives Spektrum von Angebotstypen aus Stufe A

Tab. 1: Schritte der Bestandserhebung

### Beteiligte Berufsgruppen

Welche Berufsgruppen Einrichtungen mit Therapieangeboten für übergewichtige oder adipöse Kinder beschäftigen, zeigt ◆ Abbildung 2.

In Ernährungsberatungsstellen gehören erwartungsgemäß die Ernährungsfachkräfte zu der am häufigsten vertretenen Berufsgruppe, wobei die Oecotrophologen mit 64% deutlich häufiger beteiligt sind als Diätassistenten (26%). Ärzte arbeiten bei knapp der Hälfte, Bewegungstherapeuten bei einem Drittel der Ernährungsberatungsstellen mit. In 23% der Einrichtungen gehören PsychotherapeutInnen, in 12% SozialpädagogInnen sowie in 4% auch Lehrkräfte zum Behandlungsteam. Ein interdisziplinäres Team, wie nach dem heutigen Wissensstand erforderlich, ist in nur 12% der Ernährungsberatungsstellen vertreten, das ist deutlich seltener als in den anderen erfassten Institutionen, wo in 31% der Einrichtungen Mediziner, Psychotherapeuten, Ernährungsfachkräfte und Bewegungstherapeuten beteiligt sind.

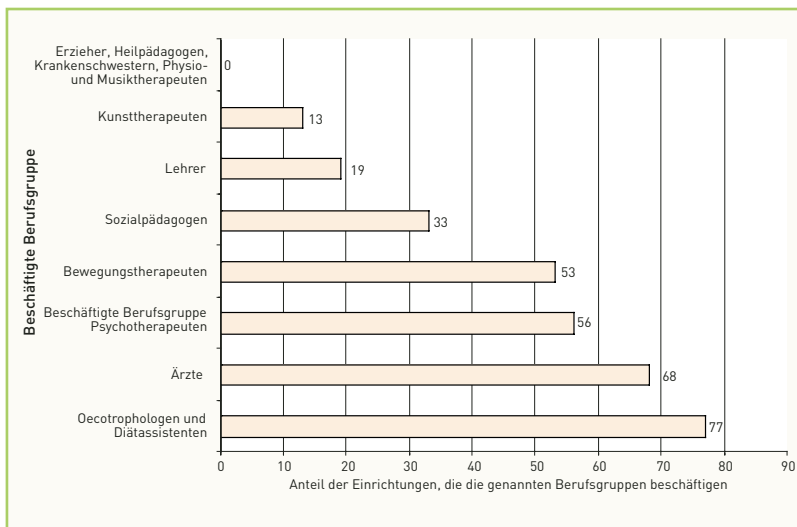


Abb. 2: Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen in Therapieeinrichtungen für übergewichtige bzw. adipöse Kinder.

## Finanzierung

Die erfassten Maßnahmen wurden am häufigsten über die Krankenversicherungen finanziert (43 %), bei 23 % der Angebote wurden die Kosten gemeinsam von den Krankenkassen und den Familien getragen, bei 5 % von den Rentenversicherungen. 6 % der Maßnahmen bezahlten die Familien selber, 21 % der Angebote wurden aus verschiedenen Quellen finanziert (z. B. Kommunen, Gesundheitsämter, Spenden). Bei den verbleibenden 2 % waren es andere, nicht näher bezeichnete Finanzierungsarten.

Die von Ernährungsberatungsstellen durchgeführten Maßnahmen werden zum größten Teil (61 %) von Krankenkassen und einem Eigenanteil der Versicherten finanziert. In 29 % der Fälle tragen ausschließlich die Krankenkassen die Kosten, in 7 % die Familien allein. Eine andere Form der Finanzierung (z. B. Spenden) ist selten (3 %).

## Kosten der Therapie

Die Kosten für ein Therapieangebot für übergewichtige oder adipöse Kinder und Jugendliche liegen im Schnitt bei 936 €, pro Stunde sind es 55 €, pro Jahr 1 105 €. Die Ergebnisse

zeigen, dass die Kosten für die Maßnahmen sehr breit streuen (◆Abbildung 3): Die teuerste Maßnahme kostete in der vorliegenden Erfassung 5250 €. Die geringsten Kosten fallen im Schnitt bei anderen Beratungsstellen an (186 €). Dabei kosten stationäre und kombiniert stationär-ambulante Angebote im Schnitt mehr als das Dreifache (ca. 1700 €) als die ambulanten Maßnahmen (570 €).

Eine Maßnahme der Ernährungsberatungsstellen kostet den Träger mit im Mittel 468 € die Hälfte einer durchschnittlichen Maßnahme und ist damit kostengünstiger als die durchschnittliche ambulante Einrichtung. Eine Therapiestunde der

Ernährungsberatungsstellen liegt mit 46 € unter dem Durchschnitt von 55 €.

## Inhaltliche Schwerpunkte

Ernährungsphysiologische Maßnahmen gehören bei allen erfassten Angeboten mit 59 % zu den am häufigsten durchgeführten Interventionsmodulen, gefolgt von Sport- und Bewegungsangeboten mit 50 %, Gesundheitsinformationen (47 %) und psychosozialen Maßnahmen mit 42%. Psychotherapie (27 %) und medizinische Interventionen (12 %) spielen eine deutlich geringere Rolle. Ernährungsphysiologische Maßnahmen bleiben auch bei der differenzierten Betrachtung nach Versorgungsrahmen der inhaltlicher Schwerpunkt der Programme, wobei bei stationären und stationär-ambulanten Einrichtungen die medizinischen Module sowie Psychotherapie prozentual an Bedeutung gewinnen.

Ernährungsberatungsstellen haben ihren inhaltlichen Schwerpunkt, wie zu erwarten, in den ernährungsphysiologischen Maßnahmen. 68 % der Ernährungsberatungsstellen setzen diese um, gefolgt von Gesundheitsinformation und Aufklärung (50 %) und psychosozialen Maßnahmen sowie Bewegungsangeboten mit jeweils 44 %. Psychotherapie und medizinische Intervention werden bei 10 bzw. 7 % durchgeführt. Multimodal arbeiten nur 8 % der Ernährungsbe-

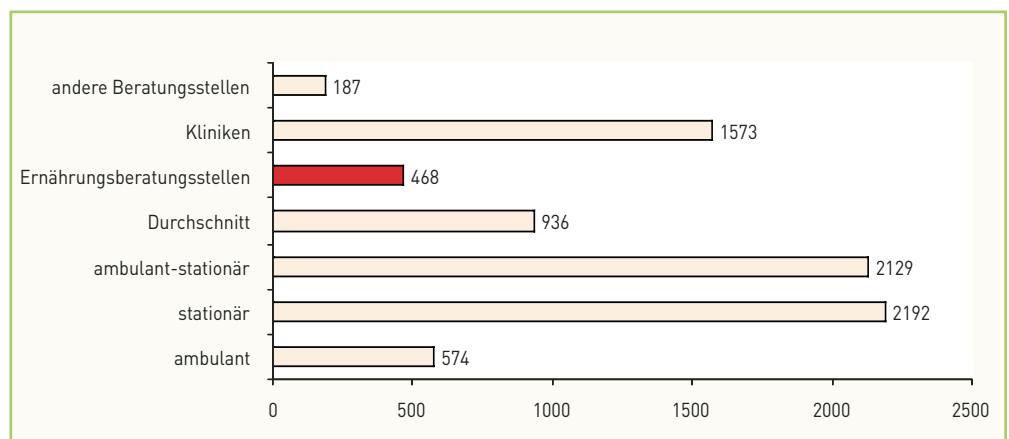


Abb. 3. Mittlere Kosten der Therapieangebote pro Maßnahme in Euro

ratungsstellen und liegen damit unter dem Durchschnitt aller erfassten Angebote von 10 %.

40 % der der Ernährungsberatungsstellen arbeiten nach einem bestimmten Programm für übergewichtige oder/und adipöse Kinder und Jugendliche. Die restlichen Einrichtungen lehnen ihre Arbeit an ein oder mehrere Programme an.

Die geforderte multimodal ausgerichtete Adipositasstherapie mit ernährungsphysiologischen Maßnahmen, Bewegungstherapie, psychosozialen sowie medizinischen Modulen wird nur in 19 % aller erfassten Interventionen angeboten, wobei dies bei den stationären sowie stationär-ambulanten Einrichtungen deutlich häufiger umgesetzt wird (41 % und 37 %) als bei rein ambulanten Zentren (10 %).

## Qualität der Angebote

### Qualitätsdimensionen

Die Versorgungsqualität wurde anhand der vierzehn leitlinienbasierten Qualitätskriterien ermittelt (◆Tabelle 2). Diese im Fragebogen der Bestandsaufnahme abgefragten Kriterien stützen sich auf die verfügbare Evidenz bzgl. der Gestaltung wirkungsvoller und erfolgreicher Programme: Kriterien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen [8], die aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, die Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen [4]. Darüber hinaus wurde das Vorgehen der Studie vom Arbeitskreis der BZgA begleitet und diskutiert.

### Qualität der Einrichtungen

Alle erfassten Angebote erfüllen im Mittel nur etwa 51 % der erhobenen Qualitätskriterien bei einer Standardabweichung von knapp 22 %. Die höchste Qualität weisen Typen mit stationären Angeboten auf (62 %); teilstationäre Maßnahmen erfüllen im Mittel 56 %, die ambulanten

49 % der Kriterien. Beim Vergleich der Einrichtungsarten (◆Tabelle 3) gehören Sozialpädiatrische Zentren und Kliniken zu den Spitzenreitern, gefolgt von ärztlichen Praxen. Ernährungsberatungsstellen gehören vor psychotherapeutischen Praxen und den Gesundheitsämtern eher zum unteren Feld. Die Unterschiede sind hochsignifikant, jedoch von mittlerer Effektstärke, da innerhalb der Einrichtungsarten erhebliche Qualitätsspannen auftreten, was anhand der Standardabweichungen deutlich wird. Dies zeigt auch die Typenanalyse, auf die im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

### Qualitätstypen

Die große Standardabweichung bei der Ermittlung der Qualität der Maßnahmen zeigt, dass es innerhalb der gleichen Einrichtungsarten große Qualitätsunterschiede gibt. Um eine bessere Einschätzung der Versor-

gungslage zu ermöglichen, wurde im Rahmen der Studie eine multivariate typenbildende Clusteranalyse vorgenommen. Dabei wurden Angebote mit dem gleichem Qualitätsprofil ermittelt und einem bestimmten Typ zugeordnet. Zur Typenbildung wurden die zentralen Qualitätsmerkmale der Versorgungsangebote (◆Tabelle 2) als jeweils einzelne Faktoren herangezogen.

Die Auswertung (◆Tabelle 4) bestätigt, dass bei allen Einrichtungsarten große Spannen von Qualitätsunterschieden auftreten. In allen Qualitätstypen (Clustern) sind verschiedene Einrichtungsarten vertreten, was darauf hindeutet, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht immer bei einem bestimmten Behandlungsrahmen (ambulant oder stationär) bzw. bei einer Einrichtungsart anzutreffen ist.

Die höchste Qualität weisen die Typen 8, 7 und 3 auf, in denen sich in erster Linie Kliniken, aber auch Er-

Qualitätsdimension	Qualitätskriterium
Konzeptqualität	Manualisierung (schriftliches Konzept)
	Vorliegen von Ausschlusskriterien für die Programmteilnahme
	Vier Hauptzielsetzungen nach Leitlinien (Verbesserung des Bewegungs- und Essverhaltens, Gewichtsreduktion/-stabilisierung und Gesundheitsinformation)
Zielgruppenauswahl	Eingegrenzte Altersgruppe
	Eltern als Zielgruppe einbezogen
Diagnosequalität	Ärztliche Ausschlussuntersuchung somatischer Erkrankung
	Ausschlussdiagnostik psychischer Erkrankungen
	Ermittlung der Änderungsmotivation zu Beginn (Gespräch oder Test)
	Diagnostik zu Anfang und Ende (BMI, Essverhalten, Bewegung, Belastungen, Labordiagnostik)
Prozessqualität	Multimodales Vorgehen: Bewegung, Ernährung, Verhaltensmodifikation, Gesundheitsinformation
	Angebot für Eltern für mind. einen Interventionsbereich vorhanden
	Erfassung von Abbruchquoten
Strukturqualität	Interdisziplinäres Team: Medizin, Bewegung, Psychologie, Ernährung
	Behandelnde Formen der Nachbetreuung sind verfügbar

Tab. 2: Kriterien für die Beurteilung der Qualität

Einrichtungstyp	Mittelwert (in %)	Standardabweichung (in %)
Sozialpädiatrisches Zentrum	63,2	22,4
Klinik	62,1	19,0
Kinderärztliche Praxis	53,4	21,3
Allgemeinärztliche Praxis	50,6	10,8
Andere Einrichtung	52,5	22,4
Ernährungsberatungsstelle	46,5	19,8
Psychotherapeutische Praxis	41,8	17,2
Gesundheitsamt	40,6	22,3
Sonstige Beratungsstelle	36,7	20,6

Tab. 3: Gesamtqualität verschiedener Einrichtungsarten als Anteil erfüllter Qualitätskriterien

nährungsberatungsstellen finden. Im mittleren Feld sind die Typen 1, 2, 4 und 6, im unteren Feld Typ 5 gruppiert. Die Ernährungsberatungsstellen sind in allen Typen vertreten, was bedeutet, dass es hier Anbieter gibt,

die in allen Qualitätsdimensionen mangelhaft bis unzureichend abschneiden. Daneben gibt es Maßnahmen, die durchgehend gute bis sehr gute sowie mittelmäßige Werte erreichen.

## Stärken und Schwächen der Ernährungsberatungsstellen

Die Ernährungsberatungsstellen erreichen überdurchschnittliche Ergebnisse in den Qualitätskriterien **Multimodale Zielformulierung, Vorliegen eines schriftlichen Konzeptes (Manualisierung) sowie Ausschluss somatischer Erkrankung und Ermittlung der Änderungsmotivation bei Beginn der Maßnahme** (◆Abbildung 4).

Damit liegen die Stärken der Ernährungsberatungsstellen in der Konzeptqualität und teilweise in der Eingangsdiagnostik. Dagegen werden die Merkmale **Erfassung der Abbruchquoten, Ausschluss psychischer Erkrankungen sowie multimodales Vorgehen in einem interdisziplinären Team** nur von einem kleinen Anteil der Ernährungsberatungsstellen erreicht.

Rahmen	Ambulant		Stat.	Ambulant				st/ am. + stat.
Vorherrschende Einrichtungen	EB (47 %) aB (15 %) KrK (11%)	K (32 %) PTh (21 %) EB (15%)	K (60 %) EB (19 %) KArz (5%)	K (31 %) EB (28 %) aB (10%)	EB (32 %) aB (23 %) K. (10%)	EB (36 %) K (27 %) PTh (21%)	K (45 %) EB (28 %) SpZ (6 %)	K (76 %) EB (5 %) aB (5%)
<b>Merkmal</b>	<b>Typ 1</b>	<b>Typ 2</b>	<b>Typ 3</b>	<b>Typ 4</b>	<b>Typ 5</b>	<b>Typ 6</b>	<b>Typ 7</b>	<b>Typ 8</b>
Anzahl Anbieter	49	75	79	75	31	33	54	21
Teilnehmer p. a. (pro Anbieter)	96	26	121	63	76	38	47	80
Teilnehmer p. a. (gesamter Typ)	4 681	1 956	9 541	4 712	2 345	1 254	2 541	1 679
Kosten für den Kostenträger pro Maßnahme	310 €	507 €	2370 €	712 €	90 €	427 €	770 €	834 €
Dosis (Stunden)	58 h	60 h	85 h	46 h	11 h	78 h	68 h	79 h
Konzeptqualität	+/-	-	+	+	--	+/-	+	++
Zielgr.auswahl	+/-	-	+/-	++	-	+/-	++	+/-
Diagnosequal.	--	+	+	+/-	--	+/-	++	++
Prozessqualität	+/-	-	++	+/-	-	+/-	+	++
Strukturqualität	+/-	+/-	+	+	-	--	+	++
<b>Gesamtqualität in %</b>	<b>46 %</b>	<b>45 %</b>	<b>71 %</b>	<b>64 %</b>	<b>21 %</b>	<b>47 %</b>	<b>79 %</b>	<b>87 %</b>

aB = andere Beratung, EB = Ernährungsberatung, K = Klinik, KArz = Kinderarzt, KrK = Krankenkasse, PTh = Psychotherapie, SpZ = Sozialpädiatrisches Zentrum

Qualität: ++: Sehr gut, +: gut, +/-: befriedigend, - mangelhaft, -- unzureichend

Tab. 4: Merkmale der 8 Qualitätstypen im Überblick (n = 327)

## Zusammenfassung

Die bundesweite qualitätsorientierte Bestandsaufnahme der Einrichtungen zur Therapie von Übergewicht und Adipositas erfasste 492 Angebote, nach der Hochrechnung sind es rund 700 Interventionen, die in verschiedenen Regionen Deutschlands angeboten werden. Die Mehrheit der Einrichtungen (67 %) arbeitet ambulant, 18 % stationär, 10 % kombiniert stationär-ambulant und 5 % in Settingform. Ernährungsberatungsstellen, die nach den Kliniken zu den zweitgrößten Anbietern in der Adipositastherapie bei Kindern gehören, weisen erhebliche Defizite – bezogen auf deren Struktur- und Prozessqualität – auf. Verbesserungspotential besteht in erster Linie in Bezug auf die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen, um multimodales Arbeiten zu ermöglichen, sowie in der Optimierung des diagnostischen Vorgehens und der Erfassung der Therapieabbruchquoten. Die Stärken der Ernährungsberatungsstellen liegen in der konzeptionellen Arbeit und in der guten Einbeziehung der Eltern in das Therapieschehen. Zudem sind die Kosten für die Therapie vergleichsweise niedrig. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es für Ernährungsberatungsstellen durchaus möglich ist, die geforderten Kriterien zu erfüllen und damit qualitativ hochwertige Maßnahmen für adipöse Kinder und Jugendliche anzubieten.

Ernährungs Umschau 54 (2007) S. 394–401

Dies zeigt, dass bei einem Großteil der Ernährungsberatungsstellen das multimodale Vorgehen als Ziel im Konzept zwar verankert ist, jedoch in

der Therapie nicht umgesetzt wird. Hierfür ist auch die dafür vorgesehene Qualifizierung der Mitarbeiter nicht vorhanden. Im Team der Ernährungsberatungsstellen sind im Schnitt nur 2,4 Berufsgruppen vertreten, im Mittel aller Einrichtungen sind es 3,6 Disziplinen.

## Zusammenhang zwischen Qualitäts- und Kostenunterschieden

Die Korrelationen zwischen den Kosten der Maßnahme (Kosten für den Träger plus Beitrag der Teilnehmer) und der Gesamtqualität sind anhand der Daten der Ersterhebung von 417 Versorgungsangeboten hochsignifikant, jedoch schwach ausgeprägt ( $r = 0,29$ ,  $p = 0,01$  für Kosten der Kostenträger und  $r = 0,236$ ,  $p = 0,03$  für Kosten der Teilnehmer).

Dieser Zusammenhang ist bei den jeweiligen Einrichtungsarten unterschiedlich ausgeprägt. Während bei stationären Angeboten allgemein sowie bei Kliniken gar kein Zusammenhang zwischen höheren Kosten und der Qualität erkennbar ist ( $r = 0,036$ ,  $p = 8,14$  und  $r = 0,00$ ,  $p = 1,0$ ), erreichen ambulante Angebote und Ernährungsberatungsstellen bei einer besseren finanziellen Ausstattung einen höheren Anteil erfüllter Qualitätskriterien ( $r = 0,42$ ,  $p = 0,11$  für Kosten der Kostenträger sowie  $r = 0,281$ ,  $p = 0,46$  für Kosten der Teilnehmer in Ernährungsberatungsstellen). Dieser Zusammenhang ist nicht signifikant und gilt bei den ambulan-

ten Einrichtungen für nur 4 der 15 geprüften Gestaltungsmerkmale: Erfassung der Abbruchquote, Definieren von Ausschlusskriterien, Diagnostik psychischer Störungen sowie Ausschluss somatischer Erkrankungen. Für die übrigen Kriterien konnte keine Korrelation zwischen der Qualität und den Therapiekosten gefunden werden

## Diskussion

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung zeigen die Relevanz des Moduls Ernährung und den bedeutenden Beitrag der Ernährungsfachkräfte in der Behandlung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Vor diesem Hintergrund bekommt die Kenntnis der in den Ernährungsberatungsstellen vorhandenen Arbeitsstrukturen und der durchgeführten Prozesse eine große Bedeutung zu.

Mit nur knapp der Hälfte erfüllter Qualitätskriterien weisen die Ernährungsberatungsstellen jedoch erhebliche Defizite auf. Diese liegen hauptsächlich in der zu einseitigen Ausrichtung der in der Therapie vermittelten Inhalte und der fehlenden Beteiligung anderer Berufsgruppen. Ein möglicher Grund für die Defizite in der Qualität der Angebote könnte die fehlende Kenntnis der Erfolgsindikatoren sein. Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme (2004–2005) waren die vom BMG und der BZgA zusammengetragenen Qualitätskriterien noch nicht bekannt. Lediglich die Anbieter, die in der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter organisiert waren, hatten die Möglichkeit, den von der Fachgesellschaft formulierten Leitlinien zur Therapie der kindlichen Adipositas zu folgen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass gerade kleinere Einrichtungen einen schlechteren Zugang zu wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben als beispielsweise Universitätskliniken.

Des Weiteren können die für die Umsetzung der Therapie anfallenden Kosten eine Rolle spielen. Die Kos-

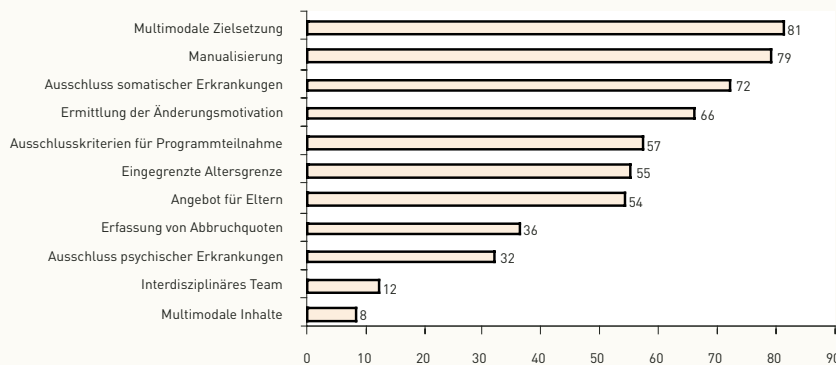


Abb. 4: Qualitätsmerkmale der Ernährungsberatungsstellen als Prozentsatz der Angebote, die das jeweilige Kriterium erfüllen (n = 121)

ten, die bei den Ernährungsberatungsstellen anfallen, sind im Vergleich zu allen erfassten Angeboten unterdurchschnittlich. Eine in den Kliniken durchgeführte Therapie kostet im Schnitt dreimal so viel, was sicherlich auch auf die stärkere Beteiligung verschiedener Berufsgruppen zurückzuführen ist. Die ermittelte Korrelation zwischen der Qualität der Angebote und den Therapiekosten deutet darauf hin, dass bei Ernährungsberatungsstellen mit einer besseren finanziellen Grundversorgung möglicherweise eine bessere Qualität erreichbar ist.

Die differenzierte Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass es für Ernährungsberatungsstellen durchaus möglich ist, gute Angebote zu entwickeln. Schon aus diesem Grund wäre eine Benachteiligung der Ernährungsberatungsstellen (zum Beispiel seitens der Kostenträger) zugunsten qualitativ besserer stationärer Einrichtungen ein falsches Signal, da auch diese hinsichtlich einiger Qualitätsmerkmale erhebliche Schwächen aufweisen. Durch die Alltagsnähe, die eine bessere Umsetzung des Gelernten ermöglicht, durch leichtere Elternbeteiligung und Einsparungen durch den Wegfall der Kosten für die stationäre Unterbringung bieten die ambulant arbeitenden Einrichtungen bedeutende Vorteile.

Daher sollten Ansätze zur Verbesserung der Therapieangebote ambulanter Einrichtungen wie der Ernährungsberatungsstellen entwickelt und umgesetzt werden.

Die dieser Bestandserhebung zugrunde liegenden Erfolgsindikatoren spiegeln den zum Zeitpunkt der Durchführung aktuellen verfügbaren Forschungsstand wider. Ob diese Ausrichtung in der Therapie übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auch zukünftig Bestand haben wird, werden neue Daten zu den Effekten und zur Wirksamkeit der heute angebotenen Interventionen zeigen. Einen Beitrag hierzu wird die von der BZgA initiierte Beobachtungsstudie sein, deren Ergebnisse Ende 2008 zu erwarten sind. Ange-

## Ansätze zur Verbesserung der Therapieangebote ambulanter Einrichtungen

■ **Bekanntmachung der Qualitätskriterien:** Die Erfolgsindikatoren sollten Bestandteil der Ausbildungs- und Fortbildungskurrikula sein und über Fach- und Berufsverbände verbreitet werden.

■ **Beseitigung der Schwachstellen:** Hierzu könnten seitens der Kostenträger (Kranken- und Rentenversicherungen) Anreize zur Verbesserung der Angebote geschaffen werden.

■ **Zertifizierung und Dokumentation:** Durch den Nachweis der Qualität könnte eine Zertifizierung und deren Dokumentation zu mehr Transparenz in der Versorgung beitragen

■ **Vernetzung:** Durch verstärkte Kooperationen mit anderen Professionen und Einrichtungen ist mit einem interdisziplinären Team die Umsetzung eines multimodalen Ansatzes möglich.

sichts der nach Angaben der WHO in allen europäischen Ländern beobachteten Zunahme dieses Gesundheitsproblems sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen [9] haben Forschungsaktivitäten zur Verbesserung der Datenlage bezüglich nachhaltiger Präventions- und Therapieansätze eine hohe Priorität.

### Literatur:

1. Kurth B-M, Schaffrath-Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 50: 736–743
2. Kromeyer-Hausschild K, Wabitsch M. (2007): Aktuelle Sicht der Prävalenz und Epidemiologie von Übergewicht

und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Homepage der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de) am 4.6.2007

3. BZgA (2007) Qualitätssicherungsprozess der BZgA in Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: [www.bzga-kinderruebergewicht.de](http://www.bzga-kinderruebergewicht.de)
4. BZgA (2005) Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret, Band 4, Köln
5. BZgA (2006) Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – So finden Sie ein gutes Programm – Ein Ratgeber für Eltern, Angehöriger, Lehrer und Erziehende. Bestellnummer 35700500 (in Deutsch), 35700560 (in Türkisch), 35700110 (in Russisch) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
6. BZgA (2007a) Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland: Zweistufige Versorgungs- und Qualitätsanalyse. Gesundheitsförderung konkret, Band 8, in Druck
7. Koch U, Kawski S, Töppich J (2001) Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In: BZgA (Hrsg.) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15 (S. 87–95), Köln
8. Böhler T et al. (2004). Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Gesundheitswesen, 66 (11), 748–753
9. WHO (2007) The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary. Denmark