

Band 8

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET**

## Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Einen immer größeren Stellenwert gewinnen auch die Marktbeobachtung und die Marktanalyse, deren Ziel es ist, den unüberschaubaren Markt an Angeboten zur Gesundheitsförderung transparent zu machen.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ wird ein Großteil der Ergebnisse und Erfahrungen hieraus – z. B. in Form von themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten oder als Dokumentation ausgewählter Projekte und Modelle – veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

# **Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland**

## **Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004–2005**

Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA, durchgeführt durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung unter Leitung von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Die Expertise wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finanziell gefördert. Die Zielsetzung der Studie wurde im Rahmen der Aufgabenplanung der BZgA entwickelt.

Gesundheitsförderung konkret, Band 8

Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Quantität und Qualität von Hilfsangeboten im Zeitraum 2004–2005

Köln: BZgA, 2007

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 02 21/89 92-0

Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Cornelia Goldapp, Reinhard Mann

E-Mail: [cornelia.goldapp@bzga.de](mailto:cornelia.goldapp@bzga.de), [reinhard.mann@bzga.de](mailto:reinhard.mann@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.20.12.07

ISBN 978-3-937707-48-8

Band 8 der Fachheftreihe ist erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/

den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60648000

# Vorwort

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nimmt in allen Altersgruppen zu. Darauf weisen die Erhebungsdaten aus den letzten 25 Jahren hin. Übergewichtige Kinder und Jugendliche leiden unter Hänseleien, sie werden bei Spielen und Verabredungen häufig ausgegrenzt und geraten bei sportlichen Aktivitäten oft ins Hintertreffen. Dies zieht auch erhebliche seelische Belastungen nach sich. Aber auch chronische Erkrankungen wie orthopädische Komplikationen, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Atemstörungen im Schlaf sowie Angststörungen und Depressionen können spätere Folgen sein.

Angesichts der hohen Prävalenz übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher und des hohen Bedarfs an Behandlungsangeboten gilt es, den Blick auf die entsprechenden Therapieangebote zu richten. Wie ist die Angebots- und Versorgungslage tatsächlich einzuschätzen? Werden Therapieangebote ausreichend vorgehalten? An welche Zielgruppen richten sich die Angebote? Welche Unterschiede bestehen hinsichtlich der Therapiekonzepte, der Diagnosequalität und Qualifizierung des Behandlungsteams? Wie trennscharf lassen sich Versorgungsarten voneinander abgrenzen? Unterscheiden sie sich nur in der Form oder auch in der Qualität? Wo sind Versorgungslücken erkennbar? Welche Optimierungen sind erforderlich, damit Kinder und Jugendliche auf sie abgestimmte Therapien erhalten? Wie übersichtlich und transparent stellt sich die Angebotsstruktur für Fachleute, Eltern und letztlich die therapiebedürftigen Kinder und Jugendlichen dar?

Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, ihre Eltern, aber auch Fachpersonal aus der medizinischen Versorgung, Ernährungsberatung sowie Gesundheitsämter benötigen auf diese Fragen qualifizierte Antworten, um geeignete Therapieangebote zu entwickeln, zu verbessern oder eine Therapieempfehlung auszusprechen.

Aus diesem Grund hat die BZgA das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beauftragt, eine bundesweite Studie durchzuführen, um den aktuellen Versorgungsstatus mit Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche zu ermitteln. Diese Bestandsaufnahme ist nach der Formulierung und Abstimmung der Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas (siehe Band 4 dieser Fachheftreihe) der zweite Schritt eines umfassend angelegten Qualitätssicherungsprozesses der BZgA,

der voraussichtlich 2008 vervollständigt wird durch Ergebnisse einer Studie zur Wirksamkeit der in Deutschland angebotenen Therapiemaßnahmen.

Diese Versorgungsstudie liegt nun vor – und es gilt, die Ergebnisse einem breiten Fachpublikum zur Verfügung zu stellen. Die Daten machen es möglich, Transparenz und Vergleichbarkeit der Angebote herzustellen sowie fundierte Angebotsbeschreibungen, Kosten-Nutzen-Abwägungen und Auswahlmöglichkeiten zuzulassen.

Die Auswertung beruht auf Daten von knapp 500 Einrichtungen für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Deutschland. Die Mehrzahl der Angebote findet ambulant statt; stationäre und teilstationäre Interventionen werden deutlich seltener angeboten. Die Ergebnisse zeigen große Spannen von Qualitätsunterschieden bei allen Angebotsformen.

Den an der Studie teilnehmenden Therapieeinrichtungen, den Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppen zur Formulierung der Qualitätskriterien und der Forschungsgruppe gilt dafür mein herzlicher Dank. Nur durch das Offenlegen und eine qualifizierte Diskussion über zugrunde liegende Therapiekonzepte und ihre Umsetzung können Angebotslücken erkannt und geschlossen werden. Angesichts der steigenden Prävalenz übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher muss diese Qualitätssicherungsstrategie mit großem Nachdruck und Engagement fortgeführt werden.

Köln, November 2007

Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

## Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	8
<b>1 Epidemiologie zu Übergewicht und Adipositas</b>	<b>11</b>
1.1 Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas	12
1.2 Prävalenz	13
1.3 Gesundheitliche und gesundheitsökonomische Folgen	15
1.4 Ursachen und Risikofaktoren	17
1.5 Gesundheitliche Ungleichheit	19
<b>2 Strategien und Instrumente zur Qualitätssicherung von Prävention und Therapie</b>	<b>21</b>
2.1 Ungeklärte Wirksamkeit von Präventionsprogrammen	22
2.2 Kenntnislücken zur Versorgungslage	23

<b>3</b>	<b>Wissenschaftliche Vorgehensweise bei der zweistufigen Versorgungsstudie</b>	25
3.1	Zweistufiges Vorgehen	26
3.2	Vorgehen bei der Bestandsaufnahme (Stufe A)	28
3.2.1	Fragebogenentwicklung und Gestaltungskriterien	29
3.2.2	Recherche und Exploration relevanter Anbieter und Angebote	30
3.2.3	Repräsentativitätskontrolle und Hochrechnung	33
3.2.4	Qualitätsschätzer zur Bewertung der Maßnahmen	34
3.2.5	Kostenschätzer zur Bewertung der Maßnahmen	37
3.2.6	Bestimmung von Qualitätsprofilen/Angebotstypen	37
3.3	Schritte der vertieften Qualitätsanalyse (Stufe B)	41
3.3.1	QIP – Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung	41
3.3.2	Auswahl und Rekrutierung der Angebote	43
<b>4</b>	<b>Ergebnisse der zweistufigen Bestandserhebung</b>	45
4.1	Erkenntnisse aus der Überblickserhebung	46
4.1.1	Umfang, Entwicklung und Fluktuation in der Versorgung	46
4.1.2	Wichtigste Strukturmerkmale des Gesamtangebots	48
4.1.3	Verbreitung von strukturierten Behandlungsprogrammen	50
4.1.4	Teilnehmende, Dauer und Frequenz von Behandlungen	51
4.1.5	Struktur-, Konzept-, Prozessqualität des Gesamtangebots	52
4.1.6	Vergleiche verschiedener Versorgungsformen	57
4.1.7	Vergleich von Typen der Versorgungsqualität	63
4.2	Vertiefte Qualitätsanalyse (Stufe B)	68
4.2.1	Qualitätsanalyse nach Angebotsrahmen und Einrichtungsart	71
4.2.2	Kosten, Strukturmerkmale und Qualitätsprofile	72

<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen und Optimierungsempfehlungen</b>	75
5.1	Zusammenfassung/Gesamtbild	76
5.2	Erste Hinweise aus der Beobachtungsstudie	79
5.3	Optimierungsempfehlungen	80
<b>6</b>	<b>Literatur</b>	93
<b>7</b>	<b>Anhang</b>	101
7.1	Fragebogen der Erhebungsstufe A	102
7.2	Begleitender Fachkreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	105
7.3	Das Qualitätssicherungssystem zur Begutachtung präventiver Aktivitäten (QIP)	106

# Einleitung

Die wachsende Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher erfordert eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung mit Therapieangeboten. So werden in der Bundesrepublik Deutschland bereits zahlreiche stationäre, ambulante oder teilstationäre Mischformen angeboten. Hierbei ist eine heterogene Angebotsstruktur anzutreffen, die sich über Arztpraxen, Kliniken, Ernährungsberatungsstellen und Onlineberatung erstreckt. Die Behandlungsqualität und Vorgehensweisen dieser Maßnahmen sind nicht transparent, was den Überblick über die Versorgungslage und die Möglichkeiten eines Vergleiches so schwierig macht.

Betroffene Kinder und Jugendliche, ihre Eltern oder Fachleute, die im Patienten- oder Beratungsgespräch auf die Dringlichkeit einer Therapie hinweisen, sind aber auf eine klare Orientierungsmöglichkeit angewiesen, innerhalb des bestehenden Angebots eine bedarfsabgestimmte Therapie auswählen zu können. Nicht zuletzt ist es für die einzelnen Anbieter von Therapieangeboten kaum möglich, sich selber qualitativ zu verorten und kritisch das eigene Angebot und die eigene Umsetzung zu prüfen, ggf. zu optimieren und auszubauen.

Über die gesamte Angebotslage ist also wenig bekannt. Ungeklärt ist vor allem, wie dicht das Gesamtangebot ist, welche Programme mit welcher Verbreitung auftreten und wie viele Personen sie erreichen, welche Versorgungsmöglichkeiten mit verschiedenen Behandlungsformen (ambulant, stationär) bestehen, in welchem Umfang grundlegende evidenzbasierte Qualitätskriterien eingehalten werden, um die Voraussetzungen für eine effektive Versorgung zu schaffen. Deshalb ist eine aktuelle, qualitätsorientierte Bestandsaufnahme der Versorgungslage dringend erforderlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung knüpft mit der vorliegenden Versorgungsanalyse an diesen Bedarf an. Zu den wichtigsten Zielen gehören:

1. Erfassung des Umfangs des Versorgungsangebots,
2. Einschätzung der Qualität der Angebote und Prüfung von Unterschieden im Versorgungsrahmen (ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote) sowie Unterschiede der wichtigsten Träger (Kliniken, Ernährungs- und andere Beratungsstellen),
3. Bestimmung von Stärken und Schwächen verschiedener Angebote sowie von Optimierungsmöglichkeiten der Versorgung.

Die jetzt vorliegenden Ergebnisse sollen zu einer besseren Orientierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sowie der behandelnden und beratenden Fachpersonen beitragen. Neben erhöhten Orientierungsmöglichkeiten sollen zugleich Grundlagen für eine offensive Qualitätsdebatte geschaffen werden. Ein Nutzen der Studie liegt deshalb vor allem auch darin, konkrete Optimierungsempfehlungen anzubieten, die von der Praxis auszuwerten, kritisch zu reflektieren und (soweit sie die fachliche Zustimmung finden) sukzessive umzusetzen sind.

Der Einschätzung der Qualität vorgefundener Angebote und der Prüfung des Versorgungsrahmens ging eine intensiv geführte Auseinandersetzung über fachlich zulässige Bewertungskriterien voraus. Hier galt es, Qualitätsdimensionen zu definieren, die alle fachlich relevanten Dimensionen einschließen. Diese Kriterien wurden unter der Moderation der BZgA und des Bundesministeriums für Gesundheit zusammengetragen (BZgA 2006) und bilden die Grundlage für diese wissenschaftliche Analyse der vorgefundenen Angebote.

Die Versorgungsstudie ist somit als Element eines umfassenden Qualitätssicherungsprozesses aufzufassen. Mit ihr können Aussagen zu Struktur-, Konzept-, Prozess- und Ergebnismerkmalen der in Deutschland angebotenen Interventionen getroffen werden. Die Überprüfung der Effizienz dieser Angebote steht noch aus. Hierzu wurde eine multizentrische Beobachtungsstudie in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse 2008 erwartet werden.

Die Versorgungsstudie richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die in unterschiedlichen Institutionen und fachlichen Zusammenhängen Verantwortung für von Übergewicht und Adipositas betroffene Kinder und Jugendliche tragen. Dies reicht von Fachärztinnen und -ärzten der Kinder- und Jugendmedizin über Fachpersonal in Ernährungsberatungsstellen bis hin zu den Behandlungsteams in stationären und teilstationären Einrichtungen. Aber auch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Interventionen planen, entwickeln und über eine finanzielle Förderung zu entscheiden haben, sollen durch die Ergebnisse der Versorgungsstudie fachliche Anhaltspunkte zur Bewertung erhalten.





# Epidemiologie zu Übergewicht und Adipositas

# 1.1

## Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas

Begriff und Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas werden in dieser Studie in Übereinstimmung mit den Konventionen der WHO und der Bundesgesundheitsberichterstattung definiert (Benecke und Vogel 2005). Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas werden Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder und Jugendliche in Deutschland empfohlen (Walter et al. 2005), entwickelt und empirisch validiert von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AGA (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Basis für die Berechnung dieser Werte war ein Pool von über 34 000 aktuellen Individualdatensätzen zu Größe und Gewicht. Die Fachgruppe AGA empfiehlt, die Grenzwerte zur Definition von Übergewicht bzw. Adipositas aus den Verteilungswerten der 90. bzw. 97. Perzentile abzuleiten. Diese Definition ist zurzeit gängig (Goldapp und Mann 2004); sie liegt auch der folgenden Studie zugrunde. Als rein statistische Festlegung weist sie allerdings einige Probleme auf:

1. Während die Grenzwerte quantitative Einschnitte vornehmen (Cut-off-Werte), ist in den meisten Referenzstichproben im Erwachsenenalter ein kaum abgesetzter, eher kontinuierlicher Übergang zu Übergewicht und Adipositas zu beobachten (WHO 2000). Die genaue Setzung der Grenzwerte stellt insofern eine willkürliche Einstufung dar.
2. Eine Kopplung von Gesundheitsproblemen an Populationsmittelwerte führt dazu, dass die Behandlungsbedürftigkeit davon unabhängig nachgewiesen werden muss (Goldapp und Mann 2004). Internationale Vergleichsdaten zeigen, dass die Steigerung des Durchschnittsgewichts der Bevölkerung vor allem zulasten der Gruppe mit extrem erhöhtem Übergewicht geht und sich damit nicht gleichmäßig auf die gesamte Bevölkerung verteilt. Deswegen ist es für die Bestimmung von gesundheitlichen Belastungen und für die Definition von Grenzwerten aussagekräftiger, auf Begleiterkrankungen zu achten als auf kohortenweise sich entwickelnde Populationsdaten (Wabitsch 2004). Aber auch die Menschen, die mit ihrem Gewicht am anderen Ende der Gewichtsverteilung stehen – das heißt zu denen gehören, die am wenigsten wiegen –, geraten aus dem Blickwinkel.

Aus diesen Gründen werden auch noch andere, zusätzliche Maße vorgeschlagen, die ebenfalls nachgewiesene klinische, epidemiologische und psychosoziale Relevanz haben (Gill et al. 2003; Goldapp und Mann 2004; Walter et al. 2005). Die angeführten Schwierigkeiten in der Bestimmung und Einschätzung

des Gesundheitsproblems Adipositas/Übergewicht berühren jedoch nicht oder nur mittelbar die Brauchbarkeit von Versorgungsanalysen wie der hier vorgelegten. Diese zielen als Querschnittserhebung auf eine Bestandsaufnahme von Umfang und Qualität verfügbarer Behandlungsmöglichkeiten; ihre Ergebnisse lassen sich dann anschließend auf verschiedene epidemiologische Annahmen und Szenarien beziehen, die verschiedene Bedarfsumfänge implizieren.

## 1.2 Prävalenz

Mit den Ergebnissen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts (Kurth und Schaffrath Rosario 2007) liegen erstmals bundesweite, repräsentative Zahlen für alle Altersgruppen vor. Im Alter von 3–17 Jahren sind 15 % der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht betroffen. Dies entspricht einer absoluten Zahl von 1,9 Millionen übergewichtiger Kinder und Jugendlichen.

Vergleicht man diese Zahlen auf Basis der Referenzdaten von 1985 bis 1999, so kann ein Anstieg von 50 % verzeichnet werden. Von den 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sind ca. 800 000 von Adipositas betroffen, was im Vergleich zu den genannten Referenzdaten einer Verdoppelung entspricht. Hinsichtlich der Prävalenz sind keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen festzustellen. Betrachtet man die Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen, so zeigt sich im Grundschulalter ein starker Anstieg, der später nur noch leicht weiter nach oben geht. Dieser starke Anstieg ist bei Jungen im Grundschulalter besonders ausgeprägt.

Doch werden auch höhere Zahlen berichtet (Blättner et al. 2006; Böhler et al. 2003). Auf der Basis von Daten der AGA waren 2004 jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche übergewichtig und 4–8 % aller Schulkinder adipös (Wabitsch 2004). Reinehr und Wabitsch schätzen die Zahl betroffener Kinder und Jugendlicher in Deutschland auf eine Million; eine Behandlung werde nur einem geringen Anteil von 0,7 % zuteil (Reinehr und Wabitsch 2003, S. 758, in Anlehnung an Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

Gründe für die Unterschiedlichkeit der Schätzungen sind in unterschiedlichen Stichproben und empirischen Grundlagen der Prävalenzschätzungen zu suchen (Goldapp und Mann 2004).

Die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) berichtet von einer Verdoppelung des Anteils adipöser Kinder zwischen Erstuntersuchung und 4-Jahres-Nachuntersuchung (Czerwinski-Mast et al. 2003; Danielzik 2003). Das CrescNet-Projekt (Kiess et al. 2001) berichtet bis 2001 einen kontinuierlichen Anstieg der Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen; vor allem liegen die 90. und 97. Perzentile der aktuellen Daten aus dem CrescNet-Programm deutlich höher, während die Unterschiede bei geringeren Perzentilen marginal ausfallen. Aus Bayern bestätigen Vergleichserhebungen an Schuleingangsuntersuchungen 1982–1997 eine Zunahme der Adipositas von 1,8 % auf 2,8 % und des Übergewichts von 8,5 % auf 12 %, ebenfalls durch höhere Belastung der oberen Perzentile (von Kries 2004). Für einen städtischen und einen ländlichen Kreis in Nordbayern wurde die Zunahme im 5-Jahres-Vergleich 1995 bis 2000 als hochsignifikant abgesichert (Knerr et al. 2005). Verallgemeinerungsfähigkeit und Geschwindigkeit der Zunahme werden noch diskutiert. Einige Arbeiten beziffern das Anwachsen der Prävalenz mit 0,2 % im Jahr (Blättner et al. 2006). Andere geben den mittleren Prävalenzanstieg für Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen während der letzten 25 Jahre von 10 % auf 20 bis 33 % an, schwankend nach Alter und Region – also eine jährliche Zunahme von 0,4 bis 0,92 % (Müller, Reinehr und Hebebrand 2006).

Die Einschätzung einer deutlichen, langfristig stabilen Zunahme von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen wird in Anbetracht der Befunde aus anderen OECD-Ländern international zumeist geteilt (Chittleborough et al. 2004; D’Amicis et al. 2003; Döring et al. 2005, S. 52; Eurodiet 2000; Galuska 2003; Nestle und Jacobson 2000; Petkeviciene und Klumbiene 2003; Sherry et al. 2004; Shields 2005; Sturm 2005). Gleichwohl ist die internationale und interkulturelle Übertragbarkeit der Befunde im Einzelfall kritisch zu prüfen. So weisen die internationalen Studien erhebliche Unterschiede zwischen den nationalen Punktprävalenzen aus: Die niedrigsten Raten weist Litauen, die höchsten die USA auf, ebenfalls mit signifikantem Anwachsen (Lissau et al. 2004). In einer brasilianischen Studie (n = 1935) waren Alter und Ehestand die größten Prädiktoren, niedrige Bildung hingegen nur bei Männern, während niedriges Familieneinkommen bei Frauen (anders als in den Industrieländern) mit Übergewicht negativ korrelierte (Olinto et al. 2006, June). In den USA zeigten sich ethnokulturelle Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht und damit verbundenen Lebensstilen (Sturm 2005), zum Beispiel in der 4. bis 6. Klasse signifikante, obgleich geringe Besonderheiten ethnokultureller Gruppen in den Ernährungsgewohnheiten mit Obst, Gemüse und Saft (Cullen et al. 2002).

Gesamtschätzungen werden dadurch erschwert, dass genaue Prävalenz- und Zuwachsraten auf der Grundlage unterschiedlicher Ausgangsmessungen und Referenzdaten schwer zu fassen sind und daher erhebliche Spannen aufweisen (Benecke 2003). An die Behauptung einer – für andere Industrieländer belegbaren – starken Zunahme der Prävalenz auch in der Bundesrepublik Deutschland sind empirisch begründete Rückfragen gestellt worden (Böhler, Wabitsch und Winkler 2004), ebenso an den Umfang der Morbiditätslasten und Mortalitätsfolgen (Flegal et al. 2005). Die unterschiedlichen Raten aus verschiedenen Ländern der Bundesrepublik sind in diesem Zusammenhang ebenfalls noch klärungsbedürftig (Böhler et al. 2003, S. 13).

## 1.3 Gesundheitliche und gesundheitsökonomische Folgen

Für die betroffenen Kinder stehen unmittelbare, erhebliche psychosoziale Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität im Vordergrund (Blättner et al. 2006; Goldapp und Mann 2004). Zudem ist eine Reihe langfristiger, langwieriger und häufig chronischer Folgeerkrankungen für Adipositas beschrieben: Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Fettstoffwechselstörungen, Schlaganfall, Atemstörungen im Schlaf, Hyperurikämie und Gicht, Gallenblasenerkrankungen, verschiedene Krebserkrankungen, orthopädische und psychosoziale Komplikationen wie etwa verdoppelte Prävalenz von Angststörungen und Depressionen, sowie erhöhte Mortalität (Benecke und Vogel 2005). Für die Bundesrepublik belegte das unter anderem die Murnauer Komorbiditätsstudie 1998–2001 (Wabitsch 2004).

Übergewicht und Adipositas ziehen langfristig schwere, kaum reversible, zum Teil chronische Begleit- und Folgeerkrankungen nach sich (Campbell et al. 2002; Summerbell et al. 2005). Das Risiko für eine Persistenz der Adipositas bis ins Erwachsenenalter ist umso höher, je älter das betroffene Kind ist. Eine 20-Jahres-Langzeitstudie mit 485 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern aus Norwegen dokumentierte eine Produkt-Moment-Korrelation von  $r = 0,54$  zwischen Adipositas im 15. und im 33. Lebensjahr (Kvaavik, Tell und Klepp 2003). Der BMI im Alter von 30 bis 49 Jahren ist wiederum ein guter Prädiktor des Gewichts zwischen 50 und 69 Jahren (Peeters et al. 2003). Unabhängig vom Fortbestehen des Übergewichts – also auch bei Rückkehr zum Nor-

malgewicht – erhöht eine Adipositas im Kindesalter das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen im Erwachsenenalter; die gesundheitlichen Zusatzrisiken bleiben bei späterer Normalisierung des Körpergewichts bestehen (Müller und Danielzik 2005). Nach Daten von 3457 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Framingham Heart Study verloren 40-jährige Nichtraucherinnen und Nichtraucher durch Übergewicht im Mittel 3,1 bis 3,3 Lebensjahre, Raucherinnen und Raucher in Interaktion mit nikotinbedingten Hochrisiken sogar 13,3 bis 13,7 Jahre (Peeters et al. 2003).

Die langfristigen wirtschaftlichen Folgen sind erheblich, jedoch schwer zu berechnen. Denn sie differieren erstens mit dem Erhebungsjahr und den zugrunde gelegten Prävalenzen, zweitens mit den vom nationalen Gesundheitssystem gewährten Leistungskatalogen und drittens mit der Ursachenzuschreibung und Einrechnung von Begleit- und Folgeerkrankungen in die Modelle. Übergewicht trägt insbesondere zu den gesundheitlichen und ökonomischen Belastungen durch Diabetes bei. Denn eine präventive Veränderung von Lebensstil (Bewegungs- und Ernährungsverhalten) und Gewicht kann nach mehreren hochwertigen internationalen Studien 43 bis 58 % der Fälle von Diabetes mellitus Typ II verhindern (Schwarz et al. 2005). Die Gesamtkosten allein für Diabetes mellitus Typ II werden auf der Grundlage von Krankenhausstatistiken und von 7000 Fallauswertungen 1998 für die Bundesrepublik auf rund 16 Milliarden Euro jährlich errechnet (Hillenbrand und Standl 2005).

In der Bundesrepublik war Adipositas Mitte der 90er-Jahre die siebthäufigste Diagnose in allgemeinärztlichen Praxen und forderte über 80 000 Pflage tage stationärer Behandlung; für 1995 wurden die Krankheits- und Folgekosten für die Begleiterkrankungen auf 7,75 bis 13,55 Milliarden Euro geschätzt, damals 3,1 bis 5,5 % der Gesamtmorbiditätskosten (Benecke und Vogel 2005).

Die meisten Modellrechnungen beruhen auf Daten der 90er-Jahre. Da die Prävalenzen und Ausprägungsgrade inzwischen gestiegen sind, dürften diese Rechnungen das Ausmaß der realen gesundheitsökonomischen Folgekosten bei weitem unterschätzen. Zudem vernachlässigen sie gesamtwirtschaftliche Ausfälle (Ausfalltage, Berentungen, Pflegeleistungen durch Angehörige etc.). Eine weitere Ursache für die Spannen der national unterschiedlichen Kostenschätzungen kann in der internationalen Verteilung der Inzidenzraten gesehen werden (am frühesten und höchsten in den USA, gefolgt von anderen OECD-Ländern). Die Modellrechnungen zeigen jedoch trotz der breiten Konfidenzintervalle die erhebliche langfristige Bedeutsamkeit des Gesundheitsproblems Übergewicht und Adipositas für die Gesamtversorgung.

# 1.4 Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen von Übergewicht sind multifaktoriell und sollen nicht als ein individuelles Problem, sondern im Kontext komplexer Lebensstile betrachtet werden (Mann-Luoma et al. 2002). Neben biologischen oder genetischen Ursachen gelten in erster Linie veränderte Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten als Hauptursache für Übergewicht und Adipositas. Die zunehmende körperliche Inaktivität als Ergebnis eines passiven Lebensstils mit Zunahme von Fernsehen und Computerspielen (Crespo et al. 2001; Moraes et al. 2006) sowie die wachsende Verfügbarkeit und Verbreitung von hochkalorischen, wenig nährstoffreichen (Fastfood-)Mahlzeiten haben einen Übergewicht fördernden Einfluss auf den Stoffwechsel der Kinder und Jugendlichen (Goldapp und Mann 2004; Müller und Danielzik 2005).

Hinzu tritt eine wachsende Dichte von Marketinganstrengungen der Ernährungsindustrie; so zeigte eine australische Studie, dass in der Hauptkonsumzeit von Kindern und Jugendlichen im Mittel sechs Werbespots für hochkalorische Lebensmittel ausgestrahlt werden (Chapman et al. 2006). Diese Rahmenfaktoren werden auch als wesentliche Ursachen für die infolge von Adipositas ansteigenden Erkrankungen angeführt, vor allem für Diabetes mellitus Typ II (Liebermeister 2005; Schulze und Hu 2005).

Allerdings sind diese Rahmenbedingungen für sich allein keine zureichende Erklärung von Übergewicht. Dessen komplexe Herausbildung wird nämlich unter anderem von den Familiensystemen und deren soziokulturellen Merkmalen beeinflusst (Benecke und Vogel 2005; Sturm 2005). Die Risiken konzentrieren sich auf bestimmte Gruppen; überdurchschnittlich gefährdet scheinen Kinder zu sein, die sich schon früh außer Haus verpflegen und deren Familien selten zusammen zu Abend essen (Veugelers und Fitzgerald 2005). Das familiäre Erziehungsklima, der Einsatz von materiellen Belohnungen und die Integration von Nahrungsmitteln als Verstärker in Systeme familiärer Normenkontrolle spielen eine wesentliche Rolle beim Verlauf prägender Erfahrungen der eigenen Körpergrenzen und Homöostase (Benecke 2003). Für Kinder übergewichtiger Eltern ist das Adipositasrisiko deshalb besonders hoch (Böhm 2001; Danielzik et al. 2002; Müller und Danielzik 2005). Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigen, dass Übergewicht und Adipositas häufiger bei Kindern auftritt, deren Mütter ebenfalls betroffen sind (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Der elterliche BMI ist

somit ein guter Prädiktor für den kindlichen BMI und damit auch ein Markierungswert für Interventionsbedarf (Wrotniak et al. 2004).

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Prävalenzen lassen epidemiologische Befunde bis Ende der 90er-Jahre eine ungefähre Gleichverteilung über die Geschlechter erkennen, namentlich im Schulanfangsalter und in jüngeren Kohorten (Czerwinski-Mast et al. 2003; G+G 2003; Wabitsch et al. 2002). Die HBSC-Studie ermittelte in neueren Befragungen von 2002 hingegen in den 5., 7. und 9. Klassen (n = 5650) bundesweit einen deutlich höheren Anteil bei Jungen: 7–10 % der Jungen, aber nur 5–6 % der Mädchen sind nach dem HBSC-Datensatz übergewichtig oder adipös (Zubrägel und Settertobulte 2003, S. 165). Mädchen konsumieren aus höherer Besorgtheit um ihr Gewicht mehr Obst und Gemüse und lassen öfter das Frühstück aus; andererseits bewegen sie sich seltener regelmäßig (Langness, Richter und Hurrelmann 2005, S. 429).

Eine höhere Betroffenheit von Jungen schon in frühem Alter fanden auch bayerische, brandenburgische und Kieler Schuleingangsvergleichserhebungen 5- bis 6-Jähriger (Knerr et al. 2005; Wabitsch et al. 2002, Tab. 1, S. 100). Im Rahmen der MONICA-/KORA-Studie, die zwischen 1984 und 1999 im Raum Augsburg stattfand, wurde hingegen eine stärkere Zunahme bei jüngeren Frauen festgestellt (Döring et al. 2005). Die stärkere Betroffenheit von Jungen im Grundschulalter bestätigen erste Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS). Demnach ist hier der starke Anstieg von Adipositas und Übergewicht mit 7,0 % besonders ausgeprägt. Mädchen sind im gleichen Alter nur zu 5,7 % betroffen. Dieser starke Unterschied nimmt mit zunehmendem Alter an Deutlichkeit ab.

Gewichtszunahme wird bei Mädchen und Jungen unterschiedlich erlebt, interpretiert und bewältigt, vor allem aber während der Adoleszenz (Alsaker und Bütikofer 2005). Für eine nach Geschlecht differenzierte Betrachtung spricht auch, dass die begleitenden gesundheitlichen Belastungen sich nach Geschlecht unterscheiden. So können Verhaltensprobleme bei weiblichen Schulanfängerinnen mit Übergewicht korrelieren, ohne dass der Zusammenhang auch bei Knaben auftritt (Datar und Sturm 2004). Körper- und gewichtsassoziierte Störungsbilder sind bei Mädchen und jungen Frauen mit unterschiedlichen Stereotypen und Stigmatisierungen assoziiert (Münstermann und Steins 2003). Darüber hinaus gehen Myers et al. (1998) davon aus, dass bestimmte Interventionen bei den Geschlechtern unterschiedlich wirken können.

# 1.5 Gesundheitliche Ungleichheit

Übergewicht und Adipositas weisen heute in den Industrienationen und auch in der Bundesrepublik Deutschland deutliche soziale Unterschiede auf (Meyer-Nürnberg 2002; Moebus et al. 2005; Müller und Danielzik 2005; Sturm 2005; Veugelers und Fitzgerald 2005; Walter et al. 2005). Die Belastung durch Übergewicht oder Adipositas ist bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus also häufiger anzutreffen (Czerwinski-Mast et al. 2003). Einige internationale Studien berichten von doppelt so hohen Inzidenzraten in Familien mit niedrigem Einkommen (Veugelers und Fitzgerald 2005). Bei 18,5 % der 5- bis 7-Jährigen dieser Familien wurde Übergewicht festgestellt (Langnäse et al. 2002), bei weiteren 3,5 % in dieser Altersgruppe Adipositas (Danielzik et al. 2002). Die *Health Behaviour in School-age Children*-Studie (HBSC-Studie) bestätigt auch in der Bundesrepublik einen Zusammenhang von Übergewicht und schwachem sozialen Status (Zubrögel und Settertobulte 2003). Die Stichprobe von n = 5650 Jugendlichen im Alter von 11, 13, und 15 Jahren ist zwar zufallsrepräsentativ gebildet, umfasst jedoch nur die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Berlin und Sachsen; sie wird daher nur als „strukturtypisch“ bezeichnet, nicht als repräsentativ, und ist auf die Altersgruppe 11- bis 15-Jähriger beschränkt (Langness et al. 2005, S. 424). Eine Fachinformation des AOK-Bundesverbandes weist darauf hin, dass der soziale Gradient der Verteilung von Übergewicht mit anderen ungleichen Gesundheitschancen zusammenwirkt (G+G 2003). Wabitsch verweist ergänzend darauf, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern aus Familien mit schwierigen Lebenslagen und/oder Migrationshintergrund deutlich verbreiteter sind (Wabitsch 2004). Die Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) bestätigen diese Daten. Hier wurde ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und bei Kindern mit Migrationshintergrund ermittelt (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Dies legt nahe, bei Interventionen zielgruppenspezifische Aspekte einzubeziehen, da dies einen bedeutsamen Einfluss auf die Wirksamkeit von Programmen haben kann.



# 2. Strategien und Instrumente zur Qualitätssicherung von Prävention und Therapie

## 2.1 Ungeklärte Wirksamkeit von Präventionsprogrammen

Die Zahl betroffener Kinder nimmt stetig und in großem Umfang zu. Dies erfordert die Entwicklung und Durchführung qualitativ hochwertiger Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas. Über Verbreitung, Qualität und Erfolgsindikatoren der verschiedenen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und Übergewicht ist bislang jedoch noch wenig bekannt. Bis 2002 gab es keine schlüssigen Belege für die Wirksamkeit gezielter Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche (Campbell et al. 2002). Zwar kann die Wirksamkeit gut gestalteter Interventionen als erwiesen gelten, wie Beispielstudien belegen (z. B. Czerwinski-Mast et al. 2003; Tiedjen et al. 2000). Doch hängen die – zumeist schwachen und kurzfristigen – Wirkungen von hochwertiger Konzeption und Programmtreue in der Umsetzung ab; von den bis 2005 weltweit verfügbaren Langzeitstudien zeigten fünf keine Auswirkungen der Programme auf den BMI, eine nur bei Mädchen (Summerbell et al. 2005).

Die unterschiedliche Wirksamkeit verschiedener Präventions- und Behandlungsansätze ist daher unzulänglich oder nur punktuell belegt, insbesondere sind zu wenige langfristige Beobachtungsstudien verfügbar, um eine allgemeine Wirksamkeit der Präventionsprogramme anzunehmen (Goldapp und Mann 2004; Summerbell et al. 2005; Walter et al. 2005).

Viele Studien über indizierte Prävention (für Risikogruppen), Sekundär- und Tertiärprävention (Behandlung für bereits übergewichtige Kinder und Jugendliche) weisen geringe interne oder externe Validität und niedrige methodische Qualität auf (Böhler et al. 2003; Hutzler 2004; McTigue et al. 2003). Die Wirkungsparameter sind zumeist auf den BMI verengt, während Veränderungen von Lebensqualität, Selbstsicherheit oder Essverhalten in Evaluationen und Metaanalysen vernachlässigt werden (Benecke 2003). Die Effektstärken sind häufig gering, die Erfolge nur mit erheblichen zusätzlichen Interventionen stabilisierbar oder instabil. Teilweise treten die Erfolge nur bei Teilen der Zielgruppen ein, insbesondere bei Mädchen und bei Kindern aus sozial besser gestellten Familien (Blättner et al. 2006; McTigue et al. 2003; Müller et al. 2006; Thomas et al. 2004). Vergleiche verschiedener Ansätze sind durch deren unterschiedliche Strukturmerkmale und die schwankende Programmtreue methodisch erschwert (Benecke 2003; Thomas et al. 2004). So haben statio-

näre Versorgungsrahmen niedrigere Abbruchraten. Intention-to-treat-Analysen<sup>1</sup> gehen daher von unterschiedlichen Voraussetzungen aus.

Auch das Ausmaß ungewollter Nebenwirkungen verschiedener Programme ist noch unzureichend beleuchtet. So können verschiedene Behandlungsansätze gruppenspezifisch wirken und daher für bestimmte Zielgruppen sogar kontraindiziert sein. Die meisten dieser Nebenwirkungen sind mit den intervenierenden Variablen Selbstbild, Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstdarstellung als Aspekt der Identitätsbildung verbunden (Leary et al. 1994). Nichtintendierte Nebenwirkungen können somit durch die Vernachlässigung oder Unkenntnis solcher Variablen entstehen. So kann die Teilnahme an einigen – sonst wirkungsvollen – Präventionsmaßnahmen bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sogar zu einer Zunahme von Übergewicht führen (Müller und Danielzik 2005). Weiterhin ist festzustellen, dass Interventionen geschlechtsspezifisch wirken können (Summerbell et al. 2005); so wirkte sich zum Beispiel ein hochwirksames Programm (Reduktion des BMI um 20 % in Jahreskatamnese) bei Mädchen signifikant mehr auf Körperbild und allgemeine Selbstkompetenzwahrnehmung aus (Myers et al. 1998).

## 2.2 Kenntnislücken zur Versorgungslage

„Bei den meisten Therapieangeboten fehlt der Nachweis einer nachhaltigen Wirkung, es gibt auch keine flächendeckenden Therapieangebote.“ (Müller et al. 2006) Aus diesen Gründen wurden in den letzten Jahren durch Metaanalysen und Konsensprozesse Qualitätskriterien für einschlägige Versorgungsangebote erarbeitet (Böhler et al. 2003, 2004; Böhler, Wabitsch und Winkler 2004), die – differenziert nach Ausmaß der Übergewichtigkeit – im Fachheft der BZgA (2006) zusammengetragen wurden. Auf der Grundlage eines überschaubaren Kernbestands an relevanten Kriterien ist es nun möglich, die

---

<sup>1</sup> Der Begriff wird in Zusammenhang mit randomisiert kontrollierten Studien verwendet. Dabei wird das Studienergebnis so berechnet, wie es der „ursprünglichen Absicht, wie man behandeln wollte“, entspricht. Dieses Vorgehen entspricht den Verhältnissen in der Praxis am ehesten. Durch die Intention-to-treat-Analyse ist die durch die Randomisierung geschaffene Vergleichbarkeit der Gruppen sichergestellt.

Menge relevanter Interventionen einzugrenzen und mit Versorgungsanalysen der heterogenen Angebote zu beginnen.

Bislang sind nur wenige Erhebungen der Versorgungslage erhältlich, und diese unterliegen methodologischen Einschränkungen. Diese Erhebungen stellen jedoch, allein aus den Gründen der Ableitung bis dahin unbeantworteter Fragen, eine gute Grundlage dar, auf der nun aufgebaut werden kann:

1. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) hat eine Liste von Angeboten erstellt. Sie enthält zirka 50 bundesweit verteilte Angebote unterschiedlicher Größe und Ausrichtung; die Auswahlkriterien sind nicht ausgewiesen, sodass auch teilkommerzielle Angebote aufgenommen sind ([www.besseressenmehrbeugen.de](http://www.besseressenmehrbeugen.de)).
2. Eine weitere Studie wertet verfügbare Programme unter dem Gesichtspunkt der Versorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen aus (Moebus et al. 2005). Sie ist mit der vorliegenden Versorgungsanalyse nur bedingt vergleichbar: Die Erhebungen für jene Studie fanden offenbar statt, bevor die Metaanalyse des MDK (Böhler et al. 2003) vorlag. Die Erhebung ist gegenüber der hier vorgestellten Bestandsaufnahme weniger umfangreich und umfasst 73 Angebote, die jedoch ohne tiefere Prüfung nicht als „echte Programme“ aufgefasst werden können (Moebus et al. 2005).
3. Eine von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter mitgetragene strukturierte Bestandsaufnahme einschlägiger Behandlungsangebote wurde 2003 vorgelegt (Reinehr und Wabitsch 2003). Sie liefert Ausgangserkenntnisse für eine Einschätzung der Feldentwicklung in den Jahren 2002 bis 2005, weil sie – differenziert nach ambulanten und stationären Angeboten – Mittelwerte zu Patientenzahlen und Behandlungsplätzen gibt, die mit den hier ermittelten Werten verglichen werden können. Die Resultate umfassen mit rund 200 Angeboten im Umfang des Datensatzes etwas über 40 % der Bestände der vorliegenden Analyse.

Ein durchgehendes und von den methodischen Schwierigkeiten unberührtes Ergebnis dieser Studien ist, dass Settingprogramme und zielgruppenspezifische Interventionen für sozial Benachteiligte, die den sozialen Gradienten des Adipositausaufretens berücksichtigen, in der Bundesrepublik kaum zu finden sind. Dies steht starken Belegen für die Wirksamkeit von settingbezogenen Ansätzen für sozial Schwächere, insbesondere über das Setting Schule, gegenüber (Austin et al. 2005; Coleman et al. 2005). Bislang ebenfalls wenig entwickelt sind Kombinationsansätze aus Verhaltens- und Verhältnisprävention (Blättner et al. 2006). Insgesamt ist der Kenntnisstand über dieses Versorgungsfeld somit als gering zu beurteilen.

# 3. Wissenschaftliche Vorgehensweise bei der zweistufigen Versorgungsstudie

# 3.1 Zweistufiges Vorgehen

Die Versorgungsstudie basiert auf einem zweistufigen Vorgehen. Während es in der ersten Analysestufe zunächst darum geht, ein möglichst umfassendes und vollständiges Gesamtbild über die allgemeine Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten, werden die Angebote in der zweiten Stufe einer vertieften Qualitätsanalyse unterzogen. Hier geht es nun darum, differenziertere und gesicherte Aussagen über Programme und Arbeitsformen treffen zu können.

Im ersten Schritt (Stufe A) wurden bundesweit alle Anbieter der wichtigsten 15 Versorgungszweige recherchiert und mit einem zweiseitigen Kurzbogen befragt. Der Rücklauf aus 1096 Einrichtungen (Ersterhebung) erbrachte 417 Angebote, die bis Anfang 2005 durch Nacherhebungen auf insgesamt 492 Angebote anwuchsen. Dies ist der breiteste und differenzierteste Datensatz, der bislang in der Bundesrepublik über dieses Versorgungsgebiet zur Verfügung steht. Die Erstbefragung wurde durch Nachbefragungen, Ausfall- und Fluktuationsprüfungen abgesichert, auf dieser Grundlage wurde eine bundesweite Hochrechnung aufgestellt (mehr dazu in Kapitel 3.2).

Im zweiten Schritt (Stufe B) wurden 38 repräsentative Angebote der vertieften Qualitätsanalyse unterzogen, um die Befunde über Stärken und Verbesserungsbedarf der Arbeitsformen und Programme abzusichern. In diesem Zusammenhang wurde nun zusätzlich das von der BZgA und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gemeinsam entwickelte Informationssystem für Prävention und Gesundheitsförderung (QIP) eingesetzt. Einbezogen waren dafür auch 19 Expertinnen und Experten führender Fachgesellschaften, die dabei Gutachteraufgaben wahrnahmen.

Die in beiden Stufen abgefragten Kriterien stützen sich auf die verfügbare Evidenz, das heißt auf Metaanalysen und Leitlinien über die Gestaltung wirkungsvoller und erfolgreicher Programme. Einbezogen waren, wie in Kapitel 2 erwähnt, insbesondere die Studien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), die Behandlungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), das Konsensuspapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der 2005 erstellte Qualitätsraster der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Alle Schritte der Studie wurden vom Fachkreis der BZgA begleitet und diskutiert, und auch die Auswahl der Kriterien für die Instrumente wurde mehrfach durch Expertinnen und Experten validiert. Die Studie klärt mit dieser breiten Datenbasis und der zweistufigen Vorgehensweise die Ausgangslage für künftige Evaluationen und Wirkungsnachweise präventiver Programme. Da es sich um eine Bestandsaufnahme handelt, umfasst sie noch nicht die Outcome-Messungen. Unter Bezug auf die Ergebnisse hat der Steuerungskreis der BZgA 2005 die erwähnte laufende Beobachtungsstudie konzipiert und initiiert.

In Tabelle 1 sind alle Untersuchungsschritte beider Stufen im Überblick abgebildet.

Stufe	Schritt	Zeit	Teilstichprobe	Auswertungsergebnis
<b>Stufe A</b>	<b>Recherche</b> in Fachverzeichnissen und Datensätzen	Januar 2004	4657 Anbieter	Zahl erfasster relevanter Angebote
	<b>Exploration</b> der 15 wichtigsten Versorgungszweige	Februar bis März 2004	2374 Anbieter	Stichprobenbestimmung in den relevanten Versorgungszweigen
	<b>Ersterhebung</b> zu Stufe A, mit Nachbefragungen und Ausfallkontrollen	März bis Juli 2004	417 Angebote	Hochrechnung der gesamten Versorgung → 708 Angebote und Typenbildung
	<b>Nacherhebung</b> zur Vervollständigung von Stufe A	Oktober 2004 bis 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
	<b>Fortbestandserhebung</b> zu Stufe A	Februar/ März 2005	88 Einrichtungen der Erstbefragung (gezogene Stichprobe: 93)	Fluktuationsschätzung (Prüfung des Fortbestehens der Angebote)
<b>Stufe B</b>	<b>Vertiefte Qualitätsanalysen</b>	Januar bis 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

## 3.2 Vorgehen bei der Bestandsaufnahme (Stufe A)

Die erste Stufe (Stufe A) verfolgt das Ziel, ein bundesweites Versorgungsbild verfügbarer Angebote, ihrer Arbeitsrahmen, Einrichtungstypen und zentraler Qualitätsmerkmale zu erhalten. Auf dieser Basis wird eine Typisierung vorgenommen, die der tatsächlichen Versorgungssituation entspricht. Im Folgenden wird dargestellt, wie die Datenbasis entstand, wie der Fragebogen entwickelt wurde, welche Einrichtungen befragt wurden, wie die Repräsentativkontrolle erfolgte, wie sich der Rücklauf darstellte und auf welchen Grundlagen die Auswertung und Typisierung/Clusterbildung erfolgte.

Von 4657 recherchierten relevanten Angeboten verschiedener Fachverzeichnisse und Datensätze wurden 2374 Angebote in die Stichprobe einbezogen (51 %); bereinigt um falsche Adressen kam ein Nettorücklauf von rund 44 % dieser Stichprobe zustande. Von den „Nicht-Antwortern“ wurden 29 % systematisch kontaktiert, wobei sich eine mittlere Fehlerquote (Ausfall echter Angebote) von 25 % auf die Erstbefragung zeigte. Aus der Erstbefragung und ihrer Fehlerquote wurden das „wahre Angebot“ der verschiedenen Anbieterzweige und – in Verbindung mit ihrer mittleren Teilnehmerzahl laut Hauptdatensatz – die jährlich erreichte Personenmenge geschätzt. Die in die Endauswertung aufgenommenen 417 Fragebogen erfassen etwa 59 % der bundesweiten realen Angebote. Die Erfassung ist für die verschiedenen Zweige unterschiedlich gut gelungen – besonders hoch ist sie bei großen und kontinuierlich arbeitenden Einrichtungsarten wie Gesundheitsämtern und Kliniken, während bei den verschiedenen Beratungsstellen mit einem hohen Anteil „unechter“ Werte aufgrund von Fluktuation zu rechnen ist. Der Rücklauf liegt mit rund 30 % über dem der Befragung von Reinehr und Wabitsch (2003) mit der Rücklaufquote von rund 20 %. Damit ist der Rücklauf als relativ gut einzuordnen, zumal zusätzlich eine systematische Repräsentativitätskontrolle die Aussagekraft der Daten sicherstellt. Auf diese Weise kann, mindestens auf der Ebene des Gesamtangebots, eine hohe Reliabilität gesichert werden.

Im Rahmen der Stichprobenziehung zu Stufe B (siehe Kapitel 3.3) fand knapp ein Jahr nach Beginn eine Fluktuationkontrolle statt. Aus den acht generierten Versorgungstypen wurden durch quotierte Zufallsziehung 95 Projekte ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Hierfür stand zur Sicherung der Erhebungsgenauigkeit eine Woche zur Verfügung; in dieser Zeit konnten 88 Einrichtungen erreicht werden (93 %). Bei diesen wurde geprüft, ob das in die Bestandsaufnahme eingegangene Angebot noch weiterhin existierte.

Zur Ergänzung des Datensatzes der Ersterhebung fanden zwei Nacherhebungen statt: Zu Jahresende 2004 wurde über Fachzeitschriften das Angebot gemacht, sich an der Bestandsaufnahme zu beteiligen, um Grundlagendaten für eine geplante Beobachtungsstudie der BZgA zu liefern. Auf diese Ausschreibung hin meldeten sich weitere 56 Angebote. Zu Jahresbeginn 2005 wurden die verfügbaren Datensätze mit den Zentren abgeglichen, die sich gegenüber der Leitung der Beobachtungsstudie zur Beteiligung an dieser Studie bereit erklärt hatten, und noch nicht erfasste Angebote mit Bitte um Rücksendung des Kurzbogens angeschrieben. Auf dieses Anschreiben hin sandten 19 Angebote verwertbare Bogen ein; weitere sieben Angebote waren bereits unter anderer Bezeichnung oder anderem Ansprechpartner im Datensatz erfasst, drei waren erloschen.

Grundlage der Analyse zur Versorgungslage (Stufe A) bildeten nun 492 Angebote, einschließlich der Erträge der Nachbefragungen und der Nachmeldungen bis Februar 2005. Projekte mit ausschließlich präventiver Ausrichtung ohne ausdrückliche Behandlung von Adipositas, Übergewicht, damit assoziierten Erkrankungen oder Eltern betroffener Kinder sind aus dieser Gruppe bereits ausgeschlossen. Die Merkmale der Stichprobe gehen aus der deskriptiven Auswertung hervor.

### 3.2.1 Fragebogenentwicklung und Gestaltungskriterien

Um der Menge und Unterschiedlichkeit der Angebote gerecht zu werden, wurde für die erste Bestandsaufnahme (Screening) der Fragebogen (siehe Kapitel 7.1) mit den Expertinnen und Experten der BZgA und des projektbegleitenden Fachkreises validiert (siehe Kapitel 7.2).

Wie bereits erwähnt, baut der Fragebogen auf Grundlage der Struktur von QIP auf. Er umfasst zwei Seiten mit 150 Items, die von dem oben genannten Fachkreis der BZgA unter fachlichen, aber auch unter Gesichtspunkten der Handhabbarkeit validiert wurden. Er erfasst

- Rahmenbedingungen des Angebots (Einrichtungsart, Teilnehmerzahl, Angebotsdauer und -kosten, jährliche Inanspruchnahme),
- Merkmale der Behandlungsqualität von konsensfähigen, gut operationalisierbaren Qualitätskriterien in den Behandlungsleitlinien führender Fachgesellschaften und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (z. B. Handbuch, Elterneinbeziehung, Kombinationsansatz aus bewegungs-, ernährungs- und verhaltensmodifizierenden Modulen).

Der Fragebogen erlaubt es, das ganze Feld mit allen relevanten Einrichtungsarten und Berufsgruppen anzusprechen. Er besteht aus 21 Oberkategorien verschiedenen Umfangs mit – zumeist nominal skalierten – Einzelitems.

Abgefragt wurden primär Kriterien zur Struktur- und Konzeptqualität sowie zur Diagnose- und Prozessqualität, daneben quantitative Merkmale der Versorgungsleistung, vor allem Dosis, Kosten, Abbruchquoten, jährliche Maßnahmen- und Teilnehmerzahl (siehe Kapitel 7.1).

Die in der Bestandsaufnahme eingesetzten Kriterien wurden mit neueren Berichten zur Behandlung und Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen verglichen, die während des Projekts erschienen sind. Dabei konnten keine Unstimmigkeiten festgestellt werden, das heißt, kein abgefragtes Kriterium wurde in jüngeren empirisch gestützten Veröffentlichungen als ungültig widerlegt. Die Literatur bestätigt vielmehr durchgehend ein zielgruppenorientiertes, strukturiertes, multimodales und somit auch interdisziplinäres Interventionskonzept als Grundlage eines wirksamen Vorgehens (Östman et al. 2004). Allerdings zeigen die entsprechenden Studien und Berichte auch, dass ein rein verhaltenspräventives, behandlungsorientiertes Vorgehen allein weniger erreichen kann als das Zusammenwirken von Verhaltens- und Verhältnisprävention, zum Beispiel durch Ausgestaltung von Transportwegen und Angeboten gesunder Gemeinschaftsernährung, durch den Einbezug von Settingprojekten und gesellschaftlichen Kampagnen (Connolly 2005).

Mit dem Fragebogen erhielten die Anbieter ein motivierendes Anschreiben der BZgA mit Verweis auf die Notwendigkeit der Studie und auf die Relevanz der Mitarbeit für die Anbieter. Des Weiteren befanden sich im Anhang des Anschreibens eine Kurzfassung des gesamten Projektvorhabens der BZgA sowie eine Einbettung der vorliegenden Studie in den Qualitätssicherungsprozess und die Vorstellung der beteiligten Arbeitsgruppenmitglieder. So wurden die Einrichtungen zugleich über den Qualitätssicherungsprozess der BZgA und ihrer Kooperationspartner informiert und aktiv in den Prozess der Bestandsaufnahme einbezogen.

### **3.2.2 Recherche und Exploration relevanter Anbieter und Angebote**

Das Vorgehen bei Felderschließung und Stichprobenbildung entspricht zweistufigen Auswahlverfahren für Stichproben in der Markt- und Meinungsfors-

schung, insbesondere der Auswahl merkmalsdefinierter sogenannter Klumpenstichproben mit anschließender Zufallsziehung (Löffler 1999). Prinzipiell lassen sich zunächst alle Versorgungsleistungen institutionell durch (mindestens) drei Dimensionen beschreiben:

1. Art der durchführenden Einrichtung (zum Beispiel Praxis, Klinik, Gesundheitsamt),
2. Kostenträger (Krankenkassen),
3. Zugehörigkeit zu einem eingeführten Programm oder einer zentral organisierten Fachrichtung (zum Beispiel Anschluss an ein Verfahren der Qualitätssicherung im Rahmen einer Zertifizierung oder in Kooperation mit einer Fachgesellschaft).

Eine Versorgungsleistung kann also in jeder dieser Dimensionen recherchiert und erfasst werden. Welche Dimension gut geeignet ist, hängt vom Organisationsgrad des Feldes und vom Kenntnisstand der beteiligten Akteurinnen und Akteure ab. So führen die Krankenkassen beispielsweise für Prävention keine zentralen Register, sondern nur eine über verschiedene Vorhaben kumulierte Dokumentation als Grundlage einer Jahresberichterstattung, aus der einzelne Angebote nicht zurückverfolgt werden können. Für die Bestandsaufnahme kam auch die Datenerhebung auf Grundlage der Programmzugehörigkeit nicht infrage, weil nicht gesichert war, dass alle relevanten Angebote tatsächlich bestimmten Programmen angehören.

Daher basiert die Datenerhebung auf einer systematischen Recherche durchführender Einrichtungen aus allen verfügbaren Quellen. Angebote von Krankenkassen gingen zur Vermeidung von Doppelnennungen durch Kostenträger und durchführende Einrichtung nicht in die Analyse ein, wenn durch Fragebogeninterpretation oder Nachbefragung nicht gesichert werden konnte, dass es sich um ein von Kassenangehörigen durchgeführtes Projekt handelte, das im Rahmen der Erhebung noch nicht angesprochen worden war. Bei künftigen Weiterentwicklungen der Versorgungsanalyse des Feldes wird es nun mit der zunehmenden Transparenz der Versorgungslage besser möglich werden, Daten der verschiedenen Beschreibungsdimensionen (Einrichtung, Kostenträger, Programmzugehörigkeit) systematisch miteinander in Beziehung zu setzen.

Die Grundlage der Datensätze bildeten „aktive Melder“, das heißt solche Einrichtungen, die ihre Angebote aktiv durch Darstellung in Fachverzeichnissen oder Websites bekannt gemacht hatten oder die aus Veröffentlichungen bekannt waren (Reinehr et al. 2002; Venhaus und Wickenkamp 2002). Durchge-

sehen wurden mehrere Hundert Websites und Verzeichnisse relevanter Berufs- und Fachverbände, Behörden und Fachdatenbanken. Hintergrund des Vorgehens bildeten zwei Annahmen:

1. Auch kleinere Anbieter müssen zur Wahrung ihrer Professionalität und Sichtbarkeit ihre Maßnahmen für Kunden und kooperierende Akteurinnen bzw. Akteure – zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte oder Krankenkassen – im Web oder in Fachverzeichnissen kenntlich machen. Daher sind entsprechende Verzeichnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit sachlich einschlägig und einigermaßen vollständig.
2. Wenn unter den „aktiven Meldern“ Ausfälle an Angeboten und Qualitätskriterien zu beobachten sind, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass bei weniger aktiven Einrichtungen, die sich nicht um breite fachöffentliche und allgemeine Bekanntmachung bemühen, solche Ausfälle noch viel größer sind. Das Erhebungsverfahren liefert demzufolge ein wirklichkeitsnahes Bild von Versorgungsumfang und -qualität.

Die Ergebnisse der Sichtung zeigten acht Anbieterzweige, die bei der Behandlung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher eine maßgebliche Rolle spielen:

- Kliniken,
- kinderärztliche Praxen,
- allgemeinärztliche Praxen,
- Ernährungsberatungsstellen sowie
- weitere unspezifische Beratungsstellen (zum Beispiel Sucht),
- psychotherapeutische Praxen,
- Gesundheitsämter und
- sozialpädiatrische Zentren.

Im Anschluss an die Internetrecherche der wichtigsten Anbieter für die Behandlung von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen wurde in Form von telefonischer Kontaktaufnahme stichprobenartig die tatsächliche Dichte der Angebote in den einzelnen Zweigen ermittelt. Vor diesem Hintergrund wurde die Entscheidung darüber getroffen, welche Zweige aufgrund der hohen Angebotsdichte voll erhoben werden beziehungsweise in welchen Zweigen aufgrund der niedrigen Angebotsdichte lediglich Stichproben aus der Grundgesamtheit gezogen werden sollten. Einige Zweige wurden aufgrund der marginalen Angebotsdichte von der Befragung ausgeschlossen (zum Beispiel Schulen, Kindergärten, Volkshochschulen, Sportvereine).

Eine Vollerhebung wurde für folgende Zweige vorgenommen:

- Kinderkliniken mit Schwerpunkt auf Essstörungen,
- Beratungsstellen – sowohl der Ernährungsberatung als auch andere thematisch mit Ernährung befasste Zweige (Familienberatungsstellen) – und
- die Berufsgruppen der Ökotrophologen und Ökotrophologinnen sowie der Diätassistenten und -assistentinnen.

Zufallsstichproben wurden aufgrund geringerer oder uneinheitlicher Angebotsdichte für die Bereiche

- Gesundheitsämter,
  - Kinderärztinnen und -ärzte,
  - Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,
  - kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und
  - Kinderkliniken ohne Essstörungsschwerpunkt
- gezogen.

### 3.2.3 Repräsentativitätskontrolle und Hochrechnung

Zur Sicherung der Repräsentativität des Rücklaufs wurde im Anschluss an die Erstbefragung für jeden Anbieterzweig zur Nachbefragung eine Zufallsstichprobe von etwa 20 % der Netto-Ausfälle (Gesamtausfälle, bereinigt um falsche Adressen) gezogen. Anhand dieser ausgewählten Nachbefragungen wurde überprüft,

1. inwieweit potenzielle Anbieter, die nicht auf Anschreiben und Fragebogenverteilung reagiert hatten, tatsächlich kein Angebot für die entsprechende Zielgruppe bereitstellen,
2. falls doch, welche Gründe die Nichtbeteiligung an der Befragung hatte.

Zugleich wurden die dabei neu ermittelten Angebote per Fragebogen nacherhoben. In den meisten Anbieterzweigen boten Einrichtungen, die nicht geantwortet hatten, tatsächlich keine Angebote an. Die Einrichtungen, die in der Erstbefragung nicht geantwortet, aber auf Nachbefragung ein Angebot geschickt hatten, wurden auf den Stichprobenumfang als Nachbefragung prozentuiert und als Fehlerquote für die Hochrechnung verwendet.

Eine weitere telefonische Nachkontrolle wurde nach der letzten Auswertung erforderlich, da der begleitende Fachkreis der BZgA rein primärpräventive Maßnahmen ausgeschlossen hatte, weil lediglich Angebote der sekundären

und tertiären Prävention in die Befragung aufgenommen werden sollten. Unspezifische oder primärpräventive Maßnahmen wurden daraufhin aus der Auswertung ausgeschlossen (ca. 40 Fragebogen oder 9 % des Datenumfangs der Ersterhebung).

Die Ergebnisse der telefonischen Nachkontrolle ermöglichten eine Hochrechnung der bestehenden Angebote in der Bundesrepublik. Vor diesem Hintergrund konnten repräsentative Daten für die Versorgungssituation in ganz Deutschland ermittelt werden. Neben der Frage, wie viele der Anbieter tatsächlich betroffene Kinder behandeln, konnte über die Ermittlung einer durchschnittlichen Teilnehmeranzahl der an der Erhebung beteiligten Einrichtungen zudem errechnet werden, wie vielen Kindern in Deutschland im Jahresmittel eine Behandlung zuteil werden kann.

Das Vorgehen bei der Hochrechnung wurde konservativ gestaltet, um die Fehlerquellen zu begrenzen:

- Die Hochrechnung beruht auf den Stichprobenbildungen und Nachkontrollen (Ausfallbefragungen) der Ersterhebung. Sie wurde Ende Juli 2004 abgeschlossen; die Zahl der sozialpädiatrischen Zentren und der Gesundheitsämter wurde dafür aktualisiert, weil deren Befragung sich wegen des relativ späten Erhebungsbeginns und behördeninterner Besonderheiten bei der Weiterleitung der Fragebogen bis zu diesem Zeitpunkt hinstreckte.
- Der weitere Fragebogenrücklauf in den anderen Zweigen diente nur zur Datenverbesserung, das heißt, die Zahl dokumentierter Angebote aus der Stichprobe der Erstbefragung stieg, die Fehlerquote ging dementsprechend leicht zurück.
- Die Angebote der Erstbefragung wurden um alle Angebote primärpräventiver Ausrichtung bereinigt. Dadurch wurde vor allem die Zahl ambulanter Angebote vermindert (insbesondere die der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen); so sank die Zahl der geschätzten „wahren“ Angebote gegenüber dem zuvor im projektbegleitenden Arbeitskreis diskutierten Umfang um etwa 10 % ab.

### **3.2.4 Qualitätsschätzer zur Bewertung der Maßnahmen**

Um die Qualität eines Angebots neutral abschätzen zu können, werden, wie in der Versorgungsstudie mehrfach betont, eindeutige und zuverlässige Kriterien benötigt (siehe Abbildung 1 auf Seite 36). Schlecht gewählte Kriterien können zur Bevorzugung bestimmter Angebote beitragen und somit andere Angebote

im Vergleich schlechter darstellen, als sie es in Wahrheit sind. Da die Verwendung weniger einzelner Kriterien die Gefahr einer Verzerrung mit sich bringt, sollten mehrere Kriterien eingesetzt werden. Die Hauptkriterien sollen zudem möglichst alle wichtigen Bereiche der Versorgungsleistung erfassen, das heißt Struktur-, Konzept- und Prozessqualität, möglichst auch Ergebnisqualität (oder mindestens indirekt deren Erfassung bei den Einrichtungen). Unter diesen Vorgaben wurden drei Indikatoren (im Folgenden werden sie auch Qualitätsschätzer genannt) gebildet und im Zuge der Angebotsprüfung bei den eingehenden Fragebogen herangezogen:

- 1. Einfacher Indikator – Qualitätsschätzer I:** Im ersten Schritt wurde dafür ein Qualitätsschätzer aus 14 auf Evidenz und Leitlinien gestützten Hauptkriterien bestimmt, der die wichtigsten Behandlungsaspekte umfasst, unter anderem Strukturmerkmale (interdisziplinäres Team), Zieldefinitionen, Eingangs- und Abschlussdiagnostik, Behandlungsprozess (multimodaler Ansatz, Einbeziehung der Eltern) und Nachbetreuung (siehe Abbildung 1). Die fehlenden Werte der Fragebogen wurden zunächst als „Frage nicht beantwortbar“ definiert, die Bogen fielen dadurch aus der Auswertung heraus. Der aus dieser Interpretation der Missingwerte resultierende zusammenfassende Indikator wird als Qualitätsschätzer I bezeichnet. Er wurde für die Auswertung der Ersterhebungsstichprobe von 417 Einrichtungen verwendet (zum Beispiel für die Regressionsrechnung der Qualität auf die angegebenen Kosten).
- 2. Konservativer Indikator – Qualitätsschätzer II:** Die Verwendung des Qualitätsschätzers I hatte den Ausschluss vieler Fragebogen zur Folge. Deswegen wurde zur weiteren Auswertung Qualitätsschätzer II eingesetzt. Er ist konservativer berechnet: Fehlende Angaben werden nun als Nichteinhaltung des Qualitätskriteriums aufgefasst. Dies ist sachlich angemessen, da ein Anbieter imstande sein muss, einfache sachliche Merkmale des von ihm angewendeten Programms zu beschreiben (zum Beispiel Art und Umfang der eingesetzten Diagnostik, Bekanntheit der Abbrecherquote, Verfügbarkeit eines Handbuchs, Bestimmung der Altersgrenzen der eigenen Zielgruppe etc.). Da Missingwerte auf Null umkodiert werden konnten („Kriterium nicht erfüllt“), erhöhte sich auch die Stichprobengröße; zugleich sank die durchschnittlich erreichte Quote erfüllter Kriterien um durchschnittlich 10% (dies war zuvor der Umfang der nicht ausgefüllten Fragen). Qualitätsschätzer II wurde für die Auswertungen der Gesamtstichprobe von 492 Einrichtungen und für die Clusteranalyse benutzt, er liegt also den Beschreibungen der Versorgungslage zugrunde.
- 3. Erweiterter konservativer Indikator – Qualitätsschätzer III:** Nach Diskussionen im projektbegleitenden Fachkreis der BZgA wurde ein weiteres

Hauptkriterium mit Zahl der Teilkriterien (in Klammern)	Zur Erfüllung des Hauptkriteriums gemeinsam erforderliche Teilkriterien
Arbeit nach Manual (1)	
Definierte Altersgrenzen für Behandlung (1)	
Ausschlusskriterien für eine Behandlung sind definiert (1)	
Abbruchquote wird erfasst (1)	
Leitliniengestützte Interventionsziele (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewicht halten</li> <li>• oder (alternativ) Gewicht verringern</li> <li>• Bewegungsverhalten verändern</li> <li>• Essverhalten verändern</li> </ul>
Eltern in die Intervention integriert (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eltern als Zielgruppe definiert</li> <li>• Eltern einbezogen (Module mit Eltern)</li> </ul>
Erhebung der Änderungsmotivation (1)	
Ausschluss somatischer Erkrankungen (1)	
Diagnostik psychischer Störungen (1 )	
Leitliniengestützte Anfangsdiagnostik (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik für BMI</li> <li>• Essverhalten</li> <li>• körperliche Aktivität</li> <li>• psychosoziale Belastungen</li> </ul>
Interdisziplinäres Team (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt/Ärztin</li> <li>• Psychotherapeut/-in</li> <li>• Bewegungstherapeut/-in</li> <li>• Ernährungsfachkraft, d. h. alternativ: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ökotrophologe/Ökotrophologin</li> <li>– oder Diätassistent/-in</li> <li>– oder Ernährungsberater/-in</li> </ul> </li> </ul>
Multimodaler Therapieansatz (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modul/e zu Bewegung/Sport</li> <li>• Modul/e zu Ernährung</li> <li>• Modul/e zu Verhaltensmodifikation oder Individual- oder Gruppentherapie</li> <li>• Modul/e zu Gesundheitsinformation oder Psychoedukation</li> </ul>
Abschlussdiagnostik (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI</li> <li>• Essverhalten</li> <li>• Bewegung/körperliche Aktivität</li> <li>• psychosozialer Status/Belastungen</li> </ul>
Nachbetreuung (1)	
<b>Zusätzlich in Qualitätsschätzer III:</b> Labordiagnostik (1)	

Abb. 1: Aufbau der Qualitätsschätzer I, II und III

leitliniengestütztes Kriterium einbezogen: die Durchführung von Labor-  
diagnostik. Sie ist insbesondere für die Diagnose der nach § 43 SGB V  
finanzierten Behandlung von Begleiterkrankungen wichtig und hilft, deren  
Ausprägung (zum Beispiel die Frühformen eines Diabetes mellitus Typ II)  
sekundär- und tertiärpräventiv zu bearbeiten. Der dritte erweiterte Indika-  
tor wurde als Qualitätsschätzer III bezeichnet. Während Qualitätsschätzer I  
und II somit 14 leitlinienbasierte Qualitätskriterien umfassen, sind hier  
15 Hauptkriterien berücksichtigt. Verlässlichkeit und Verteilungseigen-  
schaften der drei Indikatoren wurden mehrfach am Datensatz geprüft.

### 3.2.5 Kostenschätzer zur Bewertung der Maßnahmen

Die Angaben zu den Kosten der Behandlung erfolgten auf Grundlage von drei  
verschiedenen vorgegebenen Kategorien:

1. Kosten pro Stunde,
2. Kosten pro Monat und
3. Kosten pro Jahr.

Sowohl die Träger als auch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Behand-  
lung wurden nach diesen drei Kategorien befragt. Um sinnvolle Vergleiche  
zwischen den Einrichtungsarten zu ermöglichen und um Aussagen über die  
Kosten aufgrund einer breiteren Erhebungsbasis zu treffen, war allerdings eine  
Vereinheitlichung erforderlich. Der Sinn der Berechnung eines Kostenschät-  
zers lag darin, diese unterschiedlichen Angaben auf Kosten pro Behandlungs-  
stunde zusammenzuführen. Einschränkend muss festgehalten werden, dass bei  
einer solchen Vereinheitlichung viele individuelle Informationen verloren  
gehen können, was eine potenzielle Fehlerquelle darstellt. Deshalb darf die  
vereinheitlichte Berechnung mit dem Kostenschätzer nur als Weg aufgefasst  
werden, überhaupt eine Analyse des Feldes vornehmen zu können und dabei  
zugleich mögliche Wechselwirkungen im Blick zu haben. Die Berechnungs-  
schritte für die Kosten der Maßnahme stellt Abbildung 2 auf Seite 38 dar.

### 3.2.6 Bestimmung von Qualitätsprofilen/Angebotstypen

Häufig ergeben sich bei komplexen Versorgungsanalysen in Feldern mit mul-  
tiplen und unstrukturierten Behandlungsprogrammen sehr schwer interpre-  
tierbare Einzelbefunde, die kein klares Gesamtbild gestatten und keine Ver-  
gleiche zulassen.

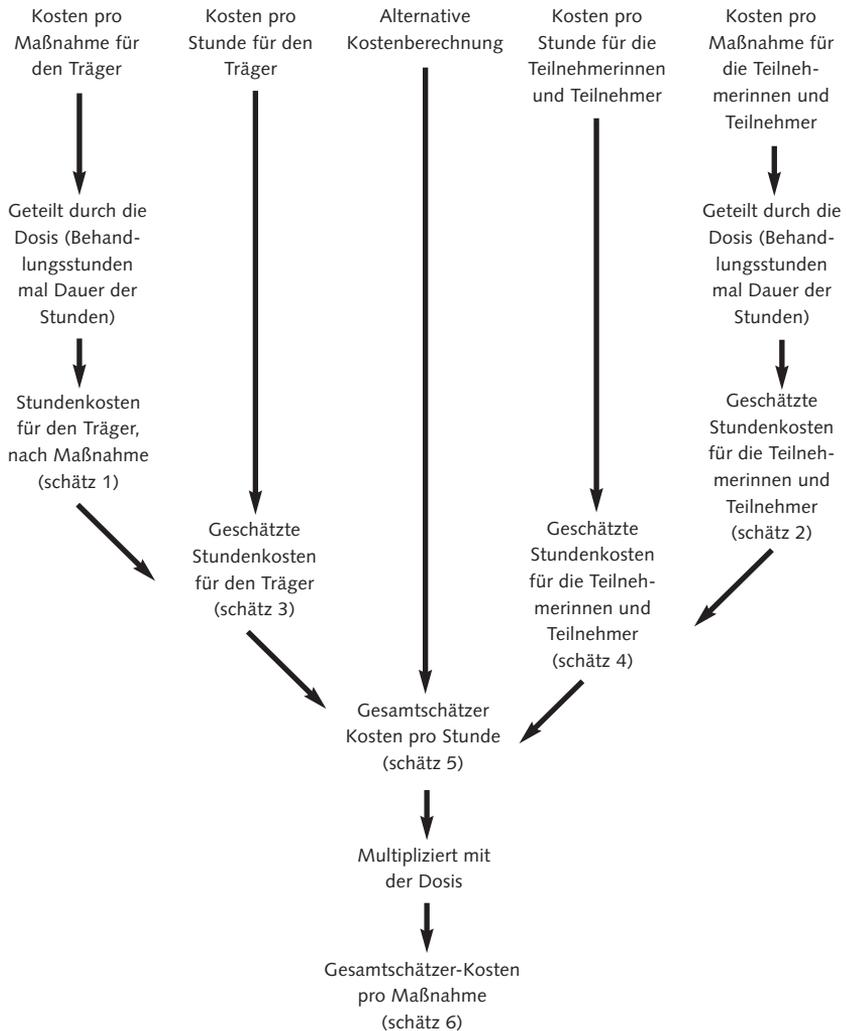


Abb. 2: Berechnung des Kostenschätzers

Betrachtet man ausschließlich die wichtigsten institutionellen Beschreibungsmerkmale (Versorgungsrahmen, Einrichtungsart), so ergeben sich in der Regel verschwommene und überlagernde Profile. Die verschiedenen Qualitätskriterien werden mal von der einen, mal von der anderen Anbietergruppe erfüllt; die Abstände und die Reihenfolge zwischen ihnen sind jeweils unterschiedlich. Hier erschwert die ausgeprägte Varianz innerhalb der Gruppen die Ein-

grenzung klarer Qualitätsprofile der dort angebotenen Maßnahmen. Das ist für die Versorgungssteuerung schwierig, weil Folgerungen so nur schwer möglich sind, besonders wenn die Streuung innerhalb der einzelnen Merkmale groß ist. Deshalb ist eine multivariate Zusammenfassung der Angebotsarten mit einem typenbildenden Verfahren bzw. der Entwicklung aussagefähiger Qualitätsprofile erforderlich. Der besondere Nutzen dieser Untersuchung liegt

Qualitätsdimension	Qualitätskriterium	darin zusammengef. Items
Konzeptqualität	1. Manualisierung (schriftliches Konzept)	1
	2. Vorliegen von Ausschlusskriterien für die Programmteilnahme	1
	3. Vier Hauptzielsetzungen nach Leitlinien (Verbesserung von Bewegungs- und Essverhalten, Gewichtsreduktion/-stabilisierung)	7
Zielgruppenauswahl	4. Eingegrenzte Altersgruppe	1
	5. Eltern als Zielgruppe einbezogen	1
Diagnosequalität	6. Ärztliche Ausschlussuntersuchung somatischer Erkrankung	1
	7. Ausschlussdiagnostik psychischer Erkrankungen	1
	8. Ermittlung der Änderungsmotivation zu Beginn (Gespräch oder Test)	5
	9. Diagnostik zu Anfang und Ende (BMI, Essverhalten, Bewegung, Belastungen, Labordiagnostik)	17
Prozessqualität	10. Multimodales Vorgehen, d. h. Module für die vier Hauptinhalte nach Leitlinien: Bewegung, Ernährung, Gesundheitsinformation, Verhaltensmodifikation (Psychotherapie, persönliche Beratung oder psychosoziale Maßnahmen)	8
	11. Angebot für Eltern für mindestens einen Interventionsbereich vorhanden	7
	12. Erfassung von Abbruchquoten	1
Strukturqualität	13. Multidisziplinäres Team (Medizin, Bewegung, Psychologie, Ernährung)	10
	14. Behandelnde Formen der Nachbetreuung sind verfügbar	3
<b>Summe der bei Typenbildung berücksichtigten Items:</b>		<b>64</b>

Tab. 2: Qualitätskriterien für die Clusterbildung

deshalb in einer eindeutigen Unterscheidbarkeit der Angebote nach Qualitätsprofilen statt der Orientierung an reinen Formalkriterien wie Versorgungsrahmen oder Kostenhöhe (die überdies zu falschen Schlussfolgerungen führen können).

Zur Typenbildung wurden ausschließlich die zentralen Qualitätsmerkmale der Versorgungsangebote als jeweils einzelne Faktoren herangezogen (siehe Tabelle 2 auf Seite 39).

Die Typenbildung stützte sich nur auf diese klar dokumentierten Qualitätsmerkmale. Zugleich wurde bei der Entwicklung von aussagekräftigen Qualifikationsprofilen darauf geachtet, eine stabile Lösung zu erreichen, die zum einen diversen Validitätsprüfungen standhält und zum anderen auch dafür sorgt, dass eine erhöhte Transparenz und Übersichtlichkeit hergestellt wird. Bei der Typenbildung bzw. der Ermittlung von Qualitätsprofilen wurde deshalb Folgendes bedacht und überprüft:

- Ab acht Typen gelingt die Zusammenführung verschiedener Einrichtungstypen und Versorgungsrahmen in einen Einzeltypen gut; sechs oder sieben Typen erweisen sich bei Validitätsüberprüfungen als zu undifferenziert.
- Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollte kein Typ weniger als 5 % der untersuchten Angebote (also etwa 20 Angebote in der Ersterhebung) umfassen.
- Die Objektzuweisung (Clustereinteilung) von acht Typen wurde mit anderen Lösungen verglichen und zeigt die geringsten Informationsverluste.
- Die Schlüssigkeit der Klassifikation in acht Qualitätsprofile/Typen wurde anhand ihrer Unterscheidungskraft für ausgewählte Variablen erfolgreich überprüft.

Mit den ermittelten Qualifikationsprofilen, die sich in acht Angebotstypen niederschlagen, wurde nun erstmalig die Möglichkeit geschaffen, differenzierte Qualitätsbewertungen vorzunehmen, die fundierte Rückschlüsse zulassen. Die Darstellung der Ergebnisse der Versorgungsstudie (siehe Kapitel 4) zeigt deutlich, dass eine reine Orientierung an Formalkriterien, wie Kostenhöhe oder Einrichtungsart in die Irre führen kann und dass für den Ausbau hochwertiger Maßnahmen dringend konkrete und nachvollziehbare Qualitätsmerkmale benötigt wurden (siehe dazu Kapitel 4.1.7, Tabelle 8).

## 3.3 Schritte der vertieften Qualitätsanalyse (Stufe B)

Ziel der vertieften Qualitätsanalyse in Stufe B ist es, die Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme aus Stufe A durch vertiefte Qualitätsanalysen repräsentativer Einzelangebote zu validieren und Optimierungsansätze zu entwickeln. Zugleich bot sich hiermit die Möglichkeit, das gemeinsam von der BZgA und der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf entwickelte „QIP“ zur Anwendung zu bringen und weitere Erfahrungen im Feld zu sammeln. Damit kann also der Nutzen dieses Instruments zur evidenzbasierten Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung ermittelt werden. Da das Instrument auch künftig zur Qualitätssicherung Anwendung finden soll, wird das neue Begutachtungsinstrument im Folgenden vorgestellt.

### 3.3.1 QIP – Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Wie eingangs beschrieben, fehlten bisher adäquate Verfahren für die Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die aktuell verfügbaren Instrumente und Methoden zur Qualitätsabschätzung zeichnen sich durch eine extreme Vielfalt aus. Ansätze zur Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen sind bisher kaum mit der Erarbeitung übergreifender, einheitlicher Qualitätskriterien verbunden. Deshalb war die Entwicklung eines Verfahrens erforderlich, das

- zentrale Dimensionen der Präventionsarbeit systematisch und differenziert abfragt,
- die Daten zu vergleichsfähigen Kennziffern und Beschreibungen der Aktivitäten zusammenfasst und
- die Befunde praxisnah an Anbieter und Träger rückkoppeln kann, um die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung kontinuierlich auf allen Ebenen zu verbessern.

Um diese Lücke zu schließen entwickelten die BZgA und die Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit 1999 das Informationssystem zur Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung. Es zielt durch Rückkopplung von erkannten Stärken und Schwächen auf kontinuierliche Verbesserungen in der Prävention. Dafür integriert es bewährte methodische Ansätze aus verschiedenen Versorgungsfeldern, unter

anderem aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung für medizinische Rehabilitation. Das Qualitätssicherungssystem beinhaltet die drei Stufen Datenerhebung, Begutachtung und Rückkopplung, die alle in der aktuellen Versorgungsstudie zum Tragen kommen.

Die inhaltliche Ausrichtung dieses Qualitätssicherungssystems bezieht die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ein, die sich gegenseitig bedingen. Prävention und Gesundheitsförderung können ihre Wirksamkeit nur durch das Zusammenspiel dieser übergeordneten Kriterien entfalten. Auf dieser Prämisse fußend, leiten sich folgende Ziele für die Praxis ab, die mithilfe dieses Instrumentes nun besser eingehalten werden können:

- **Evidenzbasierung**

Es werden nur die wirksamsten Interventionen ausgewählt, die auf dem Stand fachwissenschaftlicher Erkenntnisse aufbauen.

- **Bedarfsorientierung**

Die Aktivitäten werden auf gesundheitspolitisch und epidemiologisch vorrangige Indikationen, Programme und Zielgruppen gelegt.

- **Kontextanpassung**

Die Aufbereitung und Vermittlung der Angebote und Interventionen für die besonderen Bedingungen und Erfordernisse der Zielgruppen und Settings.

Diese Ziele müssen auch in der Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung eng verknüpft und für die verschiedenen Arbeitsfelder eng aufeinander bezogen werden.

Das expertengestützte Assessment, das nun in der Versorgungsstudie zur Anwendung kam, hat sich in der psychosozialen Versorgung für viele Zwecke bewährt, da es einen Rahmen für ein geordnetes, evidenzbasiertes Vorgehen schafft, das zugleich multidimensionale Daten zusammenfasst. Es integriert die einander beeinflussenden Variablen und Zielsetzungen zu Gesamturteilen. Auf diese Weise gelingt es, auf den konkreten Einzelfall einzugehen und sachnahe, konstruktive Vorschläge für die Weiterentwicklung spezifischer Projekte zu entwickeln.

Für die aktuelle Versorgungsstudie stand mit diesem Instrument ein bereits getestetes, evidenzorientiertes Begutachtungsverfahren für die Einschätzung von 28 Dimensionen präventiver Arbeit zur Verfügung (Kliche et al. 2004). In diesen Gesamtrahmen wurden die leitliniengestützten Qualitätskriterien eingearbeitet. Es handelt sich hierbei um 70 Einzelkriterien, die nun die Besonderheiten der Adipositasversorgung sowie der Sekundär- und Tertiärprä-

vention abbilden und auch künftig zur Begutachtung herangezogen werden können. Damit gliedert sich das Assessment-Instrument in sieben Hauptdimensionen präventiver Qualität mit insgesamt 21 Teildimensionen, die nun von zusätzlichen, indikationsspezifischen (adipositasbezogenen) Teilkriterien operationalisiert sind (siehe Kapitel 7.3).

Zur Anwendung dieses Assessment-Instruments waren nun mehrere Schritte zu leisten:

1. Definition einer repräsentativen Stichprobe des Angebotsspektrums. Dazu sollten nach Datenlage geeignete Programme für eine Beschreibung unterschiedlicher Angebotstypen definiert werden.
2. Rekrutierung kooperationsbereiter Projekte sowie Gutachterinnen und Gutachter.
3. Datenerhebung durch Projektdokumentation und Begutachtung. Da die vertiefte Analyse auf die Mitwirkung ausgewählter Programme angewiesen war, musste dafür eine möglichst breite Stichprobe gewonnen werden.
4. Qualitätsanalyse. Die ausgewählten Angebote wurden mithilfe des evidenzbasierten Assessment „QIP“ analysiert (siehe oben).
5. Feedback. Die aus der Analyse abgeleiteten Qualitätsprofile der verschiedenen Angebote wurden den Einrichtungen zurückgemeldet.
6. Auswertung. Die Begutachtungsergebnisse mithilfe des QIP umfassen nun Indikatoren mit 28 Dimensionen der Versorgungsqualität präventiver Arbeit. Diese Indikatoren konnten mit den Befunden der bundesweiten Bestandsaufnahme (Stufe A) in Beziehung gesetzt werden (siehe Kapitel 4).

### 3.3.2 Auswahl und Rekrutierung der Angebote

Die vertiefte Qualitätsbeschreibung sollte das gesamte Spektrum der real vorhandenen Versorgungsqualität abbilden, und zwar in verschiedenen Angebotsrahmen und Einrichtungsarten. Um dies zu gewährleisten, wurde eine quotierte Zufallsziehung vorgenommen. Als Quotierungsgrundlage dienten die übergreifenden Clusteranalysen der bundesweiten Bestandsaufnahme. Aus jeder Gruppe wurden acht Angebote gezogen und gleich für Stufe B zu gewinnen versucht; bei Absage fand eine individuelle Nachziehung statt.

Zur Prüfung der Repräsentativität wurden mögliche Häufigkeits- und Mittelwertsdifferenzen zwischen den ausgewählten Projekten und dem Gesamtdatensatz berechnet. Dabei ergaben sich für eine Vielzahl von Einzelmerkmalen keine signifikanten Unterschiede (Verteilung nach Bundesland, Ein-

richtungsart, Versorgungsrahmen, Einbettung in ein Behandlungsprogramm, Settingangebote für besondere Zielgruppen, Angebotstypen u. Ä.). Die Stichprobenbildung für Stufe B kann damit als repräsentativ für die in Stufe A erfassten Angebote gelten.

Die Anbieter der Projekte wurden telefonisch um Mitwirkung gebeten. Dabei wurden die Ansprechpartnerinnen und -partner auf den engen zeitlichen Rahmen von drei Wochen hingewiesen, der aus Gründen der Genauigkeit erforderlich war. Infolgedessen sagten minder motivierte Projekte sofort ab, vier wollten erst das Erhebungsinstrument durchsehen und sagten dann ebenfalls ab. Zum Ausgleich von Datenausfällen und zur parallelen Durchführung der Fluktuationskontrolle auf die Screeningerberhebung von 2004 wurde eine hohe Zahl von 83 Projekten kontaktiert, von denen 74 eine erste Zusage ihrer Mitwirkung gaben.

Von den 74 Einrichtungen, die der Teilnahme zugestimmt und einen Fragebogen erhalten hatten, sandten 34 Einrichtungen 40 Dokumentationsbogen ihrer Adipositasangebote zurück. Deutliche Ausfälle der Beteiligungsbereitschaft betrafen vor allem Cluster, in denen sich nach den Ergebnissen von Stufe A besonders viele Qualitätsdefizite (Typen 2 und 6) und eine geringere Beteiligungsbereitschaft (erst bei Nacherhebungen) zeigten.

Die für Stufe B verwendete Stichprobe umfasst somit 36 Angebote aus 34 Einrichtungen. Dies sind etwa zu 40 % Maßnahmen in Kliniken, ferner Ernährungsberatungsstellen, zwei Gesundheitsämter, eine Volkshochschule sowie verschiedene andere Beratungsstellen und Einrichtungen.

# 4. Ergebnisse der zweistufigen Bestandserhebung

# 4.1 Erkenntnisse aus der Überblickserhebung

Die folgenden Ergebnisse spiegeln die aktuelle Versorgungslage zu Therapieangeboten für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Deutschland wider. Auf Empfehlung des Fachkreises der BZgA, die die Studie mit ihrer Fachexpertise begleitet hat, fanden hierbei primärpräventive Angebote keine Berücksichtigung, da in diesem Bereich keine eindeutige Ausrichtung auf die Bereiche Adipositas und Übergewicht möglich ist und es sonst zu Verzerrungen in der Angebotsübersicht käme.

## 4.1.1 Umfang, Entwicklung und Fluktuation in der Versorgung

Die Repräsentativkontrollen zur Ersterhebung ermöglichten die Errechnung der Angebotsdichte. Daraus ließ sich die reale Angebotsdichte in den Versorgungszweigen errechnen. Die Hochrechnung ergab bundesweit 708 reale Angebote für übergewichtige oder adipöse Kinder und Jugendliche oder ihre Eltern. Die Angebote erreichen rund 44 000 Personen im Jahr. Die größten Beiträge für die Versorgung leisten Kliniken mit einem Drittel sowie die verschiedenen Ernährungsberatungen und die Gesundheitsämter mit je einem Fünftel der Plätze.

Im Kontrast zu ihrer hohen Zahl und ihrer breiten Zugänglichkeit weisen Fachpraxen der verschiedenen therapeutischen Fächer wie Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde sowie Psychotherapie eine geringe Versorgungsdichte an spezifischen Behandlungsangeboten für Übergewicht und Adipositas auf: von etwa 8 % Allgemeinmedizin bis 17 % Pädiatrie und etwa 24 % Ernährungsberatungspraxen. Kinderärztliche, kinderpsychotherapeutische und kinderpsychiatrische Praxen erreichen damit je etwa 500 Betroffene pro Jahr; die allgemeinärztlichen Praxen erreichen knapp 2200 Personen jährlich, sie haben aber eine ebenso geringe Angebotsdichte.

Der zugrunde liegende Gesamtverteiler entstand über Fachlisten, Websites und Datenbanken, die für die Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas zuständig sind. Die wahre Angebotsdichte an diesen Grundgesamtheiten lag jedoch weit darunter; selbst die verfügbaren Verzeichnisse für Programme (die im Übrigen auch Betroffenen als Auskunftquelle dienen)

hielten in Wirklichkeit nur etwa zu zwei Dritteln tatsächliche Angebote vor, der Rest war mittlerweile erloschen. Diese Daten belegen eine extrem geringe Verlässlichkeit von Selbstmeldungen sowie eine hohe Undurchschaubarkeit der tatsächlich vorhandenen Angebote für die Betroffenen.

Wird von einer Gesamtzahl Betroffener in der Größenordnung von einer Million Personen ausgegangen (Reinehr und Wabitsch 2003), so können bei 44 000 jährlich verfügbaren Behandlungsplätzen (laut Hochrechnung) insgesamt 4,4 % betroffene Kinder und Jugendliche jedes Jahr eine Versorgung erhalten. Legt man weiterhin zugrunde, dass Interventionen zwischen dem 8. und 18. Lebensjahr durchgeführt werden, so können etwa 44 % der Betroffenen ein Behandlungsangebot in Anspruch nehmen; den Schätzfehler von 25 % einkalkuliert, steht damit aktuell eine Versorgung für 33 % bis 55 % der Betroffenen zur Verfügung. Der untere Wert dieser Annahme (8. Lebensjahr) kann empirisch gesichert werden, denn er bildet den Mittelwert der in der Bestandsaufnahme von den Angeboten angegebenen unteren Altersgrenze. Der obere Wert der Annahme liegt zwei Jahre über dem angegebenen empirischen Mittelwert der Einrichtungen, doch gibt es auch Angebote für die 16- bis 18-Jährigen, sodass die obere Altersgrenze der Schätzung ebenfalls realistisch ist.

Nach Daten der AGA-Bestandsaufnahme (Reinehr und Wabitsch 2003) sowie Reinehr (zitiert nach Hoffmann La-Roche AG 2004) ergeben sich Versorgungsangebote für etwa 1 % Betroffener jährlich. Daraus würden sich über die Altersspanne 10 % Gesamtversorgung errechnen (die angeführten Quellen nehmen die Umrechnung auf die gesamte Jugendzeit nicht vor, sondern kalkulieren mit Gesamtprävalenzen und jährlichen Versorgungsplätzen).

Die Zahl vorgefundener Angebote liegt in der hier dargestellten Bestandsaufnahme höher als in anderen Erhebungen mit ähnlicher Fragestellung. Sie gestattet jedoch, die Ursachen der Größenunterschiede im Vergleich der Erhebungen genau einzugrenzen und zur Beschreibung der Versorgungsentwicklung zu nutzen: Reinehr und Wabitsch (2003) fanden in einer Datenerhebung aus dem Jahr 2002 119 ambulante und 56 stationäre, zusammen also 175 Angebote.

In einer neueren Untersuchung ermittelt Reinehr 153 ambulante und 96 stationäre, zusammen also 249 Angebote (Hoffmann La-Roche AG 2004). Bei zusammen ca. 7100 Teilnehmenden errechnen sich aus ihren Daten im Mittel etwa 23 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer für ambulante Angebote, für stationäre etwa 78 pro Jahr. Die in der vorliegenden Untersuchung angestellte Hoch-

rechnung schätzt die reale Zahl der Angebote und versorgter Personen in der Bundesrepublik – zwei Jahre später – auf eine erheblich darüber liegende Größenordnung: auf rund das Fünffache.

In einer BKK-Erhebung zur Versorgung übergewichtiger Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen konnten in der Datenbank der BZgA für Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter 28 % der Programmträger auch nach mehrfachen Kontaktversuchen nicht erreicht werden (Moebus et al. 2005). Die Fluktuationskontrolle (siehe Kapitel 3.2) nach knapp einem Jahr zur Ersterhebung erbrachte, dass von 88 erreichten Einrichtungen 16 Angebote oder mindestens 18,2 % im Verlauf des Jahres 2004 erloschen waren. Es kann von einer ungefähren Fluktuationsquote erloschener Programme von etwa 20 % innerhalb eines Jahres ausgegangen werden. Die Fluktuationsquote in der Größenordnung von 20 bis 30 % kann daher als plausibel betrachtet werden.

Als Ursachen für die Einstellung von Angeboten gaben die Befragten in den Telefoninterviews zur Fluktuationskontrolle der Bestandserhebung an:

- mangelnde Nachfrage, zum Beispiel in ländlichen Gebieten,
- Programmbeendigung nach Stellen- oder Mittelkürzungen, zum Beispiel in allen bayerischen Gesundheitsämtern,
- Schließung einer Klinik bzw. Rückbau von Angeboten in zwei weiteren Kliniken.

Die erloschenen Angebote wurden mit den fortbestehenden Angeboten auf Mittelwertsunterschiede hinsichtlich Arbeitsrahmen, Prozess- und Strukturqualität überprüft. Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen erloschenen und fortbestehenden Angeboten, dies gilt auch hinsichtlich der Einrichtungsarten. Auch der Angebotsrahmen (ambulant, stationär oder gemischt), die Einbettung in ein Programm, die Arbeit für besondere Zielgruppen wie etwa sozial Benachteiligte oder die Versorgungsregion (Bundesland) wiesen keine Unterschiede zwischen erloschenen und fortbestehenden Angeboten auf.

#### **4.1.2 Wichtigste Strukturmerkmale des Gesamtangebots**

Die folgende Auswertung bezieht sich auf den Datensatz mit 492 Maßnahmen, in dem ausschließlich Therapieangebote für betroffene Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden. Ausschließlich präventive Angebote, die sich an

keine spezifische Zielgruppe richten, wurden durch Nachkontrolle aussortiert; Nachmelder wurden hingegen aufgenommen, um eine möglichst breite Feldbeschreibung zu erhalten (vgl. dazu Kapitel 3.2.2).

### *Wichtigste Anbieter*

Die größte Zahl von Angeboten ist in Kliniken zu finden (37%), gefolgt von Ernährungsberatungsstellen (25%), dahinter folgen mit erheblichem Abstand Beratungsstellen (7%), psychotherapeutische Praxen (7%) und Gesundheitsämter (5%).

### *Verteilung der Angebote nach Bundesländern*

Die bevölkerungsreichsten Bundesländer weisen die meisten Angebote auf. Eine Verrechnung der Angebote auf die Bevölkerungsdichte wäre allerdings irreführend, weil sich viele stationäre Einrichtungen in landschaftlich attraktiven Regionen (Küste, Alpen, Mittelgebirge) befinden und dadurch nicht von der Angebotszahl in einem Bundesland auf die für Betroffene lokal oder regional zugänglichen Angebote geschlossen werden kann.

### *Versorgungsrahmen*

Von 492 Angeboten arbeiten 329 ambulant, 90 stationär; 49 kombinieren ambulante und stationäre Module. Von den Anbietern geben 24 „anderes“ an; dazu gehören beispielsweise Koch- und Sportkurse, Projekte in Schulen oder Kindergärten oder einzelne Workshops für bestimmte Einrichtungen.

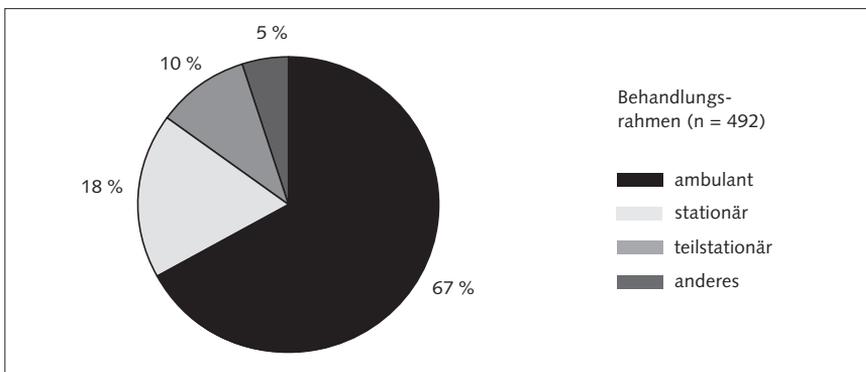


Abb. 3: Anteil der Behandlungsrahmen aller Angebote

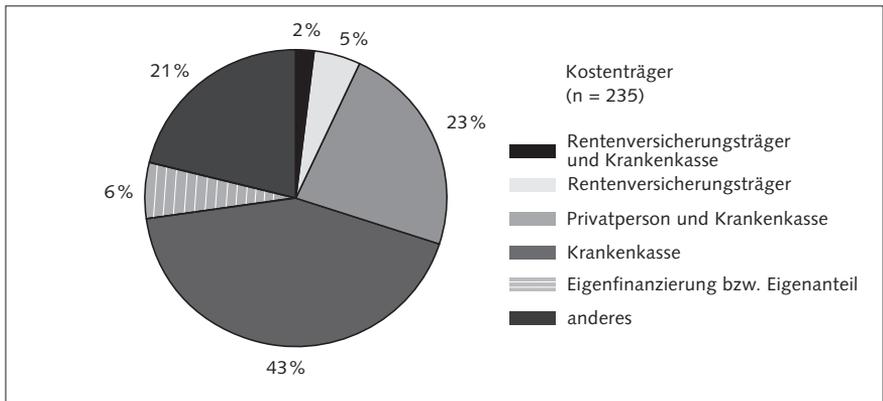


Abb. 4: Anteil verschiedener Kostenträger an der Versorgung

#### *Finanzierung der Angebote*

Als wichtigste Trägergruppe treten die Krankenkassen mit 43 % der Angebote in Erscheinung. Weitere 23 % der Maßnahmen werden durch Krankenkassen und Eigenanteil gemeinsam getragen, 5 % der Angebote finanziert die Rentenversicherung, 6 % allein die Familie. Die verbleibenden 21 % werden aus unterschiedlichen Quellen finanziert; dazu gehören unter anderem ausschließliche Eigenfinanzierungen, Gesundheitsämter, Kommunen und Spenden (siehe Abbildung 4).

### **4.1.3 Verbreitung von strukturierten Behandlungsprogrammen**

Für die Behandlung steht eine Reihe strukturierter, manualisierter Programme zur Verfügung, die mit eigenen Materialien aufbereitet sowie teilweise schon evaluiert sind, zum Beispiel Moby Dick (Petersen und Hamm 2003) oder Obeldicks (Reinehr et al. 2003). Diese Programme umfassen jedoch insgesamt zusammen nur knapp ein Drittel (32 %) der umgesetzten Maßnahmen. Die am häufigsten verwendeten Programme arbeiten nach dem Adipositas-Schulungsprogramm der Konsensusgruppe (KGAS) mit 11,4 %, gefolgt von den „Power-Kids“ der AOK mit 10,1 %, dem KIDS-Programm mit 7 %, Moby Dick mit 5,7 % und FITOC 5,1 %.

Etwa 9 % der Anbieter nennen zwar eines der eingeführten Programme, setzen es aber nicht um, sondern arbeiten nur daran angelehnt. Oder sie nennen zwei

Programme gleichzeitig, adaptieren und mischen damit beide. Der größere Anteil der Einrichtungen (43 %) gibt an, die Behandlung an einem „sonstigen“ Programm auszurichten. Die Heterogenität und Vielzahl der dazu angeführten Nennungen zeigt, dass es sich hierbei in der Regel nicht um manualisierte, standardisierte oder evaluierte Programme handelt, sondern vielmehr um individuelle Materialsammlungen, die einen eigenen Namen tragen. Bei Durchsicht der abgefragten Strukturmerkmale und Qualitätskriterien der selbst gestalteten „sonstigen“ Programme zeigt sich dementsprechend, dass diese häufig nur wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Jahr ausweisen, über kein Manual verfügen sowie weitere konzeptuelle, prozessuale und diagnostische Mängel aufweisen (siehe Tabelle 5).

#### 4.1.4 Teilnehmende, Dauer und Frequenz von Behandlungen

Die mittlere jährliche Teilnehmerzahl liegt bei 87 Personen mit einer sehr großen Streuung (zwischen 1 bis 3000 Personen). Etwa die Hälfte der Angebote behandelt weniger als 20 Personen im Jahr und trägt damit in relativ geringem Umfang zur Gesamtversorgung bei. Je etwa ein Viertel der Anbieter behandelt 21 bis 50 Personen oder mehr als 50 Personen im Jahr.

Etwa zwei Drittel der Maßnahmen werden bei den jeweiligen Einrichtungen nur bis zu sechsmal jährlich durchgeführt. Auch hierbei findet sich eine große Bandbreite. Ein Drittel der Einrichtungen führt nur eine Maßnahme im Jahr durch, 29 % zwei bis sechs Maßnahmen, 38 % der Einrichtungen bieten mehr als sechs Maßnahmen im Jahr an.

Im Durchschnitt dauert eine Behandlungseinheit ca. 3 Stunden. Etwa ein Drittel der Befragten (38 %) arbeitet mit den betroffenen Kindern zwischen 0,5 und 1,5 Stunden, 21 % geben eine Dauer von mehr als 2,5 Stunden an.

Die mittlere Anzahl der Kontakte zwischen Anbieter und Teilnehmer bzw. Teilnehmerin liegt bei 25 im Verlauf der Behandlung (zwischen 1 und 212). Eine komplette Behandlung dauert im Durchschnitt etwa 72 Stunden.

Zur Behandlungsfrequenz gibt etwa die Hälfte aller Befragten (56 %) an, ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindestens einmal in der Woche zu sehen (23 % täglich). Nur 25 % beschreiben einen Behandlungskontakt von mindestens einmal im Monat (durch Mehrfachnennungen einiger Anbieter ergeben sich bei der Auswertung mehr als 100 %; siehe Tabelle 3).

Länge einer Therapieeinheit	Häufigkeiten	
	n	%
0,5 – 1,5 Stunden	143	38,3
1,5 – 2,5 Stunden	152	40,8
> 2,5 Stunden	78	20,9
	<b>M</b>	<b>SD</b>
Länge einer Therapieeinheit im Durchschnitt (Std.)	3,1 h	6,3

Anzahl der Kontakte	Häufigkeiten	
	n	%
< 10 Kontakte	132	40,1
11–21 Kontakte	74	22,5
> 22 Kontakte	123	37,4
	<b>M</b>	<b>SD</b>
Anzahl der Kontakte im Durchschnitt	24,8	28,9
Anzahl der Behandlungsstunden (Dauer × Kontakte)	72,3	166,6

Behandlungsfrequenz	Häufigkeiten	
	n	%
Täglich	99	23,1
Mindestens einmal pro Woche	240	56,1
Mindestens einmal pro Monat	107	25,1

Tab. 3: Dauer der Therapieeinheit und Anzahl der Kontakte

#### 4.1.5 Struktur-, Konzept-, Prozessqualität des Gesamtangebots

##### *Gesamtqualität*

Der Indikator Qualitätsschätzer II fasst 14 zentrale Qualitätskriterien zusammen, die nach den herangezogenen Fachkonsensen für eine erfolgreiche Therapie erforderlich sind (siehe Kapitel 3). Fehlende Angaben zu den jeweiligen Qualitätskriterien werden demnach als „nicht vorhanden“ gewertet. Der durchschnittliche Prozentsatz erreichter Qualitätskriterien liegt bei 51,4%

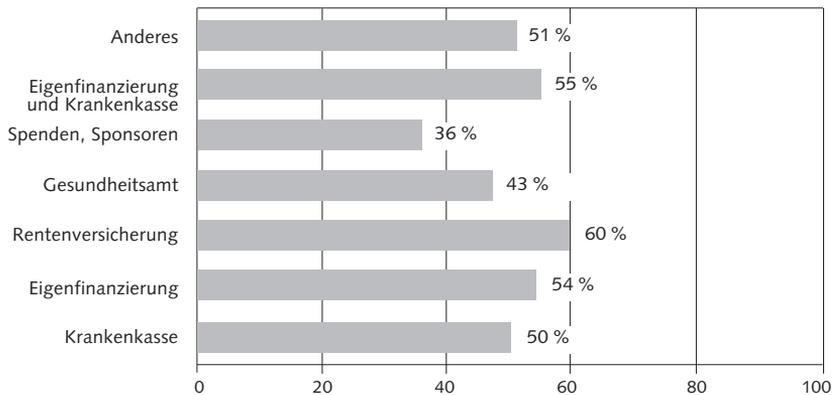


Abb. 5: Gesamtqualität der Angebote (Qualitätsschätzer II) nach Kostenträgern (in % Qualitätskriterien)

( $n = 492$ , Standardabweichung = 21,6 %). Nur etwas über die Hälfte aller Kriterien wird also bei den Versorgungsleistungen aller Einrichtungen im Mittel eingehalten.

Dieses Ergebnis bestätigt das Bild deutlicher Versorgungsmängel, das eine frühere Erhebung berichtet, nach der 51 % der stationären und 27 % der ambulanten Angebote die Vorgaben der AGA-Leitlinien einhielten (Reinehr und Wabitsch 2003), umgerechnet also 49 % der stationären und 73 % der ambulanten Angebote die Qualitätskriterien verfehlten.

Nach Kostenträgern aufgeschlüsselt wird deutlich, dass die extremen Kostenunterschiede sich nicht immer in proportionalen Qualitätsdifferenzen niederschlagen. Zwar erreichen die teuersten – die Rentenversicherungsangebote – auch die höchste mittlere Qualitätsausprägung (ca. 60 % erfüllter Kriterien), und einige billige (Gesundheitsamt) liegen auch im unteren Qualitätsbereich (unter 43 % der Kriterien), doch erreichen die von den meisten Trägern finanzierten Maßnahmen zwischen 50 % und 55 % der abgefragten Qualitätskriterien (siehe Abbildung 5). Das heißt konkret, dass höhere Kosten nur gering zu einer höheren Qualität beitragen.

#### *Diagnostische Untersuchungen und Strukturmerkmale*

Der Großteil der Anbieter (72 %) gibt an, dass der Arbeit ein ausgearbeitetes schriftliches Manual zugrunde liegt. Hinsichtlich vorliegender somatischer

Erkrankungen geben 82 % an, diese durch eine ärztliche Untersuchung auszuschließen. Die Anzahl derer, die eine diagnostische Untersuchung zur Prüfung möglicher psychischer Störungen vornehmen, ist dagegen mit 63 % deutlich geringer. Für 60 % aller befragten Angebote gelten hinsichtlich ihrer Behandlung bestimmte Ausschlusskriterien. Zu den am häufigsten genannten Ausschlusskriterien gehören: Essstörungen, fehlende Motivation, ein zu geringer BMI, psychiatrische Erkrankungen und Drogen- bzw. Alkoholabusus oder -abhängigkeit. Als wichtiges Ausschlusskriterium erweist sich für 65 % eine bestimmte Altersgrenze. 73 % der Anbieter geben an, dass die Eltern in die inhaltliche Arbeit mit den betroffenen Kindern mit einbezogen werden. Die Abbruchquote wird von 42 % aller teilnehmenden Einrichtungen erfasst.

### *Schwerpunktzielgruppen*

Im Rahmen der Behandlung von Adipositas sind unterschiedliche Schwerpunkte der Angebote erkennbar. Jeweils 43 % und 45 % der Anbieter richten ihre Maßnahmen speziell an übergewichtige oder direkt an adipöse Kinder und Jugendliche. Die Eltern werden in knapp 45 % der Maßnahmen als explizite Zielgruppe definiert. Der Kategorie „andere Gruppen“ ordnen sich 17 % aller Anbieter zu, wobei als häufigste Nennungen hier sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und „andere Essstörungen“ erwähnt werden. 26 % der Befragten gaben an, auch die mit Adipositas assoziierten Erkrankungen zu behandeln.

Im Schnitt nehmen mehr Mädchen als Jungen an den angebotenen Maßnahmen teil (63 %). Der Anteil der Abbrecherinnen und Abbrecher liegt im Durchschnitt bei 10 %.

### *Zielsetzungen der Maßnahme*

Am häufigsten wurde als Ziel der Maßnahme die Verbesserung des Essverhaltens genannt (knapp 91 %), gefolgt von den Zielen Verbesserung des Bewegungsverhaltens (knapp 83 %) und der Lebensqualität (ca. 76 %). Die Variable „QS-Ziele“ setzt sich aus den Einzelzielen Verbesserung des Essverhaltens, Verbesserung des Bewegungsverhaltens und Gewichtsstabilisierung bzw. Gewichtsreduktion zusammen. 74 % geben an, diese drei Ziele gleichzeitig zu verfolgen. Im Durchschnitt wird pro Angebot die Umsetzung von viereinhalb Zielen angegeben.

### *Inhaltliche Schwerpunkte und Arbeitsformen*

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass den Komponenten Ernährung, Bewegung und Psychotherapie eine besondere Relevanz zugesprochen wird. Wäh-

rend diese drei Bausteine als gleichermaßen wichtig für die Behandlung von übergewichtigen und adipösen Kindern gelten, kommt der Beratung, den psychosozialen Maßnahmen und der Information eine weniger große Bedeutung zu. Hinsichtlich der „anderen Ansätze“ ließ sich keine prozentuale Häufung ausmachen, weil die Einzelnennungen zu selten auftraten (einige Beispiele: Lehrküche, Entspannungsverfahren, Spiel- und Ergotherapie oder Körperwahrnehmung).

Aus den Angaben wird deutlich, dass Sportangebote, ernährungsphysiologische und psychosoziale Maßnahmen primär in Gruppen, persönliche Beratung und Psychotherapie dagegen überwiegend in Einzelbehandlung stattfinden. Die Eltern nehmen nur selten an Sport- und Bewegungsangeboten teil, während sie in ernährungsphysiologische und psychosoziale Maßnahmen, Gesundheitsinformation und Aufklärung in der Mehrzahl der Angebote einbezogen sind.

Die didaktischen Vermittlungsweisen sind zumeist vielfältig. Über alle Inhaltsbereiche der Interventionen findet man Gruppen- und Einzelarbeit; es gibt fast keine Maßnahmen, die „reine“ Einzel- oder Gruppenangebote darstellen. Zwei Drittel erarbeiten bis zu drei inhaltliche Ansätze in Einzelsitzungen (Mittelwert: 2,65 Themen in Einzelarbeit), drei Viertel bis zu vier Ansätze in Gruppensitzungen (Mittelwert: 3,0 Themen in Gruppenarbeit).

Der Aspekt der inhaltlichen Interventionsvielfalt wurde zudem an der Zahl von Angeboten ermittelt, die entsprechende Interventionsmodule überhaupt in ihrer Behandlung anbieten. Die Ergebnisse belegen, dass die ernährungsphysiologischen Maßnahmen (knapp 59 %) die größte Rolle bei der Behandlung von adipösen Kindern spielen. An zweiter Stelle stehen mit relativ gleichen Anteilen Sport- und Bewegungsangebote (50 %), Gesundheitsinformation und Aufklärung (47 %) sowie persönliche Beratung (45 %). Als weniger bedeutsam werden psychotherapeutische (27 %) und medizinische Interventionen (17 %) angesehen.

Die Variable „QS-Inhalte“ setzt sich aus den Bausteinen Ernährung, Bewegung, Therapie und Beratung bzw. Aufklärung zusammen und beinhaltet diejenigen Verfahren, denen sowohl laut Leitlinien der AGA als auch nach den Qualitätskriterien des MDK eine besondere Relevanz für die Behandlung von übergewichtigen und adipösen Kindern zukommt. 19 % aller Anbieter, also weit weniger als ein Fünftel, berücksichtigt alle diese genannten Elemente in ihrem Angebot. Das heißt, dass 81 % der Befragten kein multimodales Behandlungsmodell verfolgen, aber QS-Ziele zu 74 % erfüllen.

Als häufigste weiterführende Maßnahme wird die Weitergabe von Informationsmaterial (81 %) angegeben. Am seltensten werden Selbsthilfegruppen empfohlen oder vermittelt (30 %). Innerhalb der Kategorie „anderes“ zeigt sich ein heterogenes Bild mit verschiedensten Antworten. Beispielhaft seien hier einige erwähnt: gezielte Vor- und Nachbetreuung, Kontakte zu Hausärztinnen und -ärzten, Kinderpsychotherapie, Einrichtungen am Heimatort bei stationären Einrichtungen. Eine geringe Häufung zeigt sich lediglich für eine im Anschluss an eine Therapie vermittelte oder empfohlene Teilnahme an einem Programm der Krankenkassen. Nahezu alle Anbieter (89 %) entlassen die behandelten Kinder mit Informationsmaterial, drei Viertel (74 %) aller Anbieter empfehlen Maßnahmen zur Weiterbehandlung. Insgesamt geben die Befragten eine durchschnittliche Nachbetreuungszeit von deutlich mehr als einem drei viertel Jahr an (45 Wochen). Wenn die Einrichtungen nachbetreuen, begleiten sie die betroffenen Kinder zu 50 % mindestens ein halbes Jahr lang; immerhin noch 19 % geben an, die Kinder länger als 52 Wochen nach der eigentlichen Behandlung weiterzubetreuen.

#### *Art und Zeitpunkt der diagnostischen Untersuchungen*

Jeweils über zwei Drittel aller Anbieter (zwischen 70 % und 90 %) geben an, zur diagnostischen Abklärung der Bereiche Essverhalten, Bewegung, Änderungsmotivation und psychosoziale Belastungen ein Gespräch mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu führen. Für die Diagnostik zu Beginn der Behandlung liegt der Anteil der Anbieter zwischen 52 % (laborchemische Diagnostik) und 79 % (Diagnostik des Essverhaltens). Am Ende der Behandlung schwanken die Häufigkeiten, mit denen bestimmte diagnostische Untersuchungen durchgeführt werden, zwischen 29 % (laborchemische Diagnostik) und 63 % (Diagnostik des Essverhaltens). Die Durchführung von mehrwöchigen Nachuntersuchungen liegt zwischen 12 % (laborchemische Diagnostik) und 33 % (Diagnostik des Essverhaltens). Die Nachuntersuchungen erfolgen in Abhängigkeit der untersuchten Inhalte im Durchschnitt nach frühestens 16 Wochen (Ermittlung des BMI) und längstens 27 Wochen (laborchemische Diagnostik). Die Anzahl der Nennungen zeigt, dass mit Ausnahme der Inhalte BMI und Diagnostik zum Essverhalten die wenigsten Anbieter eine weitere ausführliche Diagnostik nach mehreren Wochen vornehmen.

Betrachtet man die Anzahl der Einrichtungen, die sowohl vor als auch nach der Behandlung diagnostische Untersuchungen durchführen, so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte aller Anbieter den BMI beide Male berechnet und Diagnostik zum Essverhalten und zur körperlichen Aktivität vornimmt. Die restlichen Bereiche werden nur marginal abgedeckt.

Eine leitliniengestützte Eingangs- und Abschlussdiagnostik in allen vier relevanten Bereichen Essverhalten, Bewegung, psychosoziale Belastungen und BMI findet nur in 29,5 % der Angebote zu beiden Zeitpunkten statt.

#### *Berufsgruppen im Schulungs- bzw. Behandlungsteam*

Die größte Berufsgruppe innerhalb der Behandlung adipöser Kinder machen die Ärztinnen und Ärzte mit knapp 68 % aus. An zweiter Stelle kommen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten (56 %) und an dritter die Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten (53 %). Noch zu mehr als einem Drittel sind Fachkräfte aus den Bereichen Ernährungsberatung, Ökotrophologie, Diätassistenten und Sozialpädagogik vertreten. Fasst man die Ernährungsexperten und -expertinnen in einer gemeinsamen Gruppe zusammen, so machen diese den größten Anteil aus. Die Gruppe der „anderen“ setzt sich zu großen Teilen aus Fachpersonal der Bereiche Sport, Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik, Physio- und Musiktherapie sowie aus Krankenschwestern zusammen.

Im Durchschnitt sind in den Behandlungsteams zwar knapp vier Professionen vertreten. Prüft man jedoch mit der Variable „Team nach QS-Kriterien“, wie viele Anbieter in ihren Teams die für die Adipositasbehandlung als zentral eingestuften Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, Ernährungsfachkräfte und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten repräsentieren, so findet man bei weniger als nur einem Drittel der Anbieter (31 %) alle nach Leitlinien empfohlenen Berufsgruppen im Team vertreten.

### **4.1.6 Vergleiche verschiedener Versorgungsformen**

#### *Vergleich der Versorgungsrahmen*

Die Versorgungsstudie zeigt, dass in allen Versorgungsrahmen deutliche Defizite nachweisbar sind. Allerdings ist es kaum möglich, diese Defizite trennscharf am jeweiligen Versorgungsrahmen festzumachen, da einige zwar wichtige Qualitätsmerkmale gehäuft einhalten, dafür andere Merkmale wiederum keine Rolle spielen. Spezifische Stärken und Schwächen sind daher über alle Anbieter verteilt. Die folgende Aufzählung soll deutlich machen, dass eng am Versorgungsrahmen orientierte Schlussfolgerungen hinsichtlich der Versorgungsqualität nicht möglich sind:

- Bei ambulanten Angeboten ist der Anteil Übergewichtiger gegenüber Adipösen deutlich höher als in den anderen Behandlungsrahmen; die Dauer der Therapieeinheiten ist geringer, die Anzahl der Behandlungsstunden ist halb so hoch.

- Im ambulanten Rahmen überwiegt der wöchentliche im Gegensatz zum sonst regulären täglichen Kontakt.
- Die Kosten liegen für den Kostenträger je ambulanter Maßnahme auf etwa einem Drittel der Mittelwerte der anderen Versorgungsrahmen, die Teilnehmenden müssen hingegen im Mittel ein Mehrfaches der Teilnahmekosten an Maßnahmen der anderen Versorgungsrahmen bezahlen (238 Euro im Vergleich zu 56 bzw. 50 Euro). Die Finanzierung erfolgt nur zu einem Drittel durch die Krankenkassen allein (sonst 59 % bzw. 71 %), zu einem Drittel durch Krankenkasse und Teilnehmende gemeinsam.
- Ambulante Angebote bieten die längste Nachbetreuung der behandelten Kinder (52 Wochen gegenüber 22 im stationären und 45 im kombinierten Behandlungsrahmen).
- Ambulante Angebote definieren etwas häufiger klare Ausschlusskriterien.
- Die Inhalte der ambulanten Angebote erfüllen die Leitlinien seltener.

Über den gesamten Versorgungsrahmen hindurch fallen auch Qualitätsmerkmale auf, die durchgängig vernachlässigt werden. Dies betrifft in erster Linie psychotherapeutisch verhaltensmodifizierende sowie psychosoziale Maßnahmen. Auch die Elternarbeit kommt bei allen gleichermaßen zu kurz und liegt nur zwischen 20 % und 48 %. Auch bei der Diagnostik gibt es übergreifende Defizite. Die Anteile der leitlinienbasierten vollständigen Diagnostik sowohl zu Beginn als auch gegen Ende der Behandlung und in Nachuntersuchungen liegen zwischen 27 % (ambulanter Versorgungsrahmen) und 33 % (kombinierter Versorgungsrahmen).

Stationäre Angebote erreichen rund 62 % der abgefragten Qualitätskriterien, ermittelt nach dem Qualitätsschätzer II, ambulante 49 % und kombinierte ambulant und stationär arbeitende Maßnahmen 56 % der Kriterien (siehe Abbildung 6). Die Unterschiede sind zwar hochsignifikant, doch nur von mittlerer Effektgröße, weil die Angebote in sich innerhalb der Versorgungsrahmen ebenfalls erhebliche Unterschiedlichkeit aufweisen, wie die Standardabweichungen zeigen. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Typenbildung vorzunehmen bzw. Qualitätsprofile zu entwickeln, auf deren Grundlage alle Einrichtungen, unabhängig vom Versorgungsrahmen, analysiert werden können.

#### *Vergleich der Einrichtungsarten*

Im Folgenden werden die Einrichtungsarten bezüglich der erhobenen Qualitätskriterien miteinander verglichen. Dies ist sinnvoll, um zu prüfen, ob bestimmte Arbeitsformen und Qualitätsanforderungen in bestimmten Einrichtungen besonders gut umgesetzt werden können. Die am Ende nochmals

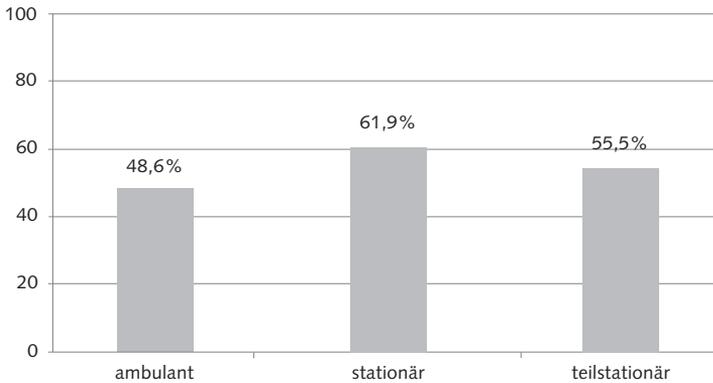


Abb. 6: Gesamtqualität erfüllter Kriterien (in %); (Qualitätsschätzer II) nach Behandlungsrahmen

zusammengefassten wichtigsten Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den Einrichtungsarten lassen erkennen, ob „faire Vergleiche“ zwischen ihnen trotz deutlicher Strukturunterschiede gestattet sind.

Hinsichtlich ihrer Gesamtqualität unterscheiden sich die Einrichtungen deutlich (siehe Tabelle 4). Die Spanne reicht (ermittelt durch den Qualitätsschätzer II) von ca. 37% bei unspezifischen Beratungsstellen und knapp 40% in

	Mittelwert (Anteil erfüllter Qualitätskriterien in %)	Streuung (in %)	Variationskoeffizient
Sozialpädiatrisches Zentrum	63,2	22,4	0,35
Klinik	62,1	19,0	0,31
Kinderärztliche Praxis	53,4	21,3	0,40
Allgemeinärztliche Praxis	50,6	10,8	0,21
Andere Einrichtung	52,5	22,4	0,43
Ernährungsberatungsstelle	46,5	19,8	0,43
Psychotherapeutische Praxis	41,8	17,2	0,41
Gesundheitsamt	40,6	22,3	0,55
Sonstige Beratungsstelle	36,7	20,6	0,56

Tab. 4: Gesamtqualität verschiedener Einrichtungsarten (Qualitätsschätzer II)

Gesundheitsämtern und etwa 42 % in psychotherapeutischen Praxen bis zu 63 % erfüllter Qualitätskriterien in sozialpädiatrischen Zentren und Kliniken. Die übrigen Einrichtungsarten, insbesondere Ernährungsberatungsstellen, Kinder- und allgemeinärztliche Praxen, liegen dazwischen.

Die Unterschiede sind zwar hochsignifikant, erreichen aber nur kleine Effektgrößen, weil die Mittelwerte mehrerer Einrichtungsarten eng beieinanderliegen (unter anderem sozialpädiatrisches Zentrum und Klinik; Ernährungsberatung und allgemeinärztliche Praxis). Auch hier weisen die Einrichtungsarten hohe interne Qualitätsunterschiede auf, wie die Standardabweichungen belegen. Verallgemeinerungen über Einrichtungsarten vernachlässigen somit erhebliche Qualitätsüberlagerung zwischen Einrichtungsarten und ihre Qualitätsunterschiede.

Die Unterschiede zwischen Einrichtungsarten erstrecken sich über alle Qualitätsbereiche wie Struktur, Konzept, Zielgruppenauswahl, Diagnose und Behandlung. Kliniken erfüllen die meisten leitliniengestützten Qualitätskriterien zwar besser als andere Einrichtungen; die Unterschiede ergeben darüber hinaus aber kein eindeutiges Muster. In manchen Kriterien sind auch Ernährungs- oder andere Beratungsstellen den Kliniken sogar leicht überlegen. Dies betrifft zum Beispiel die Manualisierung, die Angebote behandelnder Nachbetreuung, die Verfolgung aller leitliniengestützter Behandlungsziele, eine Definition klarer Altersgrenzen und Ausrichtung auf Eltern als Zielgruppe. Die Größe der Unterschiede wechselt dabei von Kriterium zu Kriterium, die Effektstärken sind überwiegend gering.

#### *Vergleich strukturierter Programme und anderer Angebote*

Der Vergleich der Gesamtqualität zwischen Angeboten mit strukturierten, selbst entwickelten und fehlenden Programmen zeigt: Maßnahmen, die ein manualisiertes Standardprogramm umsetzen, weisen eine höhere Gesamtqualität als alle anderen auf; sie erfüllen 57,2 % der abgefragten Kriterien, gefolgt von selbst entworfenen Programmen mit 54,6 % der Kriterien gegenüber 49,3 % bei Angeboten ohne Programmgrundlagen (siehe Tabelle 5).

Bei Durchsicht der Einzelkriterien, die sich signifikant unterscheiden, bleibt zumeist die Reihung erhalten, dass strukturierte Programme die Kriterien häufiger einhalten, gefolgt von selbst entwickelten Programmen, während Angebote ohne Programmstruktur die Kriterien am häufigsten verfehlen.

	Mittelwert (Anteil erfüllter Kriterien)	N	Streuung	Minimum (schlechtestes Angebot)	Maximum (bestes Angebot)
Kein Programm	49,3 %	338	22,0	0 %	100 %
Programm selbst entworfen	54,6 %	68	18,5	14,3 %	85,7 %
Strukturiertes Standardprogramm	57,2 %	86	20,9	0 %	100 %
Alle	51,4 %	49	21,6	0 %	100 %

Tab. 5: Qualitätsunterschiede strukturierter und anderer Angebote (Qualitätsschätzer II)

### Vergleich nach Kosten der Angebote

Die Forschungslage zeigt ein heterogenes Spektrum von Wirkungen der evaluierten Interventionen unter verschiedenen Einsatzbedingungen und Ausstattungsmerkmalen. Gesundheitsökonomische Informationen sind wichtig für die Auswahl geeigneter Ansätze und gezielter Versorgungsverbesserungen. Das bezieht sich u. a. auf die mit einem bestimmten Einsatz erreichbare Breite, Tiefe und Stabilität der angestrebten Änderungen (Östman et al. 2004). Daher enthielt die Bestandsaufnahme auch Fragen zu den Kosten der Angebote:

- Kosten pro Träger je Maßnahme,
- Stundenkosten für den Träger,

	n (Einrichtungen)	Mittlere Kosten (€)	SD
<b>Kosten für den Kostenträger</b>			
pro Maßnahme	123	<b>935,6 €</b>	1204,9
pro Stunde	38	<b>54,6 €</b>	34,6
pro Jahr	39	<b>1104,5 €</b>	767,7
<b>Kosten für die Teilnehmenden</b>			
pro Maßnahme	158	<b>206,5 €</b>	280,4
pro Stunde	40	<b>35,8 €</b>	24,9
pro Jahr	51	<b>350,3 €</b>	389,2

Tab. 6: Kosten der Angebote für Träger und Teilnehmerinnen und Teilnehmer

- Kosten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Maßnahme,
- Stundenkosten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und
- Jahrespauschalen für Träger und/oder Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

#### *Kosten für Träger und Teilnehmerinnen und Teilnehmer*

Eine Maßnahme kostet den Kostenträger durchschnittlich 936 Euro (siehe Tabelle 6 auf Seite 61). Die hohe Standardabweichung ( $SD = 1204,9$ ) zeigt, dass die Kosten für die Maßnahmen breit streuen, und zwar von null bis in den vierstelligen Bereich: Maximal kostet eine Maßnahme die Teilnehmenden im Schnitt 690 Euro, den Kostenträger 5250 Euro. Wo die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Maßnahme selbst finanzieren, zahlen sie im Durchschnitt etwa 207 Euro, ebenfalls mit erheblichen Spannen. Verschiedene Kostenträger zahlen für ihre Maßnahmen sehr unterschiedliche Preise. Im Bereich stationärer Angebote in Kliniken liegt zum Beispiel die Differenz zwischen kranken- und rentenversicherungsfinanzierten Maßnahmen zwischen 800 und 2300 Euro (siehe Abbildung 7).

Die durchschnittlichen Kosten pro Maßnahme für den Träger differieren erheblich mit Einrichtungsart und Behandlungsrahmen (siehe Tabelle 7). Stationäre und kombiniert ambulante und stationäre Angebote kosten im Vergleich zu ambulanten mehr als das Dreifache für eine Maßnahme. Die Kosten für die Träger je Maßnahme liegen in Kliniken dreimal so hoch wie in anderen Einrichtungen: 1573 Euro in Kliniken, 187 Euro in Ernährungs- bzw. 427

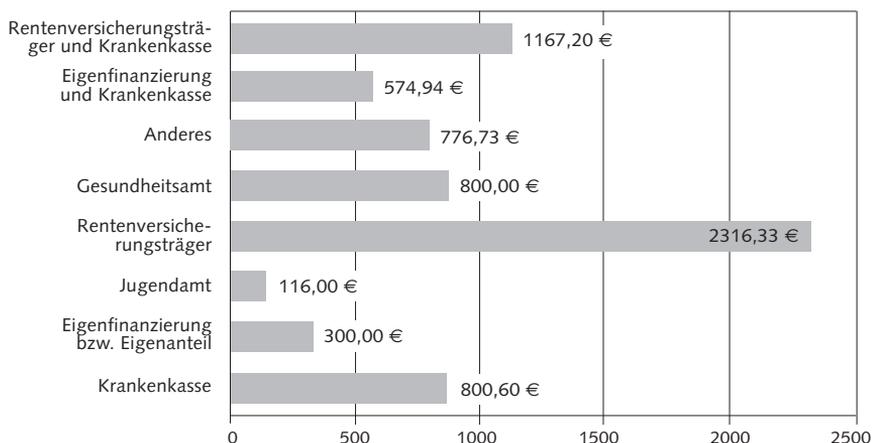


Abb. 7: Mittlere Kosten (in Euro) der Maßnahmen für unterschiedliche Kostenträger

Programmform	Kosten pro Maßnahme für den Träger		Kosten pro Maßnahme für die Teilnehmenden		Kosten pro Stunde für die Träger		Kosten pro Stunde für die Teilnehmenden	
	n	€	n	€	n	€	n	€
ambulant	81	674	111	315	37	56	42	40
stationär	24	2192	1	5	–*	–	–	–
ambulant u. stationär	6	2129	1	99	–	–	–	–
Klinik	43	1573	22	275	1	55	1	55
Ernährungsberatungsstelle	34	427	52	322	24	45	30	40
Beratungsstelle	3	187	9	188	5	60	5	34
Einrichtungen (Zahl auswertb. Angaben)	116	1055	120	297	39	55	43	40

\* hierzu liegen keine Angaben vor

Tab. 7: Direkte Einzelkostenangaben nach Einrichtungsarten und Versorgungsrahmen

Euro in anderen Beratungsstellen. Für die Teilnehmenden selbst sind jedoch die Maßnahmen der Beratungsstellen am teuersten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur geringfügige bis mäßig starke Zusammenhänge zwischen Qualität und Kosten als signifikant gesichert gelten können. In Kliniken und in stationärer Arbeit allgemein ist gar kein Zusammenhang zwischen einer besseren finanziellen Ausstattung der Angebote und einem höheren Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren erkennbar. Ambulante Angebote bieten hingegen bei besserer finanzieller Ausstattung eine etwas höhere Gesamtqualität, sie reagieren also – anders als die stationären Angebote – auf finanzielle Ausstattung.

#### 4.1.7 Vergleich von Typen der Versorgungsqualität

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Versorgungsqualität nicht ohne Weiteres aus dem Versorgungsrahmen oder der Einrichtungsart ableiten lässt. Daher ist

eine Typenbildung unerlässlich, die statthafte Vergleiche und Standortbestimmungen möglich macht. Aussagen über die Qualität der Versorgung können nicht auf Grundlage äußerer „Formalkriterien“, sondern nur merkmals- und profilbezogen ausgewiesen werden. Anhand von differenzierten Qualitätsmerkmalen kann nun konkret und im Detail nachvollzogen werden, welche

Merkmal	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7	Typ 8
Rahmen	ambulant		stationär	ambulant				st./amb. + 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 %)
Anzahl Anbieter	49	75	79	75	31	33	54	21
Teilnehmer/-in p.a. (pro Anbieter)	95,54	26,08	120,77	62,82	75,63	38	47,06	79,94
Teilnehmer/-in p.a. (gesamter Typ)	4681,46	1956	9540,83	4711,5	2344,53	1254	2541,24	1678,78
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	+/-	-	+	+	--	+/	+	++
Zielgruppenauswahl	+/-	-	+/-	++	-	+/	++	+/-
Diagnosequalität	--	+	+	+/-	--	+/	++	++
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>

EB = Ernährungsberatung, K = Klinik, aB = andere Beratung, PTh = Psychotherapie, KrK = Krankenkasse, KArz = Kinderarzt/Kinderärztin, SpZ = Sozialpädiatrisches Zentrum  
 Qualität: ++ : sehr gut, + : gut, +/- : befriedigend, - : mangelhaft, -- : unzureichend

Tab. 8: Hauptergebnisse der Clusteranalyse

Stärken und welche Schwächen typbezogen erkennbar werden. Auf diese Weise entstehen sehr differenzierte Qualitätsprofile, die die jeweiligen Stärken und Schwächen erkannter Angebotstypen nachvollziehbar und transparent ausweisen.

Grundlage für die Typenbildung war die ausfallkontrollierte Ersterhebungsstufe von 417 Versorgungsangeboten; bei der Typenbildung wurden die Nachmelder nicht berücksichtigt. Im Überblick zeigen diese Daten acht Typen von Versorgungsangeboten mit jeweils besonderen Stärken und Schwächen (siehe Tabelle 8). Die Darstellung wurde idealtypisch vereinfacht und nach dem Qualitätsschätzer II ermittelt. Die Variablen der Versorgungsbeschreibung wie Versorgungsrahmen, Einrichtung, Kosten und Teilnehmerzahlen waren nicht Bestandteil der Typenbildung. Sie zeigen gleichwohl starke und systematische Unterschiede zwischen den Qualitätstypen auf. Dieses Kriterium der Konstruktvalidität belegt, dass die Typen vorhandene Versorgungsprofile zusammenfassen und damit der Realität sehr nahe kommen.

Fast alle Typen sind mit verschiedenen Einrichtungen besetzt. Dies weist darauf hin, dass die Qualitätsprofile der Versorgung nicht von der Unterscheidung ambulanter, stationärer sowie ambulanter und stationärer Versorgung geprägt sind, sondern dass unterschiedliche Angebotsprofile sich über alle Versorgungsrahmen hinweg abzeichnen. Verschiedene Stärken und Schwächen der Angebote sind also tatsächlich in unterschiedlichen Versorgungsrahmen anzutreffen. Der Versorgungsrahmen gilt also ausdrücklich nicht mehr als die ausschlaggebende Bedingung für die Ausprägung bestimmter Qualitäten. Somit wäre es nachweislich falsch, stationäre oder ambulante oder kombinierte Maßnahmen a priori als besonders hochwertig zu betrachten.

Auch hinsichtlich der Einrichtungsart der Angebote sind die acht Typen nicht „rein“; es gibt ähnliche Angebotsprofile in unterschiedlichen Einrichtungsarten.

Die „Steckbriefe“ der identifizierten acht Versorgungstypen definieren sich wie folgt (siehe auch Tabelle 8):

1. größere, mittelmäßige, eher kostengünstige ambulante Beratung (Schwäche liegt in der Diagnostik),
2. kleine mittelmäßige ambulante Beratungen und psychotherapeutische Praxen (Stärke liegt in der Diagnostik, Schwächen in Konzept, Zielgruppenauswahl und multimodaler Behandlung),
3. gute, extrem teure Kliniken (besondere Stärke liegt in der Prozessqualität),

4. kurze, gute, mittelteure ambulante Angebote (Stärke liegt in der Zielgruppenauswahl),
5. sehr billige, sehr kurze, mangelhafte ambulante Beratung (durchgehend defizitär),
6. kleinere, mittelmäßige, mittellange, eher kostengünstige ambulante Angebote in Kliniken, Ernährungsberatungsstellen und Psychotherapie (Schwäche liegt in der Strukturqualität),
7. gute, mittelteure Kliniken und Ernährungsberatungen (ambulant, besondere Stärken liegen in Zielgruppenauswahl und Diagnostik),
8. gute, mittelteure Kliniken (stationär und ambulant und stationär, bis auf die Zielgruppenauswahl sind alle Qualitätsdimensionen sehr gut ausgeprägt).

Die folgenden Aussagen können als Hauptergebnisse dieser Clusteranalyse bzw. Typenbildung betrachtet werden:

1. Die Angebote sind in drei Qualitätsfelder gruppiert: ein unteres Feld (Typ 5), ein mittleres Feld (Typen 1, 2, 6) und ein oberes Feld (Typen 3, 4, 7, 8). Während der Index der Gesamtqualität einer gleitenden Normalverteilung folgt, lassen sich nach der Verdichtung von Stärken und Schwächen der Angebote klar abgesetzte Leistungsgruppen ausmachen und vergleichen.
2. Die stationären bzw. ambulanten und stationären Typen liegen an der Spitze der im Mittel erreichten Versorgungsqualität. Dieser Befund bestätigt die vergleichende Analyse nach Versorgungsrahmen. Kliniken und Ernährungsberatungsstellen erhalten die besten Qualitätsprofile (Typen 3, 4, 7, 8). Auch diese Beobachtung bestätigt die vorigen Analysen.
3. Optimierungsansätze sind in allen Bereichen zu verzeichnen: Selbst die besten Typen verwirklichen im Schnitt nur 79 % (Typ 7) bzw. 87 % (Typ 8) der abgefragten 14 Kriterien, ermittelt nach der Methodik des Qualitätsschätzers II. Innerhalb der Versorgungsrahmen treten starke Unterschiede auf; so ist auch bei ambulanter Versorgung die Einhaltung vieler Qualitätskriterien möglich (Typ 7); das Spitzenfeld der (teil-)stationären Anbieter weist Schwächen in der Zielgruppenauswahl auf. Ernährungsberatungen lassen in mehreren Dimensionen Verbesserungsmöglichkeiten (allerdings nicht durchgängig) erkennen (Typen 1, 2, 6).
4. Im Bereich der acht verschiedenen Typen divergieren die Kosten stark: im qualitativ unteren Feld zwischen 90 und 507 Euro, im Mittelfeld zwischen 310 und 712 Euro, im Spitzenfeld zwischen 770 und 2370 Euro pro Maßnahme (für den Kostenträger). Kosten und Qualität korrelieren niedrig, aber hochsignifikant. Der teuerste Versorgungstyp erreicht die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit rund 9540 Euro im Jahr. Er findet sich vor allem bei stationären Angeboten und in Kliniken. Die große Gestaltungs-

spanne für qualitativ hochwertige Angebote bei sehr ungleichem Preis macht Typ 8 deutlich: Er besteht ganz ähnlich wie Typ 3 aus Kliniken mit stationären sowie ambulanten und stationären Angeboten, die Angebote kosten hier aber nur ein Drittel von Typ 3. Die Zahl versorgter Personen beträgt mit rund 1680 nur ein Viertel des Versorgungsaufkommens von Typ 3.

5. Zwischen Versorgungsbeitrag (nach Teilnehmerinnen und Teilnehmern per annum) und Versorgungsqualität besteht generell kein klarer Zusammenhang. Beratungsorientierte ambulante Angebote tragen mit 75 bis 95 Teilnehmenden pro Jahr hohe Versorgungsbeiträge und sind dabei die billigsten (Typen 1, 5). In der qualitativ heterogenen ambulanten Versorgung nehmen Angebote mittlerer oder mäßiger Qualität insgesamt eine wichtige Stellung ein; sie versorgen im Jahr insgesamt rund 10 000 Betroffene oder etwa ein Drittel der erreichten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Typen 1, 2, 5, 6; ohne Hochrechnung).

Die Engpässe für eine hochwertige Versorgung erfassen mithin alle abgefragten Qualitätsbereiche: Konzeptqualität, Zielgruppenbestimmung, Diagnostik, Behandlungsgestaltung und Strukturqualität. Die Schwachpunkte variieren jedoch deutlich von Typ zu Typ. Damit werden prioritäre Ansatzpunkte für Verbesserungen erkennbar.

Die Angebotstypen/Qualitätsprofile verdeutlichen auch die Bedeutung von Erwägungen der Gesundheitsökonomie und der Versorgungsdichte für die Wahl geeigneter gesundheitspolitischer Optimierungsstrategien: Die hohen Kostenunterschiede auch zwischen ähnlichen Einrichtungen (zum Beispiel zwischen verschiedenen stationären oder von Kliniken dominierten Versorgungstypen) und die quantitativ erhebliche Bedeutung von ambulanten Angeboten mittlerer und mäßiger Qualität für die Gesamtversorgung führen zu der Folgerung: Ein Ausbau ausschließlich der optimalen Angebote, ohne Beachtung bestehender Versorgungsmuster, könnte unerwünschte Nebenwirkungen herbeiführen. Dazu würden zum Beispiel eine Vernachlässigung von Rationalisierungsmöglichkeiten bei hochwertigen Anbietern sowie Ausfälle in der breiten wohnortnahen Versorgung gehören.

Die Ergebnisse der Clusteranalyse bestätigen die bislang berichteten Befunde. Sie zeigen auch, dass Angebotsprofile mit bestimmten Stärken und Schwächen nicht allein in einem einzelnen Versorgungsrahmen (ambulant/stationär) oder in bestimmten Einrichtungsarten zu finden sind. Nicht allein in den Qualitätsspannen der einzelnen Kriterien und der Gesamtindikatoren für Qualität überschneiden sie sich bei Versorgungsrahmen und Einrichtungsarten, son-

dern auch innerhalb der Profile selber (Kriterienkombinationen) und der dort umgesetzten Maßnahmen. Damit ist eine „gesonderte“, spartenbezogene Qualitätssicherung und Beurteilung der jeweiligen Einrichtungsarten oder der Versorgungsrahmen nicht an der Versorgungswirklichkeit orientiert.

## 4.2 Vertiefte Qualitätsanalyse (Stufe B)

Die vertiefte Qualitätsanalyse, die auf Grundlage von QIP erfolgte (vgl. hierzu Kapitel 3.3), sollte zeigen, ob die gebildeten Cluster bzw. Typenprofile auch bei „näherem Hinsehen“ und weiteren Differenzierungen gültig bleiben. Hierzu wurden 38 repräsentative Angebote (siehe Kapitel 3.3) ausgewählt. Nachfolgend wird diese Validierung der Bestandserhebung und Typenbildung nachvollzogen.

Vorwegnehmend ist zu sagen, dass die Qualitätsbeschreibungen der 38 Angebote die wichtigsten Befunde der Bestandsaufnahme und der Typenbildung der Stufe A weitgehend bestätigen.

1. Die Einschätzungen der einzelnen Angebote aus den beiden Erhebungsstufen weisen *erhebliche Übereinstimmung* auf. Der Index für Gesamtqualität (Qualitätsschätzer I) korrelierte zwischen der bundesweiten Bestandsaufnahme (Stufe A) hochsignifikant und mit beträchtlicher Effektstärke mit dem Index für Gesamtqualität aus der vertieften Qualitätsbeschreibung (Stufe B). *Die Produkt-Moment-Korrelation betrug  $r = 0,648^{**}$*  ( $p = 0,01$ ,  $n = 37$ ). In beiden Qualitätsmessungen sind somit 42 % der Varianz in den gemessenen Qualitätsunterschieden identisch. Eine höhere Korrelation wäre in Anbetracht der Unterschiedlichkeit der beiden Messinstrumente (Kurzbogen und vertieftes Qualitätsassessment) eher überraschend. Die Indikatoren der Bestandsaufnahme erheben nur ausgewählte Kriterien.
2. Auch die sachlogisch einander entsprechenden Teilindikatoren beider Messverfahren weisen hochsignifikante Korrelationen beträchtlicher Effektstärke auf, trotz unterschiedlicher Zusammensetzung (Einzelkriterien) und Berechnungsmodi. Es sind keinerlei negative Korrelationen oder Zusammenhänge zu beobachten, die auf Divergenzen der Instrumente beider Erhebungsstufen hinweisen könnten. Der Index für Gesamtqualität in der Bestandsaufnahme lässt sich aus den sieben Hauptdimensionen von QIP hochsignifikant mit beträchtlicher Passung vorhersagen.

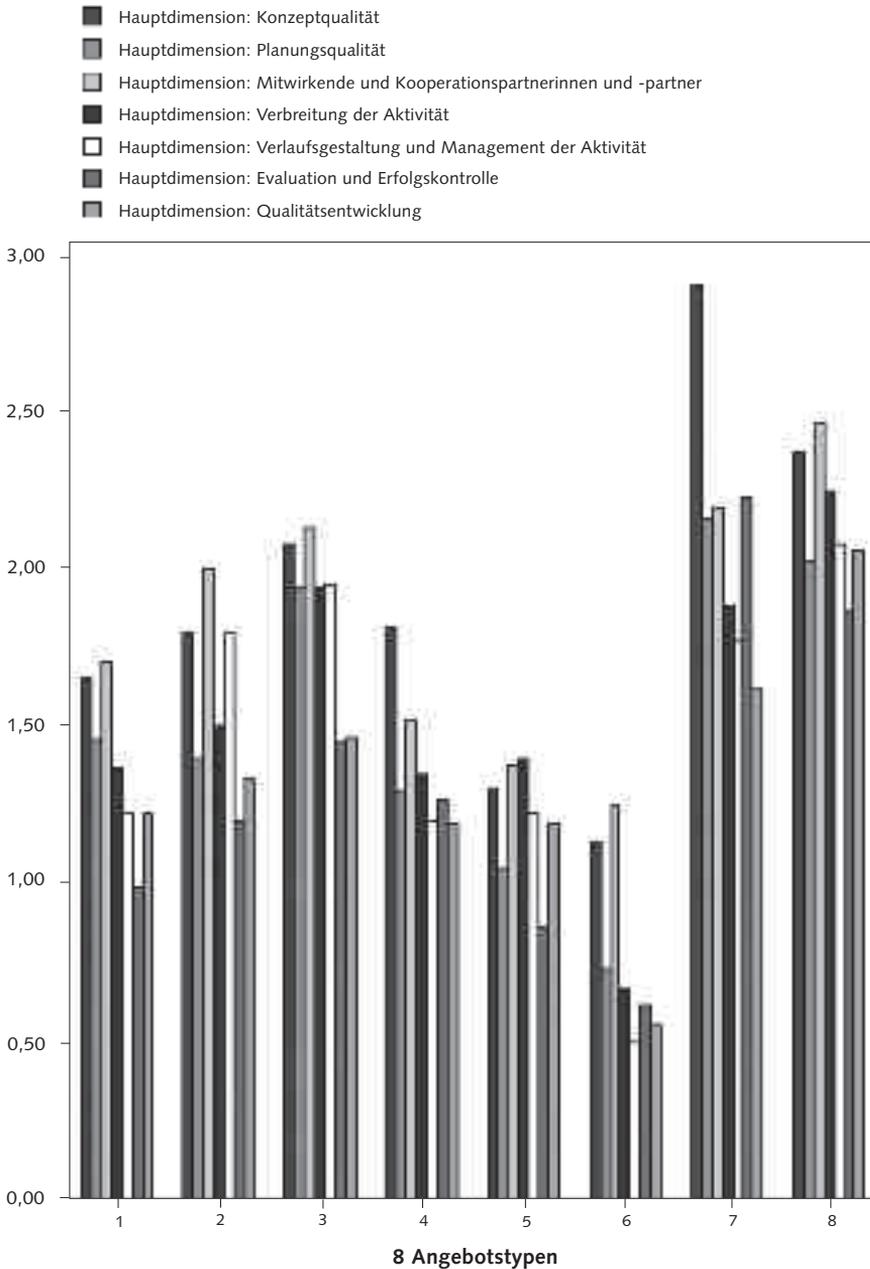


Abb. 8: Hauptdimensionen der Versorgungsqualität für die Angebotstypen in der Stufe B

3. Die Typen oder Cluster von Angeboten aus Stufe A weisen auch in Stufe B jeweils unterschiedliche Qualitätsprofile auf (siehe Abbildung 8 auf Seite 69). Die Relationen zwischen den Angebotstypen bleiben auch bei differenzierter Beschreibung erhalten. Die im Mittel besten Ergebnisse erzielen Cluster 3, 7 und 8, die Typen 1, 2, 5 und 6 die schlechtesten. Nur drei Angebotstypen (3, 7, 8) würden die Stufe 2 „Standard“ erreichen.
4. Wiederum divergieren die verschiedenen Qualitätsdimensionen der acht Angebotstypen deutlich; die Typen haben also keine eindeutigen Profile, sondern jeweils spezifisch ausgeprägte Stärken und Schwächen.
5. Die Merkmale der Angebotstypen überlagern dadurch in ihren Wertebereichen. Es gibt infolgedessen kaum durchgehend vorbildliche oder durchgehend defizitäre Angebotstypen, sondern die verschiedenen Anbietergruppen weisen alle Optimierungsbedarf auf.
6. Auf der Ebene der einzelnen Angebote oder Programme kann man zwar klar bessere und schlechtere Interventionen unterscheiden. Doch lassen sich keine klaren Cut-off-Werte oder Qualitätssprünge festlegen. Das empirische Bild zeigt stattdessen gleitende Übergänge von den defizitären zu den hochwertigen Interventionen. Ein ähnliches Bild hatte sich schon in der Bestandsaufnahme ergeben.

Allerdings lassen sich auch kleine Unterschiede in den Befunden der beiden Erhebungszugänge feststellen: Einzelne Typen erzielen im Mittel höhere oder niedrigere Profilwerte als auf Grundlage der Clusteranalyse mit den Daten der Bestandsaufnahme: Typ 1 (mittel) und 2 liegen nahe bei Typ 3, Typ 5 (defizitär) schneidet besser ab, Typ 6 (mittel) schlechter als in der Clusteranalyse. Die Unterschiede in den Angebotstypen (Stufe A) werden in der differenzierten Betrachtung (Stufe B) geringer.

Die Ursache für diese Nivellierung kann daran liegen, dass mehr Kriterien einbezogen wurden, wodurch genauere Messungen zustande kommen. Es kann auch in der Zusammenfassung der 28 Qualitätsdimensionen begründet sein, die eine etwas andere Zusammensetzung aufweisen als die Indikatoren der Stufe A. Weitere Gründe könnten in Selektionseffekten liegen, im Zuge der Rekrutierung von Angeboten für Stufe B. Solche Selektionseffekte entstehen zum Beispiel durch Projektträger, die ihre Daten nicht zurückgesandt haben, da sie schon bei der Datenerhebung den Eindruck erhielten, viele Kriterien zu verfehlen und deshalb kein Interesse an einer weiteren Rückmeldung hatten.

## 4.2.1 Qualitätsanalyse nach Angebotsrahmen und Einrichtungsart

Etwa die Hälfte der in Stufe B begutachteten Projekte erreicht im Mittel der Hauptdimensionen ungefähr den „Standard“ und würde sich damit für eine Finanzierung nach leitliniengestützten Qualitätskriterien der Programme qualifizieren, jedoch nicht in allen Dimensionen. Dadurch liegt der Mittelwert der Begutachtungen bei  $M = 1,67$ ; auch unter QIP-Gesichtspunkten verfehlen die begutachteten Angebote also vielfach die wünschenswerten Gestaltungskriterien (siehe Tabelle 9).

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
ambulant	21	1,6486	0,68928	0,15041
ambulant und stationär	4	1,5381	0,88344	0,44172
stationär	9	1,7888	0,57335	0,19112
Gesamt	34	1,6727	0,66695	0,11438

Tab. 9: Gesamtqualität (QIP) nach Angebotsrahmen (Stufe B)

Nach dem Index für Gesamtqualität aus der vertieften Begutachtung betrachtet, besteht zwischen der Qualität ambulanter, stationärer und kombiniert ambulanter und stationärer Maßnahmen im Mittel kein signifikanter Unterschied.

Signifikante Unterschiede zeigt hingegen der Vergleich nach Einrichtungsarten (siehe Tabelle 10 auf Seite 72). Mit deutlichem Abstand liegen Kliniken, Beratungsstellen und andere Einrichtungen vor den übrigen Anbietern. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten sind hochsignifikant; sie sind jedoch allenfalls für die Kliniken zuverlässig interpretierbar, da die Fallzahlen in den übrigen Gruppen zu klein sind, um ernsthaft verallgemeinert zu werden.

Beide Befunde – ein etwas besseres Ergebnis stationärer Angebote und die Differenzen zwischen unterschiedlichen Einrichtungsarten, mit einem guten Abschneiden der Kliniken – bestätigen wiederum die Ergebnisse der Bestandsaufnahme.

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
Klinik	15	1,9113	0,48466	0,12514
Praxis von Kinderärztinnen und -ärzten	2	0,8595	1,01352	0,71667
Ernährungsberatungsstelle	7	1,2541	0,62693	0,23696
Gesundheitsamt	2	1,0952	0,47140	0,33333
VHS	1	0,6071	.	.
andere Beratungsstellen	3	1,8865	0,21461	0,12390
andere Einrichtung	6	2,0647	0,54307	0,22171
Gesamt	36	1,6670	0,64866	0,10811

Tab. 10: Gesamtqualität (QIP) nach Einrichtungsarten

## 4.2.2 Kosten, Strukturmerkmale und Qualitätsprofile

Als wichtiger Einzelbefund kann wiederum ein mäßiger Zusammenhang zwischen Kosten der Maßnahme für den Kostenträger und die Gesamtqualität aufgezeigt werden. Infolge der geringen Fallzahl ( $n = 12$ ) bleibt die Angabe nicht signifikant, sie entspricht aber in der Größenordnung den getroffenen Beobachtungen aus Stufe A.

Zu beobachten ist zudem eine deutliche Korrelation zwischen den Kosten für die Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer und der Qualität. Während die Kostenträger für ihre Finanzierung eine geringere Sicherheit der Qualität erhalten, scheinen Projekte, die sich auch über eine Selbstbeteiligung der Zielgruppen finanzieren, eine deutlich höhere Qualität anzubieten. Allerdings erfordert die extrem kleine Teilgruppe eine Bestätigung dieses Befunds auf Grundlage größerer Mengen von Projekten.

Beobachtet man die Werteverteilungen, bestätigen sich mehrere Befunde über die Zusammenhänge zwischen Qualität und Kosten der Maßnahmen aus der Bestandsaufnahme der Stufe A. Auch hier zeigen die Daten, dass mit einer erheblich höheren finanziellen Ausstattung nicht notwendig erheblich höhere Qualität verbunden ist. Die sehr geringen Fallzahlen verbieten die Verallgemeinerung des Befunds, doch kann festgehalten werden, dass die hier vorgenommene Qualitätsmessung die Befunde aus der bundesweiten Bestandsaufnahme reproduziert. Das spricht für deren Haltbarkeit.

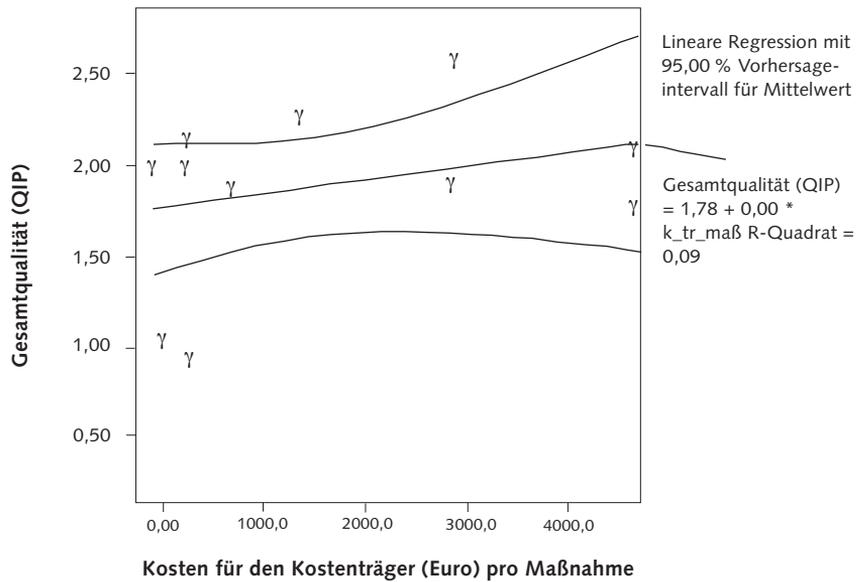


Abb. 9: Regression von Angebotsqualität auf Kosten (für Kostenträger je Maßnahme)

Das Qualitätssicherungsinstrument QIP erhebt Strukturmerkmale differenzierter als der Kurzbogen zur Bestandsaufnahme; damit sind Abschätzungen von Confoundervariablen besser möglich. Einige Korrelationen zeigen, dass eine höhere Präventionsqualität eher von größeren Einrichtungen mit differenzierter Organisation und größerer Handlungskapazität erreicht wird. Bei der kleinen Zahl einbezogener Einrichtungen werden diese Zusammenhänge allerdings nicht durchgehend signifikant und gestatten deshalb nicht die erforderlichen Modellierungen zur Prüfung komplexer Modelle.



# 5. Schlussfolgerungen und Optimierungsempfehlungen

Im Folgenden werden die markantesten Ergebnisse der zweistufigen Versorgungsstufe in Kürze zusammengefasst. Beim Zusammentragen dieser zentralen Ergebnisse wird teilweise schon der „Finger auf die Wunde gelegt“, indem auf erkannte Versorgungslücken hingewiesen wird. Auf dieser Grundlage sprechen die Autorinnen und Autoren der Studie erste Optimierungsempfehlungen aus, die auch auf der begleitenden Fachdiskussion mit dem Fachkreis der BZgA aufbauen. Die Auseinandersetzung mit und die Verständigung über zulässige Kriterien zur Qualitätsbewertung, Fragen zu praktischen und im Alltag handhabbaren Einsatzmöglichkeiten des QIP gingen diesen Empfehlungen voraus. Nun gilt es, die vorliegenden Ergebnisse der Versorgungsstudie auszuwerten, wichtige Befunde in die Praxis zurückzuspiegeln und eine breit angelegte Qualitätsdebatte zu führen.

Da die vorliegenden Befunde der Versorgungsstudie noch nichts über die tatsächlichen „Outcomes“ sagen, wurde bereits von der BZgA eine Folgestudie in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse dieser Beobachtungsstudie werden 2008 vollständig vorliegen.

Schon jetzt kann als Ertrag dieser Versorgungsstudie festgehalten werden, dass es fortan einfacher sein wird, eine Auseinandersetzung über eine angemessene Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher zu führen, da Qualitätsmerkmale definiert und angewendet wurden, die nun bei der Beurteilung von Angeboten und Konzepten genutzt werden können. Auch die Typenbildung erleichtert die Angebotsoptimierung, da Programme nicht länger „über einen Kamm geschoren“ werden, sondern eine differenzierte Betrachtung, unabhängig von Einrichtungsart und Versorgungsrahmen, möglich ist. Das kann im guten Sinne den Wettbewerb um gute Programme nur steigern, denn auch dies zeigt die Studie deutlich – „teurer ist nicht immer besser!“

## 5.1 Zusammenfassung/Gesamtbild

### Umfang des Angebots

1. Die Hochrechnung ergibt bundesweit 708 Angebote, die schätzungsweise rund 44 000 Personen im Jahr erreichen. Mit diesem aktuell verfügbaren Angebot – umgerechnet auf die Zeitspanne von 10 Jahren Kindheit und

Jugend – können 33 % bis 55 % der minderjährigen Übergewichtigen und Adipösen versorgt werden.

2. Zwei Drittel der Anbieter arbeiten ambulant, 19 % rein stationär, 11 % mit Mischformen. 4 % arbeiten in anderer Form, insbesondere setting- oder umfeldbezogen (zum Beispiel in Kindergärten, Schulen, Vereinen).
3. Die Angebote von Kliniken erreichen ein Drittel, Ernährungsberatungsstellen und Gesundheitsämter je etwa ein Fünftel der behandelten Betroffenen. Niedergelassene Fachpraxen leisten einen sehr geringen Versorgungsbeitrag.
4. Die Zahl angebotener Behandlungsplätze hat sich zwischen 2002 und 2004 stark erhöht (um etwa 70 %).
5. Offen ist, inwieweit das Angebot mit den rasch wachsenden Prävalenzraten Schritt halten kann, und in welchem Umfang reale Nachfrage für ein erweitertes Angebot bestünde. Das Wachstum der Angebots- und Teilnehmerzahlen spricht für eine zunehmende Nachfrage, die Menge „unechter“ Selbstankündigungen (tatsächlich gar nicht vorgehaltener Angebote) sowie die Auskünfte einiger Anbieter aus der telefonischen Nachbefragung sprechen jedoch gegen ihr Vorhandensein.

### **Verbreitete Qualitätsdefizite**

1. Betrachtet man alle verfügbaren Versorgungsmaßnahmen zusammen, so erfüllen die Angebote aller Anbieter im Mittel nur etwa 51 % der abgefragten leitliniengestützten Qualitätskriterien bei einer Standardabweichung von knapp 22 %. Rund die Hälfte der Qualitätskriterien wird somit durchschnittlich vernachlässigt.
2. Der Übergang zwischen defizitären und qualitätsorientierten Versorgungsangeboten verläuft fließend; das Gesamtbild aller Einrichtungen zeigt keine klaren Abstufungen der Versorgungsqualität. Abtrennbare Gruppen sind im Gesamtbild der Einrichtungen nicht zu finden. Eine scharfe Aufteilung der Angebote nach ihrer Gesamtqualität in Güteklassen ist empirisch folglich nicht fundiert.
3. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche werden praktisch nirgendwo mit spezifischen Angeboten angesprochen. Auch andere gruppenspezifische Angebote, zum Beispiel nach Geschlecht oder Migrationshintergrund, fehlen weitgehend. Nur zwölf Einrichtungen halten ein spezifisches Programm für Mädchen vor.

### **Profile der Einrichtungsarten und Behandlungsrahmen**

1. Bei allen Angebotsformen, bei ambulanten, stationären und kombiniert ambulant-stationären Interventionen treten große Spannen von Qualitäts-

unterschieden auf. Zwar sind Unterschiede hinsichtlich einiger wichtiger äußerer Versorgungsmerkmale festzuhalten, doch sind erhebliche Überlagerungen zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten festzustellen. Die Übergänge zwischen besseren und defizitären Angeboten verlaufen fließend ohne klare Stufen, und auch innerhalb der identifizierten Typen besteht eine ausgeprägte Heterogenität. Dies bezieht sich sowohl auf die Gesamtqualität als auch auf einzelne Qualitätsdimensionen und Merkmale.

2. Stationäre und kombiniert ambulant-stationäre Angebote sind ambulanten Angeboten in vielen Qualitätskriterien überlegen. Stationäre und kombinierte Maßnahmen bieten häufiger multimodale Kombinationsansätze mit allen leitliniengestützten Behandlungselementen, interdisziplinäre Teams mit allen relevanten Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte, Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte sowie eine umfangreichere Diagnostik und Ermittlung der Änderungsmotivation zu Beginn der Behandlung. Auf der anderen Seite integrieren ambulante Angebote häufiger die Eltern in die Behandlung und sind deutlich kostengünstiger.
3. Der Vergleich zwischen Kliniken, Ernährungsberatungsstellen und anderen Beratungsstellen zeigt deutliche Unterschiede über alle Qualitätsbereiche hinweg. Kliniken schneiden mit einer durchschnittlichen Gesamtqualität ab. Sie arbeiten häufiger mit einem multimodalen Ansatz, im vollständigen interdisziplinären Team und führen häufiger eine Diagnostik von psychischen Störungen und Änderungsmotivation sowie medizinische Interventionen durch. Allerdings erfüllen auch die Kliniken die zentralen Qualitätskriterien nicht durchgehend (im Durchschnitt weniger als zwei Drittel der Kriterien). Die Unterschiedlichkeit innerhalb der Einrichtungsarten ist hoch, die Differenzen erreichen statistisch daher nur kleine Effektstärken.
4. Eine multivariate Clusteranalyse zeigt Typen von Angeboten mit vergleichsweise homogenen Stärken-Schwächen-Profilen auf. Typen mit einem hohen Anteil von kombiniert ambulant und stationär arbeitenden sowie stationären Angeboten und von Kliniken erzielen die besten Qualitätsprofile. Doch ergaben sich mehrere Typen mit mittlerer und mäßiger Qualität, in denen ebenfalls stationäre Einrichtungen und Kliniken zu erheblichen Anteilen auftreten. Auch im ambulanten Bereich gibt es Angebote mit hoher Qualität, wobei insbesondere die hochwertigen Ernährungsberatungsstellen mit den hochwertigen Kliniken zusammen auftreten. Auch dies bestätigt den Befund großer Qualitätsspannen innerhalb der Einrichtungsarten und Behandlungsrahmen.
5. Die Kosten der verschiedenen Angebote divergieren stark (zwischen etwa 90 Euro pro Maßnahme im Versorgungstyp der kurzen, defizitären Beratungen über eine Größenordnung von 700–900 Euro in guten ambulanten

und stationären Angeboten bis hin zu mehreren Tausend Euro in einigen Kliniken). Krankenkassenfinanzierte Maßnahmen kosten im Mittel 800 Euro, rentenversicherungsfinanzierte 2300 Euro, teilnehmerfinanzierte 300 Euro. Die Kosten hängen statistisch mäßig mit der Versorgungsqualität (Zahl erreichter Kriterien) zusammen. Eine höhere Finanzierung bedeutet nicht notwendig eine bessere Einhaltung von Qualitätskriterien, eine knappere Ausstattung nicht notwendig defizitäre Qualität.

6. Die aufgefundenen Zielgruppenversorgungsschwerpunkte und die erheblichen Qualitätsdefizite bestätigen das Bild deutlicher Versorgungsmängel aus anderen Erhebungen.

Ein vertieftes Qualitätsassessment mit dem expertengestützten Informationssystem (QIP) bestätigt alle angeführten Befunde zur Entwicklung der Versorgungslage.

## 5.2 Erste Hinweise aus der Beobachtungsstudie

Wie bereits erwähnt, hat die BZgA eine Beobachtungsstudie zur Evaluation der Effekte ambulanter und stationärer Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland in Auftrag gegeben. Aufgrund der in der Versorgungsstudie festgestellten, heterogenen Versorgungslandschaft und den nur teilweise manualisierten bzw. evaluierten Therapieangeboten liegen kaum Hinweise und Erkenntnisse zu den Therapieeffekten vor. Die nun beauftragte multizentrische Beobachtungsstudie soll den aktuellen Stand der Adipositas therapie in der Regelversorgung in Deutschland abbilden. Hierzu sind alle Institutionen, die im Rahmen der Versorgungsstudie erfasst wurden, gebeten worden, ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie mitzuteilen. Da jedoch mehr Maßnahmen als vorgesehen die Voraussetzungen für die Studie erfüllten, mussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgelost werden. Damit nehmen 50 ambulante und stationäre Anbieter von Maßnahmen für adipöse Kinder und Jugendliche teil. Zu den leitenden Fragestellungen der Beobachtungsstudie gehören:

- Welche Patientinnen und Patienten werden in Adipositas-Therapieprogramme aufgenommen? Hierbei interessiert vor allem die Zusammensetzung der behandelten Programmteilnehmenden hinsichtlich soziodemografischer, psychosozialer und klinischer Aspekte.

- Welche Komorbidität besteht zu Therapiebeginn?
- Welche Effekte (medizinisch und psychologisch) lassen sich ein Jahr nach Therapieende nachweisen (Reduktion BMI-SDS, Verhaltensänderung, Reduktion Komorbidität)?
- Wovon hängt das Therapieergebnis ab?
- Gibt es Unterschiede zwischen Therapiekonzepten?

Die Studie begann mit einer einjährigen Rekrutierungsphase im Juli 2005; die erste Befragung (T 0) findet vor Therapiebeginn, die zweite (T 1) bei Therapieende und die Follow-up-Befragung ein weiteres Jahr später statt. Mit den vollständigen Ergebnissen kann somit ab Ende 2008 gerechnet werden.

Die Altersspanne liegt bei Therapiebeginn zwischen 8 und 16 Jahren. Die aufgenommenen Patienten und Patientinnen müssen das Kriterium Adipositas = BMI > 97 Perzentile für Alter und Geschlecht erfüllen. Übergewichtige Kinder und Jugendliche wurden aufgenommen, wenn die geforderte Dokumentation sichergestellt war. Bei der Befragung werden auch türkischsprachige Fragebogen verwendet, um Migrationsaspekte ausdrücklich einzubeziehen. Die in der Clusteranalyse ermittelten Versorgungsarten wurden in der Studie entsprechend ihren Versorgungsbeiträgen berücksichtigt.

## 5.3 Optimierungsempfehlungen

### *Ansätze zur Entwicklung der Versorgungslage*

Nur wenige Angebote erfüllen alle leitliniengestützten Qualitätskriterien. Im Mittel werden 51 % der erhobenen Qualitätskriterien eingehalten – das heißt, die Versorgungsangebote vernachlässigen im Mittel fast die Hälfte der Qualitätskriterien. In Anbetracht der Daten kann unter Gesichtspunkten der Versorgungsqualität keiner Einrichtungsart und keinem Versorgungsrahmen (stationär, ambulant und stationär, ambulant) eindeutig der Vorzug gegeben werden, allerdings schneiden die stationären/teilstationären Angebote in der Gesamtsicht besser ab.

Trotz der Qualitätslücken vieler ambulanter Anbieter haben diese den Vorteil des konsequenteren Elterneinbezugs und der Alltagsnähe, die eine bessere Integration des in der Behandlung Gelernten ermöglicht.

Durch eine systematische Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen sowie durch die Erarbeitung grundlegender Kriterien der Konzeptqualität (Ausschlusskriterien, Manual, umfassende Zielsetzung etc.) und der Prozessgestaltung (umfassendere Diagnostik, multimodaler Ansatz) könnten viele ambulante Angebote wahrscheinlich aus eigener Kraft zentrale Kriterien zum Qualitätsniveau der ambulanten und stationären sowie stationären Angebote erfüllen.

Hinzu kommen auch gesundheitsökonomische Überlegungen. Die hochwertigen stationären Angebote weisen hohe Unterschiede in den Kosten auf (zwischen rund 840 Euro und rund 2400 Euro pro Maßnahme für den Kostenträger). Die besten sind keineswegs die teuersten, doch die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden von den teuersten Angeboten versorgt.

Bei einer Entwicklung der Rahmenbedingungen des Feldes wäre demzufolge darauf zu achten, dass die Studienergebnisse den Kostenträgern die Möglichkeit bieten, Preisverhandlungen mit dem Ziel der Kostenreduktion bei hohem Qualitätsniveau zu führen.

Die vorliegende Untersuchung beruht auf den umfassendsten gegenwärtig verfügbaren Daten. Sie zielte jedoch auf eine übergreifende Bestandsaufnahme (Screening). Deshalb wären künftig auf dieser Grundlage zur präzisen Feinsteuerung versorgungspolitischer Strategie- und Rahmengestaltung verbesserte Daten an folgenden zentralen Punkten wünschenswert:

- Zu prüfen ist die Feldentwicklung an aktualisierten Daten, die auf den nun möglichen, genaueren Stichprobendefinitionen aufbauen und damit präzisere Fehlerschätzungen für die einzelnen Versorgungszweige gestatten.
- Zu prüfen ist der gesundheitsökonomische Zusammenhang von Versorgungsqualität und Kosten für Versorgungsträger und Teilnehmende sowie die in verschiedenen Einrichtungsarten anfallenden Finanzierungsmittel und Kostenprofile, unter anderem ihre Verteilung auf Infrastruktur-, Personal- und maßnahmebezogene Kosten und deren Kalkulation. Weiterführende detaillierte Daten könnten, soweit sie nicht bei den Versorgungsträgern vorliegen, am Beispiel ausgewählter (repräsentativer) Einrichtungen ermittelt werden.
- Zu prüfen sind die versorgungstechnischen und finanziellen Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit ambulanter Anbieter mit Netzwerken zur Diagnose und Intervention sowie mit ambulanten und stationären sowie stationären Partnereinrichtungen, die Interessen dieser Stakeholder und die Finanzierungsmodelle für eine solche integrierte Versorgung.

Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen ergeben sich die im Folgenden erläuterten konkreten Optimierungsmöglichkeiten für die Angebote zur Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher.

### **Empfehlungen**

Die aus der Versorgungsstudie abgeleiteten Empfehlungen basieren auf Diskussionen der BZgA und Mitgliedern der Forschungsgruppe, die diese Studie durchgeführt hat. Nun gilt es, mit Fachleuten aus verschiedenen Fachbereichen, mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Praxis diese Diskussion fortzusetzen und im Detail zu prüfen, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage greifen sollen.

Im Folgenden werden folgende Empfehlungen vorgeschlagen und bewertet:

1. Verhältnisprävention stärken,
2. Qualitätskriterien konzentriert an die Anbieter bringen,
3. Dokumentation, Transparenz und Vermittlung von Qualität,
4. Zielgruppenspezifische und Settingprogramme,
5. Bestehende Angebotsstrukturen optimieren,
6. Schlanke Koordination und Vernetzung,
7. Niedrigschwelligkeit, Qualifikation, Kampagnen,
8. Differenziertes Angebot und sukzessive Standards,
9. Umsetzungshilfen geben,
10. Versorgungsforschung ausbauen.

### **Empfehlung 1: Verhältnisprävention stärken**

Die Auswirkungen der Verschiebungen von Lebensbedingungen und Lebensstilen sind mit nacheilender, auf Einzelpersonen oder Risikogruppen gerichteter Behandlung allein nicht aufzufangen (Hill et al. 2003). Eine vollständige Behandlung aller betroffenen Kinder und Jugendlichen wäre zudem auch sehr teuer: Die Maßnahmen kosten im Mittel rund 1050 Euro je Teilnehmer bzw. Teilnehmerin (davon 935 Euro für die Versorgungsträger). Die bislang verfügbare Angebotsdichte erreicht ca. 44 % der Betroffenen. Ein Ausbau auf 100 % würde nach den Befunden der vorliegenden Studie ungefähr weitere 56 000 Behandlungsplätze pro Jahr erfordern; legt man den aktuellen mittleren Kostenaufwand zugrunde, so würde das 56 Millionen Euro jährlich erfordern, wobei die Wirksamkeit vieler Angebote aufgrund der hier analysierten Qualitätsmängel fraglich ist.

Aus Wirksamkeits- wie aus Kostengründen sind daher parallel Veränderungen der Lebensbedingungen wichtig. Solche strukturell-verhältnispräventiven

Maßnahmen haben zum Beispiel im Bereich der Suchtprävention international entscheidend zur Reduktion von Tabakkonsum beigetragen und können weit größere Wirkungen entfalten als viele individuelle verhaltenspräventive Interventionen (Bornhäuser et al. 2002). Als mögliche verhältnispräventive Ansätze sind international eine Vielzahl von Maßnahmen in der Diskussion, erprobt oder schon evidenzgesichert (Liebermeister 2005; Müller et al. 2006).

Im Folgenden einige Beispiele für wichtige Handlungsfelder:

- Lebensmittel- und Steuerrecht (zum Beispiel Steuererhöhungen, Kennzeichnungspflichten für Lebensmittel, Sonderabgaben für Fastfood, Verbot von hochkalorischen Nahrungsmitteln in Kinderhöhe oder in Kassennähe),
- Werbeeinschränkungen (zum Beispiel Verbot in bestimmten Bereichen, später Beginn von Werbesendungen oder Verbot von Lebensmittelwerbung in Kindersendungen),
- Umgestaltung von Schulen (zum Beispiel Abbau von Automaten mit gesüßten Getränken, Gesundheitsunterricht, attraktivere Sportangebote, Schulhofumgestaltung, Öffnung der Sporthallen, gesunde und preiswerte Ernährungsangebote, Trinkbrunnen, bewegte Pausen),
- Einschränkung der Pkw-Nutzung, Erleichterung von Mobilität mit Rad oder zu Fuß (Anlage von Fußgängerzonen, Freigabe großer Straßen nur für Radfahrer an Wochenenden, Verkehrsberuhigung in Wohngebieten, mehr öffentliche Sportanlagen wie Bolzplätze oder Skateranlagen).

### **Empfehlung 2: Qualitätskriterien konzertiert an die Anbieter bringen**

Die Zusammenführung und Veröffentlichung fachlich konsensfähiger Qualitätskriterien war ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung an der Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher. Ein erheblicher Anteil der ambulanten sowie ambulanten und stationären Anbieter kann grundsätzlich ähnlich hohe Qualitätsstandards erreichen, wie sie im stationären Bereich vielfach vorherrschen (dies wurde durch das Anwenden der Qualitätskriterien deutlich).

Dabei handelt es sich zunächst aber um Grundmerkmale der Konzeptqualität, die die Anbieter ohne erheblichen Zusatzaufwand leisten könnten. Hierzu gehört etwa die Manualisierung des eigenen Ansatzes. Zur Erleichterung der Umsetzung und zur Qualifizierung kleinerer Anbieter könnten vorbildliche, gut übertragbare Lösungen (best practices) mit technischen Handreichungen zur Verfügung gestellt werden.

### **Empfehlung 3: Dokumentation, Transparenz und Vermittlung von Qualität**

Die Recherchen in den verschiedenen Versorgungszweigen ergaben, dass in der Bundesrepublik keine Datenquellen zur Verfügung stehen, die die verfügbaren Angebote umfassend, verlässlich und übersichtlich erschließen. Die existierenden Verzeichnisse weisen sehr unterschiedliche Brauchbarkeit auf; viele Einrichtungen stellen sich als Anbieter dar, halten in Wirklichkeit aber kein einschlägiges Angebot vor. Für Hilfesuchende dürften sich die Hilfsmöglichkeiten und Anlaufstellen noch weit unübersichtlicher darstellen als für die Forschung. Daher sind gut zugängliche, qualitätsbasierte Orientierungshilfen zur Auswahl und Beurteilung geeigneter Angebote erforderlich.

Die Veröffentlichung leitlinienbasierter Qualitätskriterien wird dazu nicht genügen, sie richtet sich in erster Linie an Fachkräfte. Denn die Bedeutung und Operationalisierung wichtiger Kriterien setzt erhebliche Fach- und Feldkenntnis voraus (über Prä-Post-Diagnostiken, multimodale Behandlungsmodule, Konzeptqualität etc.). Die komplex gehaltenen Checklisten könnten bei Laien zu Überforderungen führen, besonders die Risikogruppe sozial Benachteiligter oder Teilnehmender mit Migrationshintergrund könnten Schwierigkeiten haben, die sehr fachbezogenen Informationen auszuwerten und zu nutzen. Es ist daher notwendig, die Fachinformationen so aufzubereiten, dass sie von Betroffenen bzw. deren Angehörigen gut verstanden und genutzt werden können. Die Broschüre „Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. So finden Sie ein gutes Programm. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende“ der BZgA hat diese Adaption geleistet. Diese Handreichungen müssen fortlaufend ergänzt und aktualisiert werden, wenn neue Forschungserkenntnisse dies nahelegen.

Ein wichtiger Ansatz wäre unter diesen Voraussetzungen die zentrale Dokumentation und Sichtung der Angebote nach qualitativen Minimalkriterien, Stärken und Schwächen.

Ein internationales Beispiel für die Funktionsweise und Ausgestaltung einer solchen Clearing- und Vermittlungsstelle mit hochwertiger Fachinformation in der Arbeitsform einer Website ist in Kanada das von Health Canada mitentwickelte National Eating Disorder Information Centre (NEDIC 2006). NEDIC arbeitet als gemeinnützige Organisation im Auftrag der Abteilung für psychische Gesundheit im Ministerium für Gesundheit und Langzeitpflege, Ontario. Zu den Aufgaben des Zentrums gehören neben der Entwicklung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen auch die Ankündigung von Angeboten zur Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung sowie die Beratung Hilfesuchender.

Die Einrichtung einer solchen Referenzstelle erfordert Lösungen für mehrere Gestaltungsaufgaben:

- **Bestimmung eines Trägers der zentralen Dokumentation und Qualitätssicherung:** Erforderlich ist eine Einrichtung mit kontinuierlichen Arbeitsmöglichkeiten für die Dokumentation und öffentliche Vermittlung der Ergebnisse. Diese Kriterien erfüllen in erster Linie öffentlich-rechtliche Institutionen, weil deren dauerhafte Finanzierung gewährleistet ist; freiwillige fachliche Zusammenschlüsse müssten bei Übernahme dieser Aufgabe zur Kontinuität ihrer Arbeit verpflichtet werden.
- **Fachlichkeit, Neutralität und Gemeinwohlorientierung des Trägers:** Diese Bedingungen bilden die Grundlage für eine Beteiligung aller relevanten Anbieter, Fachgesellschaften und Fachakteurinnen bzw. -akteure. Kooperationsinteresse dürfte dann bei verschiedenen Organisationen bestehen. Da einige Fachgesellschaften mit Anbietergruppen oder anbietenden Disziplinen assoziiert sind, ist eine Gestaltung der Clearingfunktion bei Fachbehörden zu empfehlen. Die Datenbank kann dafür regional organisiert sein (zum Beispiel bei einer ständigen Arbeitsgruppe des ÖGD) oder zentral (zum Beispiel bei der BZgA).
- **Aufnahmekriterien:** Die Datenbank sollte Angebote enthalten, die eine erste Phase von Qualitätssicherung durchlaufen haben und die Einhaltung von Minimalkriterien sicherstellen. Die Datenerhebung kann durch einen ausführlichen Dokumentationsbogen erfolgen, der die wissenschaftlich abgesicherten Qualitätskriterien abfragt. Zur Sicherung der Auskunftswahrhaftigkeit können die Anbieter ihre Arbeitsunterlagen begeben (die Alternative wäre die Ankündigung stichprobenweiser Visitationen, doch dies ist eine für den Zweck unangemessen kostenintensive Methode).
- **Ausgangsdaten:** Als ausbaufähige Basis für die Dokumentation steht der Datensatz zur Verfügung, der die für die hier dargestellte Erhebung recherchierten Adressen enthält. Die Liste erfasster Projekte sollte jedoch offen sein, um keine Anbietergruppe auszuschließen, die dann justiziable Wettbewerbsnachteile geltend machen könnte.
- **Die Liste erfasster Angebote muss fortlaufend aktualisiert werden.** Nach den Erfahrungen der Datenerhebung in dieser Erhebung veralten auf Selbstmeldungen beruhende Listen rasch (jährliche Angebotsfluktuation von ca. 20 %). Sie werden für Nachfrager wie Anbieter dadurch gleichermaßen unattraktiv. Diese Erfahrung berichteten auch konsultierte Expertinnen und Experten der Krankenkassen, bei denen einige (allgemeine) Anbieterlisten deshalb kürzlich eingestellt wurden. Die erfassten Anbieter sollten folglich mindestens einmal jährlich zu einer Bestätigung oder Aktualisierung ihrer Daten aufgefordert werden; durch Rundmail ist das mit geringem technisch-

ökonomischem Aufwand machbar. Hierbei ist selbstverständlich Fairness geboten. Die Auswahlkriterien und Verfahren müssen transparent, fachlich begründet und beaufsichtigt und jederzeit für alle interessierten Einrichtungen offen sein. Eine fachliche Bereicherung wäre die Berichterstattung an ein Beratungsgremium aus zentralen wissenschaftlichen und organisatorischen Akteurinnen bzw. Akteuren.

- Die Aufnahme- und Beurteilungskriterien für Angebote müssen für fachliche Innovationen offen sein, das heißt regelmäßigen Revisionen unterzogen werden. Diese können vom Beratungsgremium diskutiert werden.
- Die Ergebnisse können transparent als Datenbank über das Internet öffentlich verfügbar gemacht werden. Um Zugangsbarrieren zum Internet zu überwinden, sollte die Datenbank bei zielgruppennahen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gezielt und breit bekannt gemacht werden.

#### **Empfehlung 4: Zielgruppenspezifische Programme und Settingprogramme**

Die Befunde der Erhebung zeigen drei Schwachstellen in der Versorgungslage auf:

- Sozial schwächere Bevölkerungsgruppen sowie Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen höhere Prävalenzraten auf, zudem stellt niedriger sozioökonomischer Status sowohl eine Teilnahme- wie eine Wirkungsbarriere dar. Personen aus höheren sozialen Schichten nehmen also leichter Interventionen in Anspruch und profitieren besser davon (Müller und Danielzik 2005). Dennoch sehen praktisch keine Angebote eine gezielte Ansprache und Motivierung von sozial Benachteiligten und Migranten bzw. Migrantinnen vor oder gehen auf das ungleiche Inanspruchnahmeverhalten bzw. die besonderen Lebensbedingungen dieser Gruppen ein.
- Als neuer Handlungsbedarf zeichnen sich geschlechtsspezifische Angebote ab. Mädchen profitieren von einigen Maßnahmen deutlich, die bei Jungen keinen Effekt haben (Müller und Danielzik 2005; Myers et al. 1998). Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sind nach der hier vorgestellten Bestandsaufnahme rund doppelt so viele weibliche wie männliche Betroffene. Es ist belegt, dass genderspezifische Selbstbilder die Inanspruchnahme und die Verhaltensplastizität beeinflussen und daher spezifische Vorgehensweisen empfehlenswert machen (Myers et al. 1998).
- Die komplexe Ätiologie der Adipositas wird neben den Erbanlagen vornehmlich durch den Lebensstil bestimmt (Herpertz und Salz 2003). Bei Kindern nehmen die Eltern noch weitreichenderen Einfluss auf den Lebensstil und können somit einen Risikofaktor darstellen (Müller und Danielzik 2005). Dennoch werden Eltern und soziales Umfeld selten systematisch und

umfassend in die Gestaltung der Angebote einbezogen: Zwar eröffnen die meisten Maßnahmen die Möglichkeit, die Eltern zu einem Behandlungsthema (Ernährung, Bewegung, Stressabbau) wenigstens informativ anzusprechen. Ein Rahmen für die Elternarbeit ist also zumindest ansatzweise geschaffen. Doch über die Hälfte der Angebote fasst die Eltern nicht als wichtige Zielgruppe auf. Sie sind jedoch nicht nur Erziehungsberechtigte, sondern das familiäre System ermöglicht oder behindert Veränderungen in Bewusstsein, Ernährung, Verhalten und Lebensstil. Programme, die die Eltern nicht einbeziehen, sind daher „mit großer Wahrscheinlichkeit unwirksam“ (Böhler et al. 2003). Ebenso beeinflusst der Lebensstil der Eltern den Gewichtsstatus. Das familiäre System ermöglicht bzw. behindert Veränderungen im Bewusstsein. Die Eltern müssen deshalb als Verantwortliche aktiv angesprochen, überzeugt, in die Programme eingebunden und als Motoren für eine nachhaltige Arbeit mit den Kindern gewonnen werden.

Die Versorgungsangebote – auch die höherer Qualität – gehen diese Aufgaben bislang nicht planvoll und gezielt an. Diese Lücken sollten durch die Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme oder Module verkleinert werden (Müller et al. 2006). Dabei sind mehrere Lebens- und Verhaltensbereiche berührende Maßnahmen im Vergleich zu isolierten wirkungsvoller und nachhaltiger.

Deshalb sind Settingansätze in Kita, Schule oder Kommune ein wichtiges künftiges Handlungsfeld (Moebus et al. 2005; Müller und Danielzik 2005, S. 115). International – so zum Beispiel in Schweden – sind dafür sowohl Ansätze als auch gute Belege für die Wirksamkeit des Settingansatzes vorgelegt worden (Andersson et al. 2002; FHI 2005).

#### **Empfehlung 5: Bestehende Angebotsstrukturen optimieren**

Die stationären Angebote und die Kliniken weisen zwar im Mittel bessere Qualitätsprofile auf, sie können jedoch aus mehreren Gründen den ambulanten Bereich nicht ersetzen: Er stellt aktuell das breiteste Angebot bereit und vermag ebenfalls hohe Qualitätswerte zu erreichen. Die Kosten ambulanter Angebote liegen zudem um zwei Drittel niedriger als die der stationären. Daher kann ein Ausbau der Versorgung vorangebracht werden, wenn es gelingt, den ambulanten Sektor durch gezielte Anreize zu hoher Qualität auszubauen. Dafür zeigen die Befunde der Erhebung folgende Ansatzpunkte:

- Ambulante Einrichtungen, insbesondere Beratungsstellen, sollten zur Definition von Ausschlusskriterien, zur Erfassung der Abbruchquoten und zur

Realisierung jener Teile der leitlinienorientierten Diagnostik angeregt werden, die mit geringem Aufwand umsetzbar sind (Feststellung der Änderungsmotivation, Messung des BMI zu Beginn und am Ende etc.).

- Ambulante sowie kombiniert ambulant und stationär arbeitende Versorger sollten durch Vernetzung generell befähigt werden, einen multimodalen Ansatz und ein multiprofessionelles Behandlungsteam zu verwirklichen. Hierfür könnten geeignete Akteurinnen und Akteure lokal oder regional zusammenwirken (zum Beispiel Ernährungsberatung, ärztliche und psychotherapeutische Praxis, Klinik) und arbeitsteilig Diagnose und Intervention übernehmen. Dafür sind geeignete „Best-Practice-Modelle“ zu sammeln und in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften, Krankenkassen und Gesundheitsämtern bekannt zu machen sowie als Modellprojekte einzurichten. Auf diese Weise könnten die Erfahrungen und die Infrastruktur der schon bestehenden Einrichtungen weiter genutzt und in ihrer Qualität rasch auf ein wirkungsrelevantes Niveau gehoben werden.
- Zur Verbesserung der Diagnostik könnten einfache diagnostische Instrumente für Ernährungs- und Bewegungsverhalten verfügbar und bekannt gemacht werden (strukturierte Interviews u. Ä.). Dies kann eine Aufgabe für Fachgesellschaften und Steuerungsgremien der Versorgungsträger sein.
- Eine Stärke ambulanter Angebote liegt darin, dass sie den Zugang zu sozialem Umfeld und Eltern leichter bewerkstelligen können als die Kliniken. Ambulante sowie ambulante und stationäre Angebote können flexibler setting- oder zielgruppenorientierte Module entwickeln, zum Beispiel für die Versorgung sozial Benachteiligter. Sie empfehlen sich als Partner für die Entwicklung und Implementation entsprechender Programme. Settingprogramme sind durch ihre Nähe zur Lebenswelt der Betroffenen und durch eine breitere Ansprache der Risikogruppen zudem gut geeignet zur Teilnahmemotivation schwer erreichbarer Personengruppen (sozial Benachteiligter) und zur Erprobung und Umsetzung genderspezifischer Angebote (für Knaben).
- Stationäre Einrichtungen (insbesondere Kliniken) sollten zur Erweiterung ihrer Zielgruppenorientierung auf die Eltern angeregt werden. Diese wird bereits bei vielen Angeboten praktiziert, wie die verbreitete Gestaltung von Elternarbeit im Rahmen verschiedener Interventionsthemen (Ernährung, Bewegung etc.) zeigt. Die hierbei gesammelten Erfahrungen könnten über die Sammlung von Projektbeispielen weitergegeben werden, um Eltern und soziales Umfeld auf möglichst vielen Interventionsebenen und mit höherer Dichte zur Unterstützung langfristiger Verhaltensänderungen zu gewinnen. Darüber hinaus könnten stationäre Angebote spezielle Maßnahmen für eine bestimmte Klientel, zum Beispiel schwer therapierbare Kinder und Jugend-

liche, anbieten und damit eine gute Ergänzung zu den ambulanten Angeboten darstellen.

### **Empfehlung 6: Schlanke Koordination und Vernetzung**

Durch die Vernetzung ohnehin bestehender Leistungsangebote könnten die jeweiligen Defizite einzelner Anbieter leichter ausgeglichen werden, ohne neue Einrichtungen, Angebote oder Versorgungsstrukturen schaffen zu müssen. Diese Verknüpfung der Teilleistungen verschiedener Einrichtungsarten zur Kombination ihrer jeweiligen Stärken wird inzwischen auch in wichtigen Fachgruppen diskutiert (Müller et al. 2006).

Neben den angeführten Vorschlägen ist an eine bessere Verzahnung mit weiteren Versorgungsakteurinnen und -akteuren zu denken: Für das Setting Schule könnten öffentlicher Gesundheitsdienst und Kultusbehörden interessierte Kooperationspartner sein, für das Setting Kita die Kommunen. Mit Interventionen bei Grundschulkindern liegen inzwischen gute Erfahrungen auch mit begrenzten, aber angemessen konzipierten Modulen der Verhaltensprävention durch Gesundheitsunterricht vor (Burkard et al. 2004). Auch die Nachversorgung durch Selbsthilfegruppen bietet Ausbaumöglichkeiten; bislang vermitteln oder empfehlen nur etwa 30% der Maßnahmen Kontakte in diesen Bereich. Eine engere Kooperation der Einrichtungen mit Selbsthilfegruppen könnte allen Beteiligten Nutzen bringen.

Ein besonderes Problem stellt die – etwa im Konsensuspapier (Böhler et al. 2004) – als Qualitätskriterium eingeführte Koordination der individuellen Versorgungsabfolge durch (Haus-)Ärzte bzw. (Haus-)Ärztinnen dar („Lotsenfunktion“). Niedergelassene Praxen, insbesondere hausärztliche, tragen einen sehr geringen Anteil der aktuellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas und weisen die niedrigste Angebotsdichte aller Zweige auf. Sie sind somit als Multiplikatorinstanzen denkbar, scheinen aber auf eine solche Lotsenfunktion beim aktuellen Stand nicht vorbereitet.

Bevor niedergelassene Praxen mit der Koordination oder Supervision von Behandlungen beauftragt werden können (Indikationsstellung, Zwischen- und Abschlussberichtsprüfung, Ansprechpartner bei Problemen), sind daher spezielle Qualifikationsnachweise zu fordern. Diese sind auch deshalb erforderlich, weil Ärztinnen und Ärzte – neben Lehrkräften – regelmäßig in Kontakt zu Betroffenen kommen und deshalb die Befähigung zur sachkundigen Information und wirkungsvollen Behandlung und Begleitung bei dieser für die Ver-

sorgung in der Fläche zentralen Berufsgruppe wichtig ist. Je nach Inhalt dieser Qualifikation könnten aber auch andere Berufsgruppen Funktionen der Koordination und Qualifikation übernehmen. Die Daten zeigen, dass das vielen Ernährungs- und sonstigen Beratungsstellen, unter anderem Einrichtungen im ambulanten Bereich, bereits heute gelingt.

### **Empfehlung 7: Niedrigschwelligkeit, Qualifikation, Kampagnen**

Bei jetziger Versorgungslage kann etwa 4% der Betroffenen pro Jahr ein Behandlungsangebot gemacht werden (über die zehn Jahre des Kindes- und Jugendalters also 40% der Betroffenen in der Altersspanne). Aufgrund der hier vorgelegten Daten ist nicht sicher, unter welchen Bedingungen (zum Beispiel Selbstbeteiligung, Wohnortnähe) eine Ausweitung des Angebots auf echte Nachfrage stoßen würde. Bislang beschränken sich die Maßnahmen auf motivierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer und nehmen dadurch eine Selbstselektion vor. Ein Arbeitsschwerpunkt künftiger Versorgungspolitik für Übergewicht und Adipositas könnte daher im Aufbau von Motivation für die Programmteilnahme, in der Konzeption gut zugänglicher Programme und in der Unterstützung der Zugänge liegen. Dafür ist eine gestufte Strategie sinnvoll:

Niedrigschwellige Angebote sollten ausgebaut werden, damit Menschen erreicht werden können, die die regulären hochschwelligeren Angebote aus Angst oder Scham nicht nutzen. Für viele Betroffene ist es schwierig, selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Personen zu sprechen. Daher sollten niedrigschwellige Angebote nicht abwarten, bis die Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern unmittelbar auf die Zielgruppen zugehen. Sie sollen möglichst in der Wohnumgebung stattfinden und sich am Bedarf sowie den Bedingungen und Fähigkeiten der Betroffenen orientieren. Diese Angebote können an die bestehende ambulante und kombinierte ambulante-stationäre Versorgung anknüpfen und damit auch eine „Zubringerfunktion“ zu den aufwändigeren stationären Angeboten wahrnehmen.

- Die bestehenden, weitverzweigten Versorgungsformen können genutzt werden, um die dort tätigen Fachkräfte als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu vernetzen und durch Information und Fortbildung zu qualifizieren. Dadurch würden sich die Bekanntheit der Angebote und der Zugang zu ihnen verbessern. Zur Durchführung ist an lokale oder regionale Partnerschaften mit schulärztlichen Diensten und kommunalen Jugendbehörden zu denken. Das wäre auch ein Vorbereitungsschritt zur Kopplung laufender

Programme und Maßnahmen, um ihre jeweiligen Defizite auszugleichen (zum Beispiel von Ernährungs- und Bewegungsangeboten mit psychosozialen Maßnahmen und Diagnostik).

- Da Übergewicht mit gesellschaftlich und medial vermittelten Selbstentwürfen und Werten zusammenhängt, sind zur Bekanntmachung von Handlungsmöglichkeiten und zur Unterstützung der Teilnahmemotivation Kampagnen für Gesundheitsbewusstsein und -information wichtig (MacNeill 2005). Solche Kampagnen können zum Beispiel zielgruppenorientiert in Zusammenarbeit mit der schulischen Gesundheitsförderung und lokalen Sportvereinen an sozialen Brennpunkten ansetzen (Wabitsch 2004).

### **Empfehlung 8: Differenziertes Angebot und sukzessive Standards**

Ein breites Spektrum unterschiedlicher Maßnahmen wird den nach Belastungsgrad, Motivation und sozialer Herkunft unterschiedlichen Erwartungen und Bedarfslagen Betroffener vermutlich am besten gerecht. In diesem breiten Spektrum haben auch speziell profilierte Angebote (etwa besonders intensive, hoch dosierte oder aufwändige Behandlungen einerseits, niedrigschwellige und lebensweltnahe Projekte andererseits) ihre sinnvolle Funktion. Unter diesem Gesichtspunkt könnten für einzelne Einrichtungsarten oder Angebotsrahmen in Fachkonsensen evidenzbezogen „gleitende“ (abgestufte) Kriterien diskutiert werden. Dadurch würde finanziell und organisatorisch schwächeren Einrichtungen ermöglicht, schrittweise ihre Qualität auszubauen und auch anspruchsvollere Einzelkriterien zu erreichen. Wichtig ist hier, dass alle Einrichtungen ausreichend Zeit zur Umstellung (Vernetzung, Qualifikation) haben.

### **Empfehlung 9: Umsetzungshilfen geben**

Handreichungen können die Qualitätsentwicklung unterstützen, um schwer zu erreichende Einzelkriterien leicht zugänglich zu machen. Dies wäre insbesondere für die verstreuten ambulanten Einrichtungen hilfreich. Infrage kommen unter anderem Sammlungen von „Best-Practice-Modellen“, wissenschaftlich fundierte Unterlagen zur Ausrichtung der Maßnahmen auf evidenzbasierte Konzeptqualität, Durchführungsvorschläge für eine Vernetzung und integrierte Versorgung, Datenbanken oder Foren zur Vermittlung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für eine Vernetzung. Eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachgesellschaften ist zur Bedarfsklärung, Akzeptanz und Ausgestaltung der angebotenen Informationen empfehlenswert.

Für solche Umsetzungshilfen, wie auch zur Durchführung und Ergänzung einzelner Interventionsabschnitte (insbesondere der Nachbehandlung) sollten Möglichkeiten des Internets genutzt werden, was bislang eine Ausnahme darstellt. Es gibt jedoch Beispiele für die Praktikabilität und Wirksamkeit dieses Zugangs bei Gewichtsreduktionsprogrammen (McCoy et al. 2005).

### **Empfehlung 10: Versorgungsforschung ausbauen**

Um die Feldentwicklung auf die Erfüllung vorrangiger Gesundheitsziele abzustimmen, sind Versorgungsbeschreibungen zur Erfolgskontrolle der Einführung von Qualitätsstandards unter Prüfung möglicher Nebenwirkungen notwendig. Für diese – wie auch für Beobachtungsstudien und vergleichende Evaluationen – sind differenzierte Stichprobenbildungen aus dem aktuellen Versorgungsspektrum angemessen, um die Breite der Angebote abzubilden.

Wenn die vollständigen Ergebnisse der Beobachtungsstudie 2008 vorliegen, wird zu prüfen sein, welche weiteren Empfehlungen hinzukommen und welche der hier aufgeführten ggf. zu revidieren sind. Zunächst ist es jedoch wichtig, die Versorgungssituation für betroffene Kinder und Jugendliche schrittweise zu verbessern. Die Studie hat eindringlich gezeigt, dass ein „Mehr vom Gleichen“ bei einem Ausbau der Angebotsstrukturen nicht ausreicht, sondern gezielt und kooperativ vorgegangen werden muss. Allerdings setzen gezielte Kooperationen, zum Beispiel verschiedener Einrichtungen vor Ort, auch die Verständigung über Profile und Qualitätsmerkmale voraus. Hierzu hat die Studie einen wichtigen Beitrag geleistet. Der Qualitätssicherungsprozess der BZgA wird nun fortgesetzt, indem die Erkenntnisse und Empfehlungen an die Praxis weitergeleitet werden, die Beobachtungsstudie ausgewertet wird und demzufolge die Qualitätskriterien des Qualitätsrasters und des Konsensuspapiers erneut überprüft und ggf. fortgeschrieben werden.

# 6. Literatur

- Alsaker, F. D., Bütikofer, A. (2005): Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. doi:10.1026/0942-5403.14.3.169. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (3), 169–180.
- AMD+AG.MA. (1999): Fehlertoleranztabellen. In: AMD+AG.MA (Hrsg.): ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., AG.MA Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis, Opladen: Leske + Budrich, S. 149–154.
- Anderson, L. H., Martinson, B. C., Crain, A. L., Pronk, N. P., Whitebird, R. R., Fine, L. J. et al. (2005 Oct): Health care charges associated with physical inactivity, overweight, and obesity. *Prev Chronic Dis* [serial online]. <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/oct/04\\_0118.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/oct/04_0118.htm)> [28. 12. 2005], 2 (4).
- Andersson, C. M., Bjaras, G. E. M., Ostenson, C.-G. (2002): A stage model for assessing a community-based diabetes prevention program in Sweden. *Health Promot. Int.*, 17 (4), 317–327.
- Austin, S. B., Field, A. E., Wiecha, J., Peterson, K. E., Gortmaker, S. L. (2005): The Impact of a School-Based Obesity Prevention Trial on Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159 (3), 225–230.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (1996): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (8., verbesserte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bagust, A., Roberts, B. L., Haycox, A. R., Barrow, S. (1999): Cost of health care. The additional cost of obesity to the health service and the potential for resource savings from effective interventions. *Eur J Public Health*, 9 (4), 258–264.
- Barnow, S., Bernheim, D., Schröder, C., Lauffer, H., Fusch, C., Freyberger, H.-J. (2003): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse einer multimodalen Interventionsstudie in Mecklenburg-Vorpommern. *Psychother Psych Med*, 53, 7–14.
- Benecke, A. (2003): Adipositas – eine therapeutische Herausforderung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35 (4), 729–742.
- Benecke, A., Vogel, H. (2005): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16 (geänderte Aufl.). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Beyer, M., Geraedts, M., Gerlach, F. M., Güllich, M., Jäckel, W. H., Kopp, I. et al. (2005): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. (Hrsg.): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Redaktion: Kopp, I., Thole, H., Selbmann, H. K., Ollenschläger, G.: AWMF, ÄZQ.
- Blättner, B., Grewe, A., Kohlenberg-Müller, K. (2006): Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Prävention*, 29 (2), 42–46.
- Böhler, T., Alex, C., Becker, E., Becker, R., Hoffmann, S., Hutzler, D. et al. (2004): Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. *Gesundheitswesen*, 66 (11), 748–753.
- Böhler, T., Becker, E., Becker, R., Hoffmann, S., Hutzler, D., Laufersweiler-Lochmann, F. et al. (2003): Bewertungskriterien für ambulante Programme nach § 43 Nr. 2 SGB V für adipöse Kinder und Jugendliche. Stellungnahme der Unterarbeitsgruppe „Adipositasprogramme für Kinder/Jugendliche“ der AG M 11. Stand: Dezember 2003. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).
- Böhler, T., Wabitsch, M., Winkler, U. (2004): Konsensuspapier. Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Vorgelegt von der Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche – eine Konsensfindung“ unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Böhm, A. (2001): Adipositas bei Einschülern: Ausmaß, Entwicklung und Zusammenhänge mit dem Sozialstatus. *Psychomed – Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 13 (4), 235–241.
- Bornhäuser, A., Pätschke-Langer, M., Adams, M., Batra, A., Becker, N., Bölskei, L. et al. (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.

- Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler (4., vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006): Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. So finden Sie ein gutes Programm. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende. Nürnberg. Bestellnummer 3542100 unter [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de).
- Burkard, L., Falkenberg, B., Fischer, T., Harling, M., Krüger, D., Mezu, N. et al. (2004): Primakids: Verhaltensänderung durch Gesundheitsunterricht bei Hamburger Grundschulkindern. *Akt Ernähr Med*, 29, 279.
- Campbell, K., Waters, E., O'Meara, S., Kelly, S., Summerbell, C. (2002): Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.
- Chapman, K., Nicholas, P., Supramaniam, R. (2006): How much food advertising is there on Australian television? *Health Promot. Int.*, 21 (3), 172–180.
- Chittleborough, C., Burke, M., Taylor, A., Grande, E. D., Grant, J., Team, North West Adelaide Health Study – NWAHS (2004): Why should we reduce obesity in the population? Health resource use implications (Abstract). In: IUHPE (Hrsg.): *Health 2004: The 18<sup>th</sup> World Conference on Health Promotion and Health Education*. Melbourne: IHUPE.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Coleman, K. J., Tiller, C. L., Sanchez, J., Heath, E. M., Sy, O., Milliken, G. et al. (2005): Prevention of the Epidemic Increase in Child Risk of Overweight in Low-Income Schools: The El Paso Coordinated Approach to Child Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159 (3), 217–224.
- Connolly, C. R. (2005): Interventions Related to Obesity – A State of the Evidence Review. The Heart and Stroke Foundation of Canada <<http://healthpromotion.hsf.ca>> [10. 12. 2005].
- Crespo, C. J., Smit, E., Troiano, R. P., Bartlett, S. J., Macera, C. A., Andersen, R. E. (2001): Television Watching, Energy Intake, and Obesity in US Children: Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 155 (3), 360–365.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Owens, E., de Moor, C., Rittenberry, L., Olvera, N. et al. (2002): Ethnic differences in social correlates of diet. *Health Educ Res*, 17 (1), 7–18.
- Czerwinski-Mast, M., Danielzik, S., Asbeck, I., Langnäse, K., Spethmann, C., Müller, M. J. (2003): Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46 (9), 727–731.
- D'Amicis, A., Romano, F., Villari, P., Boccia, A. (2003): Does a National Epidemiological Network on Nutrition help to understand Obesity? *European Journal of Public Health*, 13 (4), Supplement 12.
- Danielzik, S. (2003): Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Kiel: Daten der ersten Querschnittsuntersuchung der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Kiel: Universität Kiel (Dissertation).
- Danielzik, S., Langnäse, K., Mast, M. et al. (2002): Impact of parental BMI on the manifestation of overweight in 5–7 year old children. *Eur J Nutr*, 41, 132–138.
- Datar, A., Sturm, R. (2004): Childhood Overweight and Parent- and Teacher-Reported Behavior Problems: Evidence From a Prospective Study of Kindergartners. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158 (8), 804–810.
- Döring, A., Meisinger, C., Thorand, B., Löwel, H. (2005): MONICA/KORA-Studiengruppe. Ernährungsverhalten und Übergewicht: Untersuchungen in den MONICA/KORA-Studien. *Gesundheitswesen*, 67 (s 01), 51–56.
- Eurodiet (2000): Eurodiet Core Report. Nutrition & Diet fo Healthy Lifestyles in Europe. Science & Policy Implications. Co-ordinated by University of Crete, School of Medicine <<http://eurodiet.med.uoc.gr>> [20. 6. 2003].
- Farin, E. (2005): Die Anwendung hierarchischer linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. *Rehabilitation*, 44 (3), 157–164.
- FHI (2005): National Institute of Public Health. Healthy dietary habits and increased physical activity – the basis for an action plan. Summary of government assignment. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., Gail, M. H. (2005): Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA*, 293 (15), 1861–1867.
- G+G. (2003): Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Bonn: AOK-Bundesverband.
- Galuska, D. A. (2003): Controlling an epidemic: the problem of overweight in children and adolescents. *Soz.- Präventivmed.*, 48 (2003), 145–146.
- Gerlach, F. M., Küver, C. M. B., Szecsenyi, J., Ludt, S., Wiesemann, A. (2002): Recherche und Bewertung von Schulungsprogrammen für Patienten mit koronarer Krankheit, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs in Deutschland. Ergebnisbericht (aktualisiert, Stand: 11. 7. 2002). Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Kiel: Universitätsklinikum Kiel, Institut für Allgemeinmedizin.
- Gill, T., Chittleborough, C., Taylor, A., Ruffin, R., Wilson, D., Phillips, P. (2003): Body mass index, waist hip ratio, and waist circumference: which measure to classify obesity? *Soz.- Präventivmed.*, 48, 191–200.
- Goldapp, C., Mann, R. (2004): Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Prävention*, 27 (1), 12–17.
- Goldapp, C., Mann, R., Shaw, R. (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitsförderung konkret*, Band 4. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Herpertz, S., Senf, W. (2003): Psychotherapie der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (20), A1367–A1373.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., Reed, G. W., Peters, J. C. P. (2003): Obesity and the Environment: Where Do We Go from Here? DOI: 10.1126/science.1079857. *Science*, 299 (5608), 853–855.
- Hillenbrand, H., Standl, E. (2005): Gesundheitsökonomische Aspekte des Diabetes. In: *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2006. Die Bestandsaufnahme. Vorgelegt von der Deutschen Diabetes-Union zum Welt Diabetesstag im November 2005* (S. 88–91). Mainz: Kirchheim & Co.
- Hoffmann La-Roche AG (2004): Wenig Chancen für dicke Kinder – Therapieangebote sind rar, heterogen und kaum evaluiert. *Pressemappe: Hoffmann La-Roche AG*.
- Hutzler, D. (2004): Adipositas. Was adipösen Kindern hilft. *Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet Gewichtsreduktionsprogramme. Deutsches Ärzteblatt*, 101 (23), B1378–B1379.
- Kawski, S., Koch, U. (2002): Zum Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Zur Entwicklung der medizinischen Rehabilitation in den 90er-Jahren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (3), 260–266.
- Kiess, W., Reich, A., Müller, G., Meyer, K., Galler, A., Bennek, J. et al. (2001): Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence – diagnosis, treatment and prevention. *Int J Obes Relat Metab Disord [Suppl 1]*, 25, 70–75.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H., Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. DOI: 10.1007/s00103-005-1216-1. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49 (2), 141–150.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U., Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 125–132.
- Knerr, I., Topf, H. G., Hablawetz, B., Stöhr, W., Dötsch, J., Rascher, W. et al. (2005): Frühe Einflussfaktoren auf das Körpergewicht und die Prävalenz von Übergewicht zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bei 4610 Kindern im Raum Erlangen/Nordbayern. *Gesundheitswesen*, 67 (3), 183–188.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 149, 807–818.
- Kromeyer-Hauschild, K., Zellner, K., Jäger, U., Hoyer, H. (1999): Prevalence of overweight and obesity among children in Jena. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, 1143–1150.
- 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

- Kvaavik, E., Tell, G. S., Klepp, K.-I. (2003): Predictors and Tracking of Body Mass Index From Adolescence Into Adulthood: Follow-up of 18 to 20 Years in the Oslo Youth Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157 (12), 1212–1218.
- Langnäse, K., Mast, M., Müller, M. J. (2002): Social class differences in overweight of prepubertal children in Northwest Germany. *Int J Obesity*, 26, 566–572.
- Langness, A., Richter, M., Hurrelmann, K. (2005): Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie. *Gesundheitswesen*, 67 (6), 422–431.
- Leary, M. R., Tchividjian, L. R., Kraxberger, B. E. (1994): Self-presentation can be hazardous to your health: Impression management and health risk. *Health Psychology*, 13 (6), 461–470.
- Liebermeister, H. (2005): Lifestyle-Faktoren – treibende Kraft einer Epidemie. In: *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2006. Die Bestandsaufnahme. Vorgelegt von der Deutschen Diabetes-Union zum Welt Diabetesstag im November 2005 (S. 12–17)*. Mainz: Kirchheim & Co.
- Lienert, G., Raatz, U. (1994): Testaufbau und Testanalyse (5., völlig neubearb. u. erw. Aufl.): Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B. E., Hediger, M. L. (2004): Body Mass Index and Overweight in Adolescents in 13 European Countries, Israel, and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158 (1), 27–33.
- Löffler, U. (1999): Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis. In: *ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., AG.MA Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. (S. 17–22)*: Opladen: Leske + Budrich.
- MacNeill, M. (2005): From „Fat Nation“ to Healthy Active Cultures. *Ontario Health Promotion E-Mail-Bulletin* 423.1 29. 7. 2005, (423.1). <<http://www.ohpe.ca/ebulletin>> [July 29, 2005].
- Mann-Luoma, R., Goldapp, C., Khaschei, M., Lamersm, L., Milinski, B. (2002): Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. *Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (12), 952–959.
- McCoy, M. R., Couch, D., Duncan, N. D., Lynch, G. S. (2005): Evaluating an Internet weight loss program for diabetes prevention. *Health Promot. Int.*, 20 (3), 221–228.
- McTigue, K. M., Garrett, J. M., Popkin, B. M. (2002): The Natural History of the Development of Obesity in a Cohort of Young U. S. Adults between 1981 and 1998. *Ann Intern Med*, 136 (12), 857–864.
- McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Bunton, A. J. et al. (2003): Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 139 (11), 933–949.
- Meyer-Nürnberg, M. (2002): Gesundheit von Kindern. Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (11), 859–865.
- Moebus, S., Hoffmann, B., Merkel-Jens, A. (Hrsg.) (2005): Adipositasprogramme – (k)eine Hilfe für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche? Studie zur Ausrichtung und Wirkung von Programmen zur Gesundheitsförderung von übergewichtigen Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft.
- Moraes, S. A. d., Beltran Rosas, J., Mondini, L., Martins de Freitas, I. C. (2006, June): Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em escolares de área urbana de Chilpancingo, Guerrero, México, 2004. *Caderno de Saúde Pública* [online]. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600018&lng=pt&nrm=iso)>, 22 (6), 1289–1301.
- Mühlig, S., Rinne, H., Mehren, F., Petermann, F., Butt, U., Worth, H. (2002): Zur Praxis der stationären Asthmaschulung in der Bundesrepublik Deutschland – eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Pneumologie*, 56, 167–175.
- Müller, M. J., Danielzik, S. (2005): Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: *Walter, U. (Hrsg.): KKH Kaufmännische Krankenkasse & MHH Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Sozial-epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung: Weißbuch Prävention! HERZgesund? Jahresreport der KKH 2004 (S. 112–116)*. Hannover: KKH Kaufmännische Krankenkasse & MHH Medizinische Hochschule Hannover.

- Müller, M. J., Reinehr, T., Hebebrand, J. (2006): Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (6), B292–B297.
- Münstermann, S., Steins, G. (2003): Stigmatisierung essgestörter Frauen in Abhängigkeit vom diagnostischen Ansatz und der Form der Essstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (1), 1–9.
- Myers, M. D., Raynor, H. A., Epstein, L. H. (1998): Predictors of Child Psychological Changes During Family-Based Treatment for Obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152 (9), 855–861.
- NEDIC (2006): National Eating Disorder Information Centre. Overview <<http://www.nedic.ca/about/overview.shtml>> [23. 7. 2006].
- Nestle, M., Jacobson, M. F. (2000): Halting the obesity epidemic: A public health policy approach. *Public Health Reports*, 115, 12–25.
- O’Dea, J. A. (2005): Prevention of child obesity: „First, do no harm“. *Health Educ. Res.*, 20 (2), 259–265.
- Olinto, M. T. A., Nacul, L. C., Dias-da-Costa, J. S., Petrucci Gigante, D., Menezes, A. M. B., Macedo, S. (2006, June): Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600010&lng=pt&nrm=iso)>, 22 (6), 1207–1215.
- Östman, J., Britton, M., Jonsson, E. (Hrsg.) (2004): Treating and preventing obesity. An evidence based review. Weinheim: Wiley.
- Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A., Bonneux, L. (2003): Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. *Ann Intern Med*, 138 (1), 24–32.
- Petersen, C., Hamm, M. (2003): *Moby Dick. Spaß-Diät für Kinder. Spielend leicht in Form.* München: Ullstein.
- Petkeviciene, J., Klumbiene, J. (2003): Trends in overweight and obesity in eastern Europe with a special focus on Lithuania during the last two decades. *European Journal of Public Health*, 13 (4), Supplement, 12–13.
- Portwich, P. (2005): Evidence-based medicine – Methode, Kritik und Nutzen für eine professionalisierte Handlungspraxis in der Medizin. *Gesundheitswesen*, 67 (5), 319–324.
- Reinehr, T., Dobe, M., Kersting, M. (Hrsg.) (2003): *Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS.* Göttingen: Hogrefe.
- Reinehr, T., Kersting, M., Andler, W., Wollenhaupt, A., Chahda, C. (2002): Ambulante Adipositas-schulungen im Kindesalter – Vergleichskriterien zur Entwicklung validierter Behandlungsempfehlungen. *Klinische Pädiatrie*, 214 (2), 83–88.
- Reinehr, T., Kersting, M., Chahda, C., Andler, W. (2003): Nutritional knowledge of obese compared to non obese children. *Nutrition Research*, 23, 645–649.
- Reinehr, T., Wabitsch, M. (2003): Strukturierte Erfassung der Therapieangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. Projekt der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 151, 757–761.
- Reinehr, T., Wabitsch, M., Andler, W., Beyer, P., Böttner, A., Chen-Stute, A. et al. (2004): Medical care of obese children and adolescents. APV: a standardised multicentre documentation derived to study initial presentation and cardiovascular risk factors in patients transferred to specialised treatment institutions. *Eur J Pediatr*, 163, 308–312.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J. et al. (Hrsg.) (2001): *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (Bd. 92). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rosenbrock, R. (2006): Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In: Kirch, W., Badura, B. (Hrsg.): *Prävention – Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses* (S. 3–21). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005.* Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

- Schulze, M. B., Hu, F. B. (2005): Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented? *Annual Review of Public Health*, 26, 445–467.
- Schwarz, P., Schwarz, J., Bornstein, S., Schulze, J. (2005): Prevention of type 2 diabetes: what challenges do we have to address? *Journal of Public Health*, 13 (6), 303–308.
- Sherry, B., Mei, Z., Scanlon, K. S., Mokdad, A. H., Grummer-Strawn, L. M. (2004): Trends in State-Specific Prevalence of Overweight and Underweight in 2- Through 4-Year-Old Children From Low-Income Families From 1989 Through 2000. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158 (12), 1116–1124.
- Shields, M. (2005): Nutrition: Findings from the Canadian Community Health Survey. Issue no. 1. Measured Obesity. Overweight. Canadian children and adolescents. Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-620-MWE2005001. ISSN: 1716-6713 <<http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/pdf/cobesity.pdf>> [27 July 2005].
- Sturm, R. (2005 Jan): Childhood obesity – what we can learn from existing data on societal trends, part 1. *Prev Chronic Dis* [serial online]. <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04\\_0038.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/jan/04_0038.htm)> [28. 12. 2005], 2 (1), 1–9.
- Sturm, R. (2005 Apr): Childhood obesity – what we can learn from existing data on societal trends, part 2. *Prev Chronic Dis* [serial online]. <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04\\_0039.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0039.htm)> [28. 12. 2005], 2 (2), 1–9.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K. J. (2005): Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001871. DOI:10.1002/14651858.CD001871.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., Kurth, B. M. (2005): Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48 (3), 296–306.
- Thomas, H., Ciliska, D., Micucci, S., Wilson-Abra, J., Dobbins, M. (2004): Effectiveness of Physical Activity Enhancement and Obesity Prevention Programs in Children and Youth. September 2004. Effective Public Health Practice Project (EPHPP), *Epidemiology and Evaluation* <<http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Summary/2004/HealthyWeightsFull2004.pdf>> [21. 1. 2006].
- Tiedjen, U., Petermann, F., Sievers, K., Stachow, R. (2000): Langfristige Effekte der Adipositas therapie in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 9 (2), 94–101.
- Venhaus, A., Wickenkamp, B. (2002): Literaturrecherche im Rahmen des BZgA-Projekts „Qualitätsraster Adipositas im Kindes- und Jugendalter“. Schwerpunkt: Deutschland. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Veugelaers, P. J., Fitzgerald, A. L. (2005): Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ*, 173 (6), 607–613.
- von der Heyde, C. (1999a): Sonder-Stichproben. In: ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., AG.MA Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. (Hrsg.): *Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis* (S. 113–124). Opladen: Leske + Budrich.
- von der Heyde, C. (1999b): Techniken und Möglichkeiten der Realisierung von Random-Stichproben. In: ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., AG.MA Arbeitsgemeinschaft Media-Analyse e.V. (Hrsg.): *Stichproben-Verfahren in der Umfrageforschung. Eine Darstellung für die Praxis* (S. 35–60). Opladen: Leske + Budrich.
- von Kries, R. (2004): Adipositas bei Kindern in Bayern – Erfahrungen aus den Schuleingangsuntersuchungen. *Gesundheitswesen*, 66 (SH 1), 80–85.
- Wabitsch, M. (2004): Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47 (3), 251–255.
- Wabitsch, M., Kunze, D., Keller, E., Kiess, W., Kromeyer-Hauschild, K. (2002): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Deutliche und anhaltende Zunahme der Prävalenz – Aufruf zum Handeln. *Fortschritte der Medizin/Originalien*, 120 (4), 99–106.
- Walter, U., Dörning, H., Haverkamp, A., Krauth, C., Kurtz, V., Lorenz, C. et al. (2005): Übergewicht. In: Walter, U. (Hrsg.): *KKH Kaufmännische Krankenkasse & MHH Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung für Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung: Weißbuch Prävention! HERZgesund? Jahresreport der KKH 2004* (S. 102–111). Hannover: KKH Kaufmännische Krankenkasse & MHH Medizinische Hochschule Hannover.

- Weyhreter, H., Tannhäuser, S., Muche, R., Debatin, M., Heinze, E., Strittmatter, U. et al. (2003): Ergebnisse einer ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. *Klinische Pädiatrie*, 215, 57–64.
- WHO (2000): Prevention and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Genf: WHO.
- Wrotniak, B. H., Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N. (2004): Parent Weight Change as a Predictor of Child Weight Change in Family-Based Behavioral Obesity Treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158 (4), 342–347.
- Zöfel, P. (2002): SPSS-Syntax. München: Pearson Studium.
- Zubrägel, S., Settertobulte, W. (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* (S. 159–182). Weinheim: Juventa.

# 7. Anhang

# 7.1

## Fragebogen der Erhebungsstufe A

## Angebote für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas: Bundesweite Bestandsaufnahme 2004

Diesen Kästchen bitte auf jeden Fall ausfüllen!

**Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung / des Anbieters:**

**Art der Einrichtung / des Anbieters:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kindertages                   | <input type="checkbox"/> Kindertages               | <input type="checkbox"/> Schule            |
| <input type="checkbox"/> Kindertages/Praxis            | <input type="checkbox"/> Familienkassen            | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt    |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatisches Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Sachverständigen/Zentren  | <input type="checkbox"/> Allergienambulanz |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe             | <input type="checkbox"/> Ernährungswissenschaftler | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe |
| <input type="checkbox"/> Sportverein                   | <input type="checkbox"/> andere                    |  |

Wie können Ihre Maßnahmen für Übergewicht oder adipöse Kinder/Jugendliche aus Ihrer Sicht weiter ausgebaut werden?

**Ansprechpartner:**

Name, Vorname:

Telefon oder E-Mail:

Bezeichnung der Abteilung:

Erreichte des Angebotes:  vollständig  teilweise  gar nicht erreicht  
 Inwieweit sind die Einrichtungen/Programme z.B. MDR, MDR, OHEK etc. eingebunden?  ja  nein

Sie sind ein christlicher Verein oder Institut für die Angebote?  ja  nein

Handelt es sich um ein gemeinsames Projekt zwischen mehreren Einrichtungen?  ja  nein

Handelt es sich um ein gemeinsames Projekt, bei dem eine spezielle Einrichtung beteiligt ist?  ja  nein

Sie sind ein Verein, bei dem die einzelnen Teilnehmer in Ihrem Angebot ausgebildet sind?  ja  nein

Die Angebote sind ein spezielles Angebot aus dem Bereich:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung | <input type="checkbox"/> Eltern-Übersicht  |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung | <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung | <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung | <input type="checkbox"/> Ernährungsbildung |

andere (bitte erläutern Sie, was Sie beschreiben)

Reicht sich die Angebote an ein bestimmtes Altersgruppen?  ja  nein  0-3  3-6  6-10  10-14

**Teilnahme:**

Wie viele Personen nehmen an Ihren Angeboten teil?  1-10  11-20  21-30  31-40  41-50  51-60  61-70  71-80  81-90  91-100  >100

Wie viele Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind bei Ihnen beschäftigt?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99  100  >100

**Beim Angebot sind Mitarbeiterinnen/Kräfte (je Person) beschäftigt:**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Ernährungsberater/Ernährungsberaterin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ernährungsberater/Ernährungsberaterin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ernährungsberater/Ernährungsberaterin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ernährungsberater/Ernährungsberaterin | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**Veranstaltungsbildung (je Angebot):**

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2   | <input type="checkbox"/> 11-12  |
| <input type="checkbox"/> 3-4   | <input type="checkbox"/> 13-14  |
| <input type="checkbox"/> 5-6   | <input type="checkbox"/> 15-16  |
| <input type="checkbox"/> 7-8   | <input type="checkbox"/> 17-18  |
| <input type="checkbox"/> 9-10  | <input type="checkbox"/> 19-20  |
| <input type="checkbox"/> 21-22 | <input type="checkbox"/> 23-24  |
| <input type="checkbox"/> 25-26 | <input type="checkbox"/> 27-28  |
| <input type="checkbox"/> 29-30 | <input type="checkbox"/> 31-32  |
| <input type="checkbox"/> 33-34 | <input type="checkbox"/> 35-36  |
| <input type="checkbox"/> 37-38 | <input type="checkbox"/> 39-40  |
| <input type="checkbox"/> 41-42 | <input type="checkbox"/> 43-44  |
| <input type="checkbox"/> 45-46 | <input type="checkbox"/> 47-48  |
| <input type="checkbox"/> 49-50 | <input type="checkbox"/> 51-52  |
| <input type="checkbox"/> 53-54 | <input type="checkbox"/> 55-56  |
| <input type="checkbox"/> 57-58 | <input type="checkbox"/> 59-60  |
| <input type="checkbox"/> 61-62 | <input type="checkbox"/> 63-64  |
| <input type="checkbox"/> 65-66 | <input type="checkbox"/> 67-68  |
| <input type="checkbox"/> 69-70 | <input type="checkbox"/> 71-72  |
| <input type="checkbox"/> 73-74 | <input type="checkbox"/> 75-76  |
| <input type="checkbox"/> 77-78 | <input type="checkbox"/> 79-80  |
| <input type="checkbox"/> 81-82 | <input type="checkbox"/> 83-84  |
| <input type="checkbox"/> 85-86 | <input type="checkbox"/> 87-88  |
| <input type="checkbox"/> 89-90 | <input type="checkbox"/> 91-92  |
| <input type="checkbox"/> 93-94 | <input type="checkbox"/> 95-96  |
| <input type="checkbox"/> 97-98 | <input type="checkbox"/> 99-100 |
| <input type="checkbox"/> >100  |                                 |

Anhang



**Inhaltliche Schwerpunkte:**

Wurden die Angebote der aktuellen Ausschreibung hinsichtlich der Schwerpunkte ausserhalb Ihres Antragsfeldes (z.B. zur Bekämpfung oder Prävention von Drogenkonsum) hinsichtlich der Bekämpfung, Prävention oder Suchtprävention?  
Weniger mehr als, Eltern der kinderreife Kinder sind anzukreuzen?

	Eltern	Gruppe	Einzel
1. Suchtmittelprävention (z.B. bei Familien, Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sucht-/Drogenprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entlastung/psychologische Maßnahmen (Entlastungsberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Psychotherapeutische und Psychohygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psychosozialer Beratung / psychosoziale Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Psychosozialer Maßnahmen (z.B. Familienberatung, Suchtberatung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. andere Angebote (z. B. Suchtprävention, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche von den folgenden Methoden werden innerhalb Ihrer Angebote eingesetzt (bitte ankreuzen)?

- Einzelgespräche     Gruppen- oder Einzeltherapie     Suchtberatung / Coaching     Workshops  
 Selbsthilfegruppen     Beratung     Telefonberatung

Welche Tätigkeiten werden häufiger im Rahmen der Angebote mit, und in welchem Zeitraum?  
Zählt auch Nebenberuflich oder freiberufliche Dienstleistungen.

	Regelmäßiges Angebot	Regelmäßige Terminverfahren, und zwar:	1-2 Malen	3-4 Malen	5-6 Malen	7-8 Malen
Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtliche Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychosoziale Interventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Suchtmittelprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weniger als einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig für Sie ist die oder auch diese Ressourcen:

- finanzielle Unterstützung / Kostendeckung     Unterstützungswilligkeit    %

Benutzungsgebiete im Suchtberatungsbereich:

- Suchtberatung     Suchtprävention     Suchtberatung  
 Psychosoziale Interventionen     Suchtberatung / Suchtberatung     Suchtberatung / Suchtberatung  
 Suchtberatung / Suchtberatung     Suchtberatung / Suchtberatung     Suchtberatung / Suchtberatung

Die Finanzierung der Angebote erfolgt durch:

Wie wird die Angebotserstellung finanziert?    €     ausschließlich privat     ausschließlich öffentlich     gemischt

Wie werden die Angebote durchgeführt?    €     ausschließlich privat     ausschließlich öffentlich     gemischt

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

AN

Ute-Gisela Altmann, Leiterin  
 Prävention und Suchtberatung  
 Suchtberatungsstelle für Studierende / Lehrende  
 Morleystr. 52, 575  
 56073 Koblenz

0261 201-200 (1000 4203) - 4999  
 0261 201-200 (Suchtberatung) - 4999  
 (Suchtberatung, Suchtberatung und Suchtberatung)

## 7.2 Begleitender Fachkreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ablauf und Gestaltung der Bestandsaufnahme wurden mit dem projektleitenden Fachkreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung diskutiert und dessen Hinweise bei der Studiendurchführung berücksichtigt. Dem Fachkreis gehörten an:

- Prof. Dr. Jürgen Bengel, Universität Freiburg
- Prof. Dr. Monika Bullinger, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Cornelia Goldapp, Referentin „Prävention von ernährungsbedingten Krankheiten, Gesundheitsförderung“ der BZgA, Köln
- Prof. Dr. Reinhard Holl, Universität Ulm
- Thomas Kliche, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Reinhard Mann, Referatsleiter „Prävention von ernährungsbedingten Krankheiten, Gesundheitsförderung“ der BZgA, Köln
- Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Universität Bielefeld
- Dr. T. Reinehr, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln
- Dr. Rose Shaw, IFT, München
- Jürgen Töppich, Referatsleiter „Wissenschaftliche Untersuchungen und Qualitätssicherung“ der BZgA, Köln
- Prof. Dr. J. Westenhöfer, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
- PD Dr. A. van Egmond-Fröhlich Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“, Bad Kösen

## **7.3** Das Qualitätssicherungssystem zur Begutachtung präventiver Aktivitäten (QIP)

# QIP

## *Qualität in der Prävention*

Evidenzgestütztes Informationssystem  
zum Qualitätsmanagement für  
Prävention und Gesundheitsförderung



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

BZgA

---

## QIP – Beschreibung fachlicher Dienstleistungen

### Überblick

Qualität in der Prävention (QIP) ist ein Informationssystem zur Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung. Zweck des Systems ist die Abschätzung der Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Sparsamkeit) präventiver Aktivitäten. Durch geeigneten Einsatz ist QIP in der Lage, die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit präventiven Maßnahmen gezielt zu optimieren. Mit QIP liegt damit ein wissenschaftlich überprüftes, praxisnah entwickeltes und getestetes Qualitätssicherungsverfahren für die Gesundheitsförderung und Prävention vor.



### Anwendungsbereich

QIP erfasst Aktivitäten und Angebote aller Art, die der Verbesserung der Gesundheit durch Prävention und Gesundheitsförderung dienen und beschreibt diese entlang zentraler Qualitätskriterien. QIP ist für alle gängigen, fachlich aktuellen Versorgungsformen geeignet, insbesondere für Einzelmaßnahmen, Programme, Kampagnen und Projekte zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung. QIP kann also aussagefähig eingesetzt werden, z.B. für Gesundheitskurse in Kliniken oder Volkshochschulen, für Rückenschulen in Betrieben, für Kampagnen zur Tabakprävention, für die Einführung gesunder Verpflegung in Kitas, für HIV-Plakate in Discos, für die Einführung von Gesundheitsmanagement in Schulen oder Behörden usw.

### Bestandteile des Systems

Das System besteht aus mehreren, genau aufeinander abgestimmten Elementen. Diese wurden mehrfach getestet und erfüllen wissenschaftliche Gütekriterien und professionelle Brauchbarkeitskriterien. Die Handhabung aller Elemente ist ausführlich manualisiert (Anweisungen zur Datenerhebung, Handbuch für die Begutachtung, Handbuch für die Schulung der Gutachter, Handbuch für die Nutzung der Datenbank „QIP/Report“).

1. Datenerhebung: Bei den präventiv tätigen Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Schulen, Arztpraxen) müssen alle wichtigen Informationen zur Beurteilung von einzelnen Aktivitäten eingeholt und systematisch zusammengestellt werden. Dies erfolgt mit einem 24 Seiten umfassenden, genauen Fragebogen. Alle für die Abschätzung der Qualität wichtigen Aspekte und Unterlagen werden gezielt und in wissenschaftlich geprüfter Genauigkeit abgefragt.
2. Begutachtungsverfahren: Die Daten werden geschulten Fachgutachtern vorgelegt. Diese benutzen einen 18 Seiten langen Begutachtungsbogen. Er fasst alle Auskünfte über eine präventive Aktivität, 7 Qualitäts-Hauptdimensionen und 21 Teildimensionen zusammen, insgesamt also 28 Dimensionen. Jede Dimension beruht auf mehreren Einzelkriterien. Diese Dimensionen sind nach dem fachlichen Erkenntnisstand für die Wirksamkeit und Ökonomie präventiver Versorgungsmaßnahmen von entscheidender Bedeutung. Die Gutachter müssen akademische Qualifikationen und Berufserfahrung in Prävention und Gesundheitsförderung vorweisen, sie werden für QS-P anhand eines Trainingsleitfadens geschult und müssen sich auf ethische Richtlinien verpflichten.
3. Rückmeldung: Die Beurteilung in den 2 Qualitätsdimensionen sowie alle sonstigen fachlichen Hinweise und Vorschläge werden den präventiv tätigen Einrichtungen in Form einer ausführlich erläuterten Tabelle zurückgemeldet. Die Tabelle umfasst die durchschnittlichen Ergebnisse der beurteilten Aktivität, die mittleren Ergebnisse aller anderen ähnlichen Aktivitäten aus diesem Präventionsfeld sowie die Ergebnisse der besten und die der schlechtesten Aktivität in jeder Dimension.
4. Referenzdatenbank „QIP/Report“: Alle Begutachtungsergebnisse gehen in eine eigens für das QIP-Verfahren entwickelte und programmierte Datenbank ein. Sie erstellt automatisiert die Rückmeldungen, kann aber auch verschiedene Auswertungen zur Beschreibung ganzer Präventionsfelder vornehmen, z.B. einen Vergleich der Qualitätsentwicklung zwischen Jahren, zwischen Bundesländern oder zwischen Versorgungsfeldern (Adipositas- und Suchtprävention).

### Angebote Dienstleistungen

Mit diesem Informationssystem sind wissenschaftlich-fachliche Dienstleistungen auf mehreren Ebenen möglich.

Die wichtigsten angebotenen Leistungstypen sind:

1. Zertifizierung von Präventionsaktivitäten (Maßnahmen, Programme, Projekte),
2. Auftragsforschung (Qualitäts- und Versorgungsberichterstattung),
3. Fortbildung für diese Zwecke.

Durch die Prüfung wissenschaftlicher Gütekriterien und die Manualisierung aller einzelnen Elemente des Systems ist eine gleich bleibend hochwertige, einheitliche Umsetzung aller angebotenen Leistungen sichergestellt. Diese Qualität und Brauchbarkeit der Systemleistungen wird kontinuierlich wissenschaftlich überprüft und weiterentwickelt (Einbezug des aktuellen Forschungsstandes, Verbesserung der Messinstrumente).

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über alle einzelnen Produkte für diese Leistungstypen:

Produkt	Zweck	Zielgruppe	Gestaltung	Kalkulation
Gutachten mit Rückmeldung	Optimierung geplanter oder laufender gesundheitlicher Versorgungsangebote	Präventiv tätige Einrichtungen (z.B. Kitas, Kliniken, Beratungsstellen, Schulen usw.)	Benchmarks und Vorschläge für einzelne Maßnahme	Basissatz je Aktivität
	Qualitätssicherung	Versorgungsträger (z.B. Krankenkassen, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Länder)	Jährlich für alle Angebote eines Bereichs	
Zertifikat	Leistungsnachweis für Zielgruppen oder Träger der Prävention	Versorgungsträger, Einrichtungen mit präventiven Angeboten oder in gesundheitsförderlicher Umgestaltung	Gutachten mit Bescheinigung hoher Versorgungsqualität	
	Nachweis absehbarer Wirksamkeit	Dieselben, außerdem Entwickler von Interventionen und Programmen (z.B. Praktiker, Wissenschaft)	Gutachten mit Bescheinigung einer Kurzevaluation	
Auswahl von hochwertigen Angeboten	Finanzierungsentscheidungen, Preisverleihungen	Versorgungsträger, Ministerien, Stiftungen	Rangliste nach Begutachtungsergebnissen	
Feldübersicht	Orientierung für Konsumenten/Zielgruppen	Patienten und Patientinnen, Verbraucher, Versicherte	Bericht über ein Versorgungsfeld auf Grundlage der Datenbank	Fallweise nach Umfang wissenschaftlicher Auswertungen
Beratung	Gezielte Konzept-, Programm- und Versorgungsentwicklung präventiver Maßnahmen	Träger, Präventionsanbieter, Bildungs- und Gesundheitswesen (Behörden, Unternehmen, Kliniken usf.)	Konsultation, Forschung und Berichte	Fallweise nach Aufgabenstellung und vereinbarten Teilleistungen
Versorgungsanalysen	Information für Versorgungsoptimierung/-steuerung und Rahmengestaltung	Steuerungsinstanzen (Träger, Gesundheitspolitik)	Auswertungen der Datenbank, ggf. mit Planung, Durchführung und Auswertung gezielter Ergänzungsstudien	
Weiterbildungszertifikat	Qualifizierung auf dem aktuellen Stand von Prävention und Gesundheitsförderung und deren Qualitätssicherung	Mitglieder aller präventiv tätigen Professionen (Gesundheits-, Heil- und Erziehungsberufe), Fachkräfte bei Versorgungsträgern, Psychotherapeutinnen und -therapeuten/Ärztkeammern, Fachverbänden	Ein- und zweitägige Fachschulung	Tagesbeitrag je Teilnehmer/-in

## Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

- Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten · Kommentierte Medienübersicht*  
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschchen und Janet Mandler  
Best.-Nr. 60641000
- Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*  
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Inst. für  
Therapieforschung, München)  
Best.-Nr. 60642000
- Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen* (neue, erweiterte  
und überarbeitete Auflage)  
Best.-Nr. 60643000
- Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und  
Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.  
Best.-Nr. 60644000
- Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz –  
Beispiele – Weiterführende Informationen*  
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a.  
Best.-Nr. 60645000
- Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen  
und kommentierte Übersicht*  
Von Anneke Bühler und Kathrin Heppekausen, IFT Inst. für Therapieforschung, München  
Best.-Nr. 60646000 (1. Auflage nur als PDF-Datei verfügbar, 2. Auflage als Broschüre  
bestellbar)
- Band 7: *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe*  
Von Elisabeth Wienemann und Günter Schumann  
Best.-Nr. 60647000

### Englische Ausgaben:

- Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children  
and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*  
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch,  
Ute Winkler  
Best.-Nr. 60644070



Die seit Jahren wachsende Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher erfordert eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung mit Therapieangeboten. So werden in der Bundesrepublik Deutschland bereits zahlreiche stationäre, ambulante oder teilstationäre Mischformen angeboten. Hierbei ist eine heterogene Angebotsstruktur anzutreffen.

Über die gesamte Angebotslage ist jedoch wenig bekannt. Ungeklärt ist vor allem, wie dicht das Gesamtangebot ist, welche Programme mit welcher Verbreitung auftreten und wie viele Personen sie erreichen, welche Versorgungsmöglichkeiten mit verschiedenen Behandlungsformen (ambulant, stationär) bestehen, in welchem Umfang grundlegende evidenzbasierte Qualitätskriterien eingehalten werden, um die Voraussetzungen für eine effektive Versorgung zu schaffen.

Um diese Fragen qualifiziert und auf wissenschaftlich gesicherten Grundlagen beantworten zu können, hat die BZgA das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beauftragt, eine bundesweite Versorgungsstudie durchzuführen, um den aktuellen Versorgungsstatus zu ermitteln. Die in diesem Fachheft zusammengetragenen Ergebnisse tragen zu einer besseren Orientierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sowie der behandelnden und beratenden Fachpersonen bei. Neben erhöhten Orientierungsmöglichkeiten schaffen sie Grundlagen für eine offensive Qualitätsdebatte.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

ISBN 978-3-937707-48-8