



Adipositas

im CJD Berchtesgaden / Oberau

Inhalt

1 Einleitung	4
2 Definition der Adipositas	6
3 Komorbiditäten der Adipositas	7
4 Voraussetzungen für eine Aufnahme im CJD Berchtesgaden / Oberau	9
4.1 Leistungsgrundlagen für vier- bis sechswöchige Rehabilitationsmaßnahmen	9
4.1.1 Rehabilitations- oder Präventionsbedürftigkeit	9
4.1.2 Rehabilitations- oder Präventionsfähigkeit.....	9
4.2 Leistungsgrundlagen für längerfristige Maßnahmen.....	10
4.2.1 Bedürftigkeit / Fähigkeit.....	10
5 Diagnostik	10
5.1 Grundsätzliche Zielsetzung der Diagnostik.....	10
5.2 Anamnese	11
5.3 Körperliche Untersuchung.....	11
5.4 Laboruntersuchung	11
5.5 Lungenfunktion.....	12
5.6 Belastungsuntersuchung.....	12
5.7 Interdisziplinäre Verhaltensbeobachtung.....	12
5.8 Schulleistungsdiagnostik	12
5.9 Psychologische Diagnostik	12
5.10 Erweiterte Diagnostik	13
5.10.1 Schlafapnoeuntersuchung	13
5.10.2 Blutdruckprotokoll und 24-Stunden RR-Messung.....	13
5.10.3 Orthopädische Diagnostik.....	13
6 Stationäre Adipositasstherapie.....	14
6.1 Übergeordnete Ziele der Maßnahmen	14
6.2 Interdisziplinäres Therapiekonzept	14
6.3 Adipositasschulung	15
6.4 Medizinische Betreuung.....	15
6.5 Pflege	15
6.6 Ernährungstherapie.....	16
6.7 Aktiver Alltag, Bewegung in der Freizeit und Sport.....	16

6.8 Psychologie	18
6.9 Pädagogik	19
6.10 Schule	20
6.11 Vorberufliche Maßnahmen oder Berufsausbildung.....	20
6.12 Elternarbeit	21
6.13 Vernetzung und Nachsorge	22
7 Qualität.....	22
7.1 Strukturqualität	23
7.2 Prozessqualität.....	24
7.3 Ergebnisqualität.....	24
8 Ausblick.....	24
9 Literatur	25

1 Einleitung

Adipositas ist in Deutschland und Europa mittlerweile zu einem außerordentlichen gesundheitspolitischen, gesellschaftlichen und individuellen Problem geworden. Ausmaß und Häufigkeit schwerer Übergewichtsfälle haben bei Kindern und Jugendlichen erheblich zugenommen. Je nach wissenschaftlicher Untersuchung werden Adipositas und Übergewicht mit 10 - 25% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland angegeben. In der KiGGS-Studie („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2003-2006) wurden repräsentative Körperhöhen- und Gewichtsdaten von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen erhoben. Demnach sind 15,0% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland übergewichtig (BMI > 90. Perzentile). 6,3% aller Kinder und Jugendlichen leiden unter Adipositas (BMI > 97. Perzentile). Der Anteil der Übergewichtigen steigt somit bei den 3-bis 6-jährigen auf 9%, bei den 7- bis 10-jährigen auf 15% und bei den 11- bis 17-jährigen auf bis zu 17 %. Die Verbreitung von Adipositas beträgt bei den oben genannten Altersgruppen 2,9%, 6,4% und 8,5%. Derzeit leben also in Deutschland ca. 1,1 Mio. übergewichtige Kinder weitere 800 000 sind adipös. Bezogen auf die Referenzdaten aus dem Zeitraum 1985 – 1998 hat sich die Prävalenz damit verdoppelt (1).

Mit der zunehmenden Ausprägung massiven Übergewichts gehen eine Reihe von Folgekrankheiten einher: orthopädische Leiden, Hypertonie, Typ II Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und ein damit erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, psychische und psychosomatische Erkrankungen, allgemeine körperliche und mentale Leistungsschwäche.

Zwar spielt die Erbanlage in unterschiedlicher Ausprägung eine wesentliche Rolle für die Manifestation der Adipositas, aber entscheidend bleiben nach wie vor Fehl- und Überernährung, erheblicher Bewegungsmangel und psychosoziale Belastungsfaktoren. Bei den psychosozialen Faktoren sind hervorzuheben: Trennung oder Scheidung der Eltern, Krankheits- und Todesfälle in der Familie, Alkoholismus und Gewalttätigkeit in der Familie, sexueller Missbrauch und Armut (2). Nachgewiesen ist ein Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und der Häufigkeit des Auftretens von Adipositas. Ein ähnlicher Zusammenhang wurde festgestellt bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Der Vielschichtigkeit der Bedingungsfaktoren bei Adipositas trägt das bio-psychosoziale-Modell der ICF Rechnung (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (3, 4, 5, 6). Als Folgerung für die Vereinbarung von Präventions-, Rehabilitations- und Teilhabezielen mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Adipositas gilt daher folgende Feststellung:

Die Behandlung muss einen ganzheitlichen Ansatz haben, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinausgeht und die wechselseitigen Beziehungen eines Menschen in Form von Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten sowie der Teilhabe und seiner Kontextfaktoren berücksichtigt. Im Folgenden sind häufige zusätzliche Beeinträchtigungen bzw. Bedingungsfaktoren von adipösen jungen Menschen in der ICF-Nomenklatur eigenen Diktion aufgeführt:

Beeinträchtigung der Körperfunktionen:

- B130 Funktionen der psychischen Energie und des Antriebes
- b420 Blutdruckfunktionen
- b440 Atmungsfunktionen
- b455 Funktionen der kardiorespiratorischen Belastbarkeit
- b710 Funktionen der Gelenkbeweglichkeit (z. B. Chondropathie, Arthrose, Distorsion)
- b540 Allgemeine Stoffwechselfunktionen (z. B. Diabetes mellitus)
- b134 Funktionen des Schlafes (z. B. Schlafapnoe)
- b650 Menstruationsfunktionen (z. B. PCO-Syndrom)

Beeinträchtigung von Körperstrukturen:

- s430 Strukturen des Atmungssystems (z. B. Asthma)
- s810 Strukturen der Hautregion (z. B. Striae, Acanthosis nigricans)
- s750 Strukturen der unteren Extremitäten
- s560 Strukturen der Leber (z. B. Steatosis hepatis)
- s570 Strukturen der Gallenwege

Aktivität und Partizipation:

- d450 Gehen (z. B. Rückwärts- und Seitwärtsgehen)
- d455 Sich auf andere Weise fortbewegen (z. B. Rennen, Springen, Hüpfen)
- d570 Auf seine Gesundheit achten (z. B. eine ausgewogene Ernährung und ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität)
- d750 Informelle soziale Beziehungen (z. B. Kontakt zu Mitschülern, Spielkameraden)
- d820 Schulbildung
- d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- d920 Erholung und Freizeit (z. B. sich an Spiel und Sportaktivitäten beteiligen, Hobbys nachgehen, Freizeit sinnvoll gestalten)
- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen (auch anschließendes Reinigen)

Umweltfaktoren:

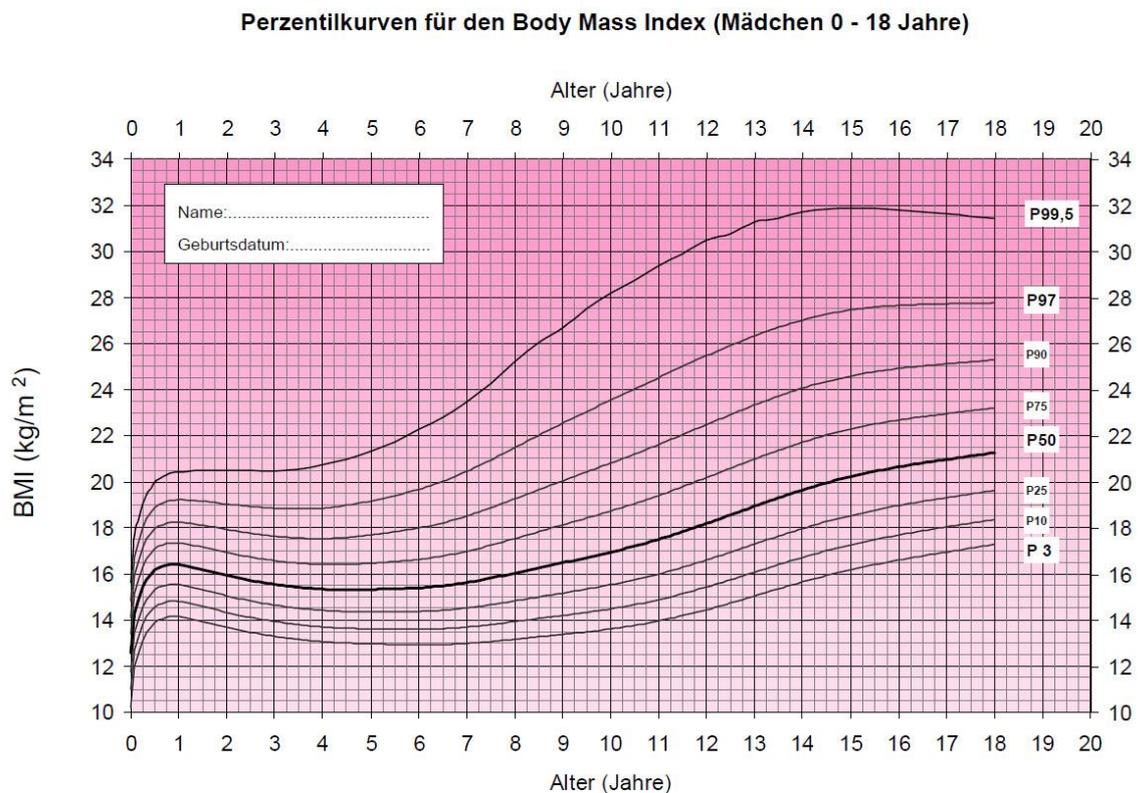
- e410 Individuelle Einstellung der Mitglieder des engsten Familienkreises (z. B. Meinungen, die das individuelle Verhalten und die Handlungen beeinflussen)
- e420 Individuelle Einstellungen von Freunden
- e425 Individuelle Einstellungen von Bekannten, Seinesgleichen, Kollegen, Nachbarn, und andere Gemeindemitgliedern

Aus dieser Übersicht der zu berücksichtigenden Krankheitsfaktoren der Adipositas ergibt sich ein vielschichtiger Behandlungsansatz aus medizinischen, diätetischen, sporttherapeutischen, psychologischen, pädagogischen und psychosozialen Maßnahmen.

2 Definition der Adipositas

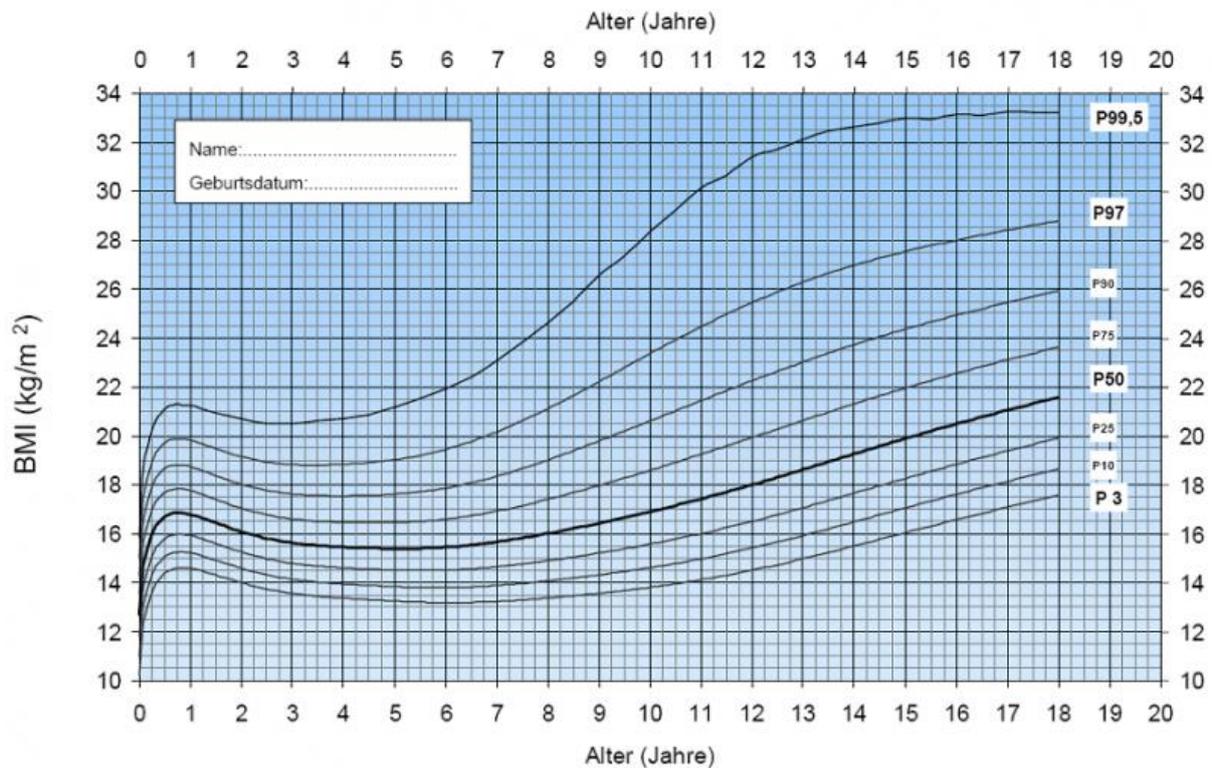
Entsprechend der Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (AGA) (2) haben sich die pädiatrischen Adipositas-Spezialisten auf folgende Definitionen der Adipositas geeinigt: Eine Adipositas liegt dann vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse für das Alter und das Geschlecht pathologisch erhöht ist.

Der aus den Parametern Körperhöhe und Körpergewicht abgeleitete Body Mass Index (BMI) erlaubt eine grobe Abschätzung des Körperfettanteils. Da der Body Mass Index alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindes- und Jugendalter BMI-Referenzkurven verwendet werden (Kromeyer-Hauschild, 2001(17)).



K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. 149 (2001) 807-818.

Perzentilkurven für den Body Mass Index (Jungen 0 - 18 Jahre)



Klassifikation von Übergewicht und Adipositas in Kindes- und Jugendalter

Übergewicht:	Perzentile 90. – 97.
Adipositas:	Perzentile 97. - 99,5.
Extreme Adipositas:	Perzentile 99,5. - 99,99.

Klassifikation von Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter

Übergewicht	BMI 25 - 29,9 kg/m^2
Adipositas Grad I	BMI 30 - 34,9 kg/m^2
Adipositas Grad II	BMI 35 - 39,9 kg/m^2
Adipositas Grad III	BMI ab 40 kg/m^2

3 Komorbiditäten der Adipositas

Stoffwechsel:

- Gestörte Glucosetoleranz und Typ 2 Diabetes
- Dyslipidämie
- Hyperurikämie
- Nicht-alkoholbedingte Fettlebererkrankung (NAFLD)
- Steatohepatitis (NASH)
- Cholelithiasis(Gallensteine)

Kreislauf:

- Arterielle Hypertonie

Obesitas-Hypoventilationssyndrom

Schlafapnoesyndrom



Metabolisches Syndrom

Orthopädisch:

Achsenfehlstellung der Beine (Genua valga)

Rez. Patella-Luxationen

Rez. Distorsionen USG / OSG

Absenkung der Fußgewölbe

Haltungsschwächen (ausgeprägte Kyphosen, Lordosen)

Gon- und Coxarthrose

Hormonell:

Frühzeitige Pubertätsentwicklung bei Mädchen

Polyzystische Ovarien bei Mädchen

Verspätete Pubertätsentwicklung bei Jungen

Gynäkomastie bei Jungen

... und:

Erhöhtes Verletzungs- und Unfallrisiko

Psychosoziale Folgen

Psychosomatische Folgen

Angststörungen

Depressionen

Essstörungen

Bei diesen Folge- oder Begleiterkrankungen ist zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Panoramawandel stattgefunden hat. Waren in früheren Jahrzehnten Komorbiditäten wie arterielle Hypertonie oder Typ 2 Diabetes bei Kindern und Jugendlichen eher eine Rarität, so sind sie heute häufig anzutreffen (12). Darüber hinaus hat sich das Manifestationsalter immer weiter zu jüngeren Altersstufen verschoben, so dass heute ein 12-jähriger Patient mit einer medikamentösen Therapie der Hypertonie und des Typ 2 Diabetes und mit Schlafapnoesyndrom keine Seltenheit mehr ist. Natürlich handelt es sich dabei meist um Fälle extremer Adipositas. Offensichtlich gelingt es in vielen Fällen nicht, diese Folgekrankheiten durch ambulante Interventionen zu vermeiden. Auf der anderen Seite sind fast alle adipösen Kinder von einer Störung des Selbstwertgefühles betroffen, haben oft Mobbing-situationen in Schule und Freizeit zu erleiden, werden ausgegrenzt und entwickeln nicht selten psychische Folgekrankheiten. Mit dem Ausmaß des Übergewichtes nimmt die Häufigkeit echter kinderpsychiatrischer Krankheitsbilder zu. Bei Studien in der Gesamtpopulation zeigen sich widersprüchliche Befunde hinsichtlich einer erhöhten psychopathologischen Auffälligkeiten. In klinischen Stichproben konnte eine deutlich erhöhte psychiatrische Morbidität im Vergleich einer nicht-klinischen Stichprobe nachgewiesen werden. Es wurde ein erhöhtes Vorkommen von psychiatrischen Störungen (Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen) und Verhaltensproblemen (z. B. sozialer Rückzug) bei Jugendlichen mit extremer Adipositas festgestellt.

Die Eltern- als auch die Patientenbefragungen weisen zudem eine erhöhte Anzahl psychopathologischer Auffälligkeiten auf (10, 11).

4 Voraussetzungen für eine Aufnahme im CJD Berchtesgaden / Oberau

4.1 Leistungsgrundlagen für vier- bis sechswöchige Rehabilitationsmaßnahmen

Für stationäre vier- bis sechswöchige Maßnahmen hat das CJD Berchtesgaden / Oberau einen Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V. Bei stationären Vorsorgeleistungen (SGB V, § 23, Abs. 4) oder stationären Rehabilitationsleistungen (§ 40, Abs. 2) sind die unter 4.1.1 und 4.1.2 beschriebenen Bedürftigkeiten und Fähigkeiten zu beachten.

4.1.1 Rehabilitations- oder Präventionsbedürftigkeit

Die Komplexität der mit der Adipositas verbundenen Störungsbilder erfordert eine gründliche Beurteilung aller medizinisch, psychologisch und sozialpädiatrisch relevanten Faktoren. In der Regel erfolgt eine erste Prüfung der medizinischen Unterlagen durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger. Um Fehlbelegungen zu vermeiden ist es äußerst wichtig, dass ebenso eine einrichtungsinterne Prüfung der medizinischen Unterlagen auf Rehabilitations- bzw. Präventionsfähigkeit und -bedürftigkeit stattfindet. Im CJD erfolgt diese Prüfung bei der Durchsicht der medizinischen Unterlagen. Nicht selten sind vor Aufnahme von Patienten zusätzliche Erhebungen (Telefonate, Schriftwechsel) nötig, um die Eignung des Patienten für unsere Einrichtung zweifelsfrei festzustellen.

Eine stationäre Rehabilitations- oder Präventionsbedürftigkeit liegt in der Regel vor:

- Bei Patienten mit Übergewicht (BMI 90. -97. Perzentile), wenn wegen gravierender Zusatzerkrankungen eine Gewichtsreduktion angezeigt ist (z. B. Patienten mit Asthma bronchiale etc.).
- Bei Patienten mit Adipositas (BMI 97. -99,5. Perzentile) und Folgeerkrankungen.
- Bei Patienten mit extremer Adipositas (BMI > 99,5. Perzentile).
- Wenn wiederholt ambulante Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ohne Erfolg geblieben sind.
- Wenn aufgrund der Komplexität der Bedingungsfaktoren ambulante Maßnahmen voraussichtlich ohne Erfolg sein werden und der therapeutische Einfluss eines multiprofessionellen Teams mit hoher Behandlungsfrequenz, wie sie im stationären Setting gegeben ist, für einen anfänglichen Therapieerfolg unabdingbar ist.

4.1.2 Rehabilitations- oder Präventionsfähigkeit

Die Adipositas-Patienten sollten den Anforderungen, die eine komplexe Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahme stellt, körperlich, psychisch und mental gewachsen sein. Unabdingbar sind die Motivation, auf die Anforderungen einzugehen und die Integrationsfähigkeit. Lernbehinderung ist keineswegs ein Ausschlussgrund für eine stationäre Maßnahme, da die Erfahrung zeigt, dass Lernbehinderte durchaus wesentliche Inhalte der geforderten Lebensstiländerungen nachhaltig verinnerlichen können. Für diese Verinnerlichung von Inhalten ist generell die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten mitentscheidend.

Rehabilitations- / Präventionsfähigkeit besteht für unsere Einrichtung nicht bei folgenden Einschränkungen:

- Kinder unter 8 Jahren
- geistig behinderte Kinder und Jugendliche
- erheblich gehbehinderte Kinder (hoch alpines Gelände, Einrichtung nicht durchgehend behindertengerecht)
- schwere Sozialverhaltensstörung, die die Gruppenfähigkeit ausschließt
- Schwerstpflegebedürftigkeit
- Suizidalität
- Sucht und Abhängigkeit (außer Esssucht mit sich wiederholenden Essanfällen ohne Gegenmaßnahmen)
- Psychosen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

4.2 Leistungsgrundlagen für längerfristige Maßnahmen

Für längerfristige Maßnahmen hat das CJD Oberau eine Betriebserlaubnis auf der Grundlage der Leistungsvereinbarung nach dem Bayer. Rahmenvertrag nach § 79, SGB XII. Über die Jugendhilfe ist eine Aufnahme nach § 27 i. V. m. §§ 34, 35a und 41 des SGB VIII möglich, über die Sozialhilfe Maßnahmen der Eingliederungshilfe §§ 53, 54 des SGB XII oder Maßnahmen der Arbeitsförderung des SGB III und IX.

4.2.1 Bedürftigkeit / Fähigkeit

Für die Aufnahme gelten die schon unter 4.1.1 und 4.1.2 aufgeführten Bedingungen. Für längerfristige Maßnahmen erfolgt die Prüfung für den Bedarf und der Fähigkeit des Teilnehmers grundsätzlich bei einem Vorstellungstermin. Bei diesem Termin soll der junge Mensch die Einrichtung kennenlernen und die verschiedenen Fachkräfte haben die Möglichkeit, sich ein Bild zu machen. Häufig ist auch das Jugendamt bei der Vorstellung dabei, um als Kostenträger die Ziele zu definieren. Ein Vorstellungstermin findet immer bei der Ärztin, der Psychologin, dem Schulleiter oder der Ausbildungsleiterin und den Pädagogen statt. Bei der Vorstellung stellt ein Pädagoge das Haus, das Konzept und die grundlegenden Regeln vor, welche zur Reduzierung des Gewichts, aber auch für ein Zusammenleben in der Gruppe notwendig sind. Die Entscheidung über eine Aufnahme wird dann von beiden Seiten erst in den folgenden Tagen getroffen. Bei zweifelhaften Aufnahmeanfragen z.B. bei Verhaltensauffälligkeiten wie „Störung des Sozialverhaltens“ kann zunächst auch eine Probezeit vereinbart werden, um zu entscheiden, ob die Einrichtung dem Bedarf des Patienten gerecht werden kann.

5 Diagnostik

5.1 Grundsätzliche Zielsetzung der Diagnostik

Die Diagnostik dient zum einen der Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas und damit der Definition des Ist-Standes. Zum anderen geht es um die Erkennung des Gesundheitsrisikos und der

Komorbiditäten wie z.B. endokrinologische, metabolische, orthopädische, respiratorische, dermatologische, psychologische oder psychiatrische Grunderkrankungen oder Sekundärveränderungen.

5.2 Anamnese

Grundsätzlich wird die Anamnese in unserer Einrichtung bei nicht volljährigen Kindern und Jugendlichen im Beisein mindestens eines Elternteils und des Patienten in sehr ausführlicher Form durch den Arzt erhoben. Die Anamnesedaten beziehen sich auf die Eigenanamnese, die Sozialanamnese und die Familienanamnese. Die psychologische Anamnese wird durch die Fachkräfte erhoben. Neben der organisch relevanten Vorgeschichte erfolgen Fragen zur psychischen und mentalen Entwicklung und zur sozialen Integration. Umfangreich sind die Erhebungen zum Essverhalten, der Nahrungszufuhr, der Getränkeauswahl und zum Bewegungsverhalten in Schule und Freizeit bzw. evtl. organisiertem Sport. Umgekehrt wird auch ausführlich erhoben, wie viel Zeit vor elektronischen Medien verbracht wird (Fernsehen, Computer, Gameboy, Playstation, etc.)

Bei der Anamneseerhebung wird der Zeitpunkt der Adipositaserkrankung erfragt bzw. besonders einschneidende Erlebnisse, die zur Manifestation der Adipositas beigetragen haben können. Weiter erfolgen Fragen nach Folgeerkrankungen (siehe Kapitel 3), nach adipositasrelevanten Erkrankungen in der Familie (Typ II Diabetes mellitus, Hypertonie, Herzinfarkt, Arteriosklerose, Hyperurikämie) und nach Größe und Gewicht der Familienmitglieder, nach ethnischer Herkunft und nach zusätzlichen Erkrankungen des Patienten. Psychologische Standardfragen: „Bestehen in irgendeiner Weise Verhaltensauffälligkeiten?“, „Besteht bereits eine Mobbingssituation in Schule oder Freizeit?“, „Bestehen Hinweise auf eine Gefährdung der seelischen Entwicklung (Selbstwertproblematik, depressive Symptome, Ängste, psychosomatische Störungen, u. a.)?“, „Besteht eine Essstörung?“

5.3 Körperliche Untersuchung

Ein ausführlicher, internistisch-pädiatrischer Untersuchungsbefund mit Größe, Gewicht, BMI, Einordnung von BMI in die Perzentilengruppen, BMI-SDS, Taillenumfang (TU), Bauchumfang (BU), Körperzusammensetzung (Bioimpedanz), von systolischem und diastolischem Blutdruck, der Messung der Herzfrequenz, der Sauerstoffsättigung im Blut und des Tanner-Status wird erhoben.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Beurteilung des Haltungs- und Bewegungsapparates in Hinblick auf mögliche Handicaps betreffend die Sportausübung im Rahmen des Therapieprogrammes einerseits und auf speziell notwendige Fördermaßnahmen im Rahmen von Sport- und Physiotherapie andererseits.

5.4 Laboruntersuchung

Erhebung von Differenzialblutbild und Urinuntersuchung, Serumkonzentrationen vom Gesamtcholesterin, HDL-/ LDL-Cholesterin, Triglyceride, Lp (a), Harnsäure, Leberenzym (GPT/GOT/Gamma-GT), Glukosestoffwechsel (HbA1c, Blutzucker (nüchtern), OGTT); TSH-Basalwert, bei TSH-Erhöhung über die Grenzwerte bei Adipositas hinaus, Bestimmung von fT4 und fT3 sowie Schilddrüsen-Autoantikörper.

5.5 Lungenfunktion

Ein Lungenfunktionstest erfolgt routinemäßig bei allen adipösen Patienten in Form einer Spirometrie mit Bodyplethysmographie. Bei subnormalen Werten erfolgt zusätzlich ein Broncholyse-Test und weitere Provokationen wie Exercise Induced Asthma-Test (Laufbandbelastung - Lungenfunktion vor der Belastung und nach 5-10-15 Minuten und nach Bronchospasmyse) und Methacholinprovokation zur Unterscheidung von Adipositas-induzierten Dysfunktionen (14) und von bronchialer Obstruktion in Zusammenhang mit Asthma bronchiale.

5.6 Belastungsuntersuchung

Bei allen Adipositaspatienten wird zur Festlegung des motorischen Ist-Zustandes der Deutsche Motoriktest (DMT) angewendet. Dieser Test lässt Aussagen über die Ausdauer (6-Minuten Lauftest), die Beweglichkeit (Rumpfbeuge auf Bank), Kraft (Liegestütz, Standweitsprung, Sit-ups), die Koordination (Balancieren rückwärts, Seitliches Hin- und Herspringen) und die Schnelligkeit (20m Sprint) zu. Zur genaueren Beurteilung der Ausdauerleistungsfähigkeit wird noch eine Ergospirometrie durchgeführt. Alle Testergebnisse können mit der Norm verglichen werden. Am Ende der therapeutischen Maßnahme werden die Tests wiederholt. Eine Aktivitätssensorenmessung (Sense Wear), bei der über einen bestimmten Zeitraum unter anderem der Ruhe- und Aktivitätsumsatz gemessen wird, kommt ebenfalls zum Einsatz.

5.7 Interdisziplinäre Verhaltensbeobachtung

Bei allen Patienten erfolgt eine Beobachtung des Verhaltens in der Gruppe durch die Pädagogen, Therapeuten und alle anderen involvierten Mitarbeiter. In der wöchentlichen Teambesprechung werden auffällige Verhaltensbeobachtungen thematisiert und ggf. werden Lösungsstrategien erarbeitet. Wichtige Verhaltensbeobachtungen werden nicht erst in der Teambesprechung angeführt, sondern schon vorher an den behandelnden Arzt, Psychologen, andere Therapeuten oder die Pädagogen weitergegeben. Bei Beobachtungen, die einen Handlungsbedarf anzeigen, kann kurzfristig eine Fallbesprechung einberufen werden.

5.8 Schulleistungsdiagnostik

Die Überprüfung der Schulleistungsfähigkeit erfolgt im Rahmen des Unterrichts. Für alle Schüler in einer langfristigen Maßnahme werden die Beobachtungen im Team besprochen. Für die vier- bis sechswöchigen Maßnahmen werden das Arbeitsverhalten und das Leistungsniveau in Zusammenhang mit der jeweilig besuchten Schulform beurteilt. Gegebenenfalls werden Gespräche mit der Heimatschule geführt, um die Beobachtungen zu bewerten.

Für alle Schüler ist eine Diagnostik einer Lese-Rechtschreibschwäche, einer Legasthenie und einer Dyskalkulie möglich.

5.9 Psychologische Diagnostik

Die Adipositasbehandlung hat psychologische Aspekte zu berücksichtigen, die die Entstehung oder Aufrechterhaltung der Adipositas maßgeblich beeinflussen. Ohne deren Beachtung können die Therapieziele nicht erreicht werden. Die Diagnostik bezieht sich auf das Verhalten, psychologische und psychosoziale Aspekte der Adipositas von Kindern und Jugendlichen.

Die psychologische Diagnostik beobachtet die soziale Kompetenz, die Strategien zur Stressbewältigung und fragt nach Besonderheiten (Tod, Sucht) im sozialen Umfeld. Für die Feststellung von Komorbiditäten wie z.B. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Depressionen, allgemeine und / oder soziale Ängstlichkeit werden unterschiedliche diagnostische Verfahren angewendet.

Den Essstörungen wird wegen ihrer essbezogenen Problematik eine besondere Bedeutung beigemessen. Der SCOFF-Screening-Fragebogen ist zur Identifizierung möglichen essgestörten Verhaltens gut geeignet und bietet eine konkrete Gesprächsgrundlage (16) mit fünf einfach zu beantwortenden Fragen:

1. Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
2. Hast du in der letzten Zeit mehr als sechs Kilogramm in drei Monaten abgenommen?
3. Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?
4. Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?
5. Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

Wenn zwei der fünf Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, besteht der Verdacht auf eine Essstörung oder der Betroffene ist auf dem Weg, eine Essstörung, zu entwickeln. An dieser Stelle ist eine weitere Diagnostik nötig.

5.10 Erweiterte Diagnostik

5.10.1 Schlafapnoeuntersuchung

Kommt es bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas / Übergewicht zu nächtlicher Symptomatik, wie lautes unregelmäßiges Schnarchen, vermehrtes nächtliches Schwitzen, Nykturie, sowie tagsüber zu vermehrter Tagesschläfrigkeit, Konzentration-, Gedächtnis-, und Hyperaktivitätsstörung wird ein ambulantes Schlafapnoe-Monitoring mittels des SOMNOscreen plus Gerätes durchgeführt. Durch die Registrierung von Atemfluss, O₂-Sättigung, Herzfrequenz, Körperlage, Schnarchgeräuschen, Atemexkursionen und des Blutdrucks werden Apnoen, Hypopnoen und Hypoxämie-Phasen erfasst. Eine mögliche Therapieeinstellung erfolgt im Schlaflabor.

5.10.2 Blutdruckprotokoll und 24-Stunden RR-Messung

Bei V. a. Hypertonie und bei manifester Hypertonie mit antihypertensiver Therapie wird mehrwöchig morgens und abends nach einer Ruhephase der Blutdruck gemessen oder es wird zusätzlich eine 24-Stunden RR-Messung durchgeführt (Größe der Blutdruckmanschette nach Empfehlungen der AGA-Leitlinien).

5.10.3 Orthopädische Diagnostik

Bei allen orthopädischen Fragestellungen ohne entsprechende Vorbefunde und bei allen Fällen, bei denen eine Beeinträchtigung des aktiven Alltags und der Sportausübung durch den Befund zu erwarten ist, erfolgt eine konsiliarische, orthopädische Untersuchung. Ebenso erfolgt eine Vorstellung bei einem Orthopäden bei diversen möglichen Verletzungen oder Überlastungsbeschwerden oder Distorsionen, die auch bei kontrollierter Situation im Sport oder im Alltag auftreten können.

6 Stationäre Adipositas therapie

6.1 Übergeordnete Ziele der Maßnahmen

Auf folgende übergeordnete Ziele wirkt die stationäre Adipositas therapie hin:

- Förderung einer normalen körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung
- Langfristige Gewichtsreduktion / Gewichtskonstanz
- Reduktion von Begleiterkrankungen; z. B. Umkehr metabolischer Fehlentwicklungen
- Vermeidung von unerwünschten Therapieeffekten
- Erhöhung der Leistungsfähigkeit (körperlich und mental)
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (Änderung Ess-, Bewegungs- und Freizeitverhaltens)
- Sicherung Schulbesuch, Vorbereitung auf das Arbeitsleben
- Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten
- Aufbau eines besseren Selbstwertgefühls
- Förderung einer aktiven Lebensgestaltung
- Erlernen von Problembewältigungsstrategien
- Entwicklung einer anhaltend stabilen Motivation, Ziele zu verfolgen, d.h. neben Gewichtsreduktion und Lebensstiländerung Förderung der Leistungsbereitschaft, Erhöhung der Frustrationstoleranz

Als krankheitsunabhängige Rehabilitationsziele haben wir uns zur Aufgabe gemacht, die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien zu unterstützen:

- durch Entlastung von den aktuellen Belastungen und Beeinträchtigungen während des stationären Aufenthalts,
- durch Übertragen der Rehabilitationsziele in Alltagssituationen,
- durch Anleitung beim Umgang mit und dem Annehmen von (chronischen) Krankheit oder Beeinträchtigungen,
- durch Beratung, Aufklärung, Patientenschulung und Elternschulung zur Erweiterung ihres Wissens und Verständnisses und nachhaltigen Verbesserung der persönlichen Situation.

Grundsätzlich orientiert sich die stationäre Adipositas therapie an den evidenzbasierten Therapievorgaben (ETM) (18) der Deutschen Rentenversicherung.

6.2 Interdisziplinäres Therapiekonzept

Die Therapie und Betreuung junger adipöser Menschen setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- medizinische Betreuung
- Ernährungstherapie
- Bewegungs- und Sporttherapie
- psychologische Betreuung
- sozialpädagogische Betreuung
- Bildungsförderung Schule / Beruf

Das Team setzt sich dementsprechend aus Ärzten, Diätassistenten, Sportwissenschaftlern, Psychologen, Sozialpädagogen / Pädagogen und Lehrern / Ausbildern zusammen. In einem engmaschigen Setting findet ein täglicher Austausch (mündlich, fernmündlich, schriftlich) über alle relevanten Themen statt. Eine ausführliche Besprechung des gesamten Teams erfolgt einmal pro Woche.

6.3 Adipositasschulung

Für den positiven Verlauf aber vor allen für die Nachhaltigkeit der Adipositasbehandlung ist eine umfangreiche Patientenschulung ein entscheidender Baustein. Die Schulung im CJD Berchtesgaden / Oberau erfolgt nach den Vorgaben der Fachorganisationen AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositasschulung im Kindes- und Jugendalter) und KgAS (Konsensgruppe Adipositasschulung). Für die Patientenschulung der vier- bis sechswöchigen Maßnahmen gelten die Zeitvorgaben der Therapiestandards für Adipositas der Deutschen Rentenversicherung mit insgesamt 405 Minuten. Die strukturierte, interaktive und curricular aufgebaute Schulung dient der Information, Motivation und Handlungsanleitung. Inhalte sind die Definition der Erkrankung, Behandlung, Folge- und Begleiterkrankungen, Ernährung und Bewegung, gesundheitsförderliches Verhalten, Selbstbeobachtung und -kontrolle, Umgang mit besonderen Situationen. Für die Schulung steht ein Arbeitsheft zur Verfügung.

Die langfristigen Maßnahmen werden in Blöcken in altershomogenen Gruppen geschult. Für Patienten, die bereits in anderen Kliniken geschult wurden, wird der Bedarf ermittelt und es werden individuelle Nachschulungen durchgeführt.

6.4 Medizinische Betreuung

Aufgabe des Arztes ist die Verordnung und Koordination aller therapeutischen Elemente. Eine weitere Aufgabe ist die Behandlung akuter Erkrankungen oder Verletzungen. Auch die Entscheidung über die Einbeziehung anderer Fachärzte wird von Ärzten des CJD Berchtesgaden initiiert. Eine ärztliche Bereitschaft ist 24 Stunden gewährleistet. Die medizinischen Patientenschulungsinhalte informieren über den Ist-Zustand der Adipositas, die Nachteile und Folgen des Übergewichts, die Ursachen und schließlich über realistische Behandlungsperspektiven.

6.5 Pflege

Das CJD Oberau wird betreut durch eine Pflegekraft. Grundsätzlich richten sich die Standards in der Pflege nach den Vorgaben der Pflegeorganisation auf der Buchenhöhe (Hygiene, Medizinprodukte, BTM usw). Viele Aufgaben der Pflegekraft fallen in den Bereich der Diagnostik z.B. die wöchentlichen Gewichtskontrollen, die Körperzusammensetzungsanalyse (BIA), Schlafapnoeuntersuchung, Umsetzung von Blutentnahmen für Laborergebnisse). In der Therapie ist die Pflegekraft für die Medikamentenstellung und -gabe und die Einnahmekontrolle, für die Unterstützung und Anleitung bei der täglichen Hygiene und für die Begleitung der Enuresis-Patienten verantwortlich. Als Unterstützung für die Ärzte begleitet die Pflegekraft die wöchentliche Visite und ist verantwortlich für die Umsetzung oder Weitergabe der abgeleiteten Maßnahmen. Bei Bedarf stellt sie Kontakt mit Konsil-Ärzten vor Ort (Gynäkologie, Orthopädie, Psychiatrie, Zahnmedizin) her und begleitet diese Arztbesuche. Auch die

Erläuterung und Anleitung von medizinischen Maßnahmen an die Pädagogen gehören zum Aufgabenfeld der Pflegekraft.

6.6 Ernährungstherapie

Die Ernährung von adipösen jungen Menschen im CJD Berchtesgaden / Oberau orientiert sich am Konzept der „optimierten Mischkost“ (7 / 8). Die Energiezufuhr richtet sich nach dem durchschnittlichen Tagesbedarf von Kindern und Jugendlichen mit geringer Aktivität gemäß den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Die Lebensmittelauswahl orientiert sich an den Richtlinien der Ernährungspyramide der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (9). Sie wird durch Anhaltwerte für altersgemäße Lebensmittelverzehrmenen konkretisiert. Es ist ausreichend, wenn die Vorgaben als Wochendurchschnitt erreicht werden. Der komplette Verzicht auf bestimmte Lebensmittel wird nicht empfohlen.

Die drei Hauptmahlzeiten werden zu bestimmten Tageszeiten zusammen mit den Betreuern eingenommen. Es gibt einen Küchendienst, der für das Tischdecken und -abräumen und das Aufräumen der Küche zuständig ist. Die Zwischenmahlzeiten werden auf Verlangen ausgeteilt.

In den Ernährungsschulungen werden die Inhalte der Grundsätze der optimierten Mischkost vermittelt.

Die jungen Menschen lernen:

- Lebensmittel Gruppen zuzuordnen,
- Welche Lebensmittel zum Abnehmen geeignet sind,
- Bedeutung der Fette (sichtbare Fette, versteckte Fette),
- Süßigkeiten und Knabbereien,
- Getränke, Light- und Diätprodukte,
- Essverhaltenstraining,
- Essregeln, Lebensmittelmengen und Mahlzeitenfrequenz,
- Esskultur,
- Besondere Anlässe,
- Genussstraining.

Der Kochkurs ist, neben den täglichen supervidierten Mahlzeiten, die zentrale Ebene, um gesunde Ernährung zu begreifen, zu riechen und zu schmecken. In einem Einkaufstraining wird die Fähigkeit zur sinnvollen Auswahl von Nahrungsmitteln geschult und geübt.

Die Durchführung von speziellen Diäten zur Gewichtsreduktion wird nicht befürwortet.

6.7 Aktiver Alltag, Bewegung in der Freizeit und Sport

Ziel aller Sport- und Bewegungsmaßnahmen ist die Verringerung von körperlicher Inaktivität. Der Energieumsatz wird gesteigert.

Aktiver Alltag:

Die Bewegung im Alltag ist der wesentliche Baustein zur Steigerung des Energieumsatzes. Vor allem auf Wegen, die zwingend zurückgelegt werden müssen, sollen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich bewegen. So muss ein täglicher Weg von 1,3 km zur Bushaltestelle hin und zurückgelegt werden. Auch der Weg vom Jugenddorf Buchenhöhe in die Oberau wird mehrmals in der

Woche begangen (4,5 km). Alle Bewohner sind ebenfalls zur Erhöhung der Alltagsaktivität auch an verschiedenen Diensten im und um das Haus beteiligt.

Bewegung in der Freizeit:

Vor allem an den Wochenenden werden Freizeitaktivitäten geplant, die ein gewisses Maß an Bewegung erfordern. Die Lage der Health & Activity Lodge bietet viele Möglichkeiten. Im Sommer werden z.B. Wanderungen, Radtouren, Freibad- und Badeseenbesuche angeboten. Im Winter ist es möglich das Skifahren oder Snowboarden zu erlernen, mit Schneeschuhen zu wandern, Skilanglauf zu betreiben, Eislaufen zu gehen. Bei schlechtem Wetter steht auch immer das Schwimmbad in Berchtesgaden oder im Jugenddorf zur Verfügung.

Sport:

Fünf Sportstunden muss jeder Bewohner in der Woche durchführen. Die Sportstunden werden von ausgebildeten Sportwissenschaftlern angeleitet. Es werden Sportspiele in der Halle, Schwimmtraining, Krafttraining, Kampfsportarten und Haltungsgymnastik angeboten. Für das Sporttreiben gibt es ein Verselbständigungsprinzip: bei guter Gewichtsabnahme und ausreichendem Sportpensum über mindestens 2 Wochen, können die jungen Menschen ihr Sportprogramm zunehmend eigenverantwortlich und je nach Vorliebe gestalten.

Gür den Sportunterricht gibt es folgenden Lern- und Erfahrungsbedarf:

- Positives Erleben von Sport und körperlicher Aktivität,
- Abbau von körper- und bewegungsbezogenen Ängsten,
- Schulung von Selbst- und Körperwahrnehmung sowie Selbstkontrolle,
- Erlernen eines adäquaten Umgangs mit Enttäuschung und Frustration,
- Erlernen eines adäquaten Umgangs mit Gruppen- und Leistungsdruck,
- Therapiemotivation erarbeiten und verstärken.

Insgesamt geht es um die Erarbeitung einer dauerhaften Motivation zur Durchführung eines aktiven, gesundheitsfördernden Lebensstils. Dazu gehören auch theoretische Grundlagen, also die Wissensvermittlung und somit Aneignung von Handlungskompetenzen zu folgenden Themen:

- Energiebilanz,
- Bewegter Alltag, Bewegung in Freizeit, Sport,
- Gelenkschutz im Alltag und beim Sport – Verletzungsprophylaxe,
- Grenzen und Risiken von körperlicher Aktivität und Sport,
- Selbstkontrollmaßnahmen,
- Haltungsschulung,
- Wirkungsweise von körperlicher Aktivität und Sport,
- Vorbereitung und Erarbeitung von wohnortnahen Sportmöglichkeiten.

Folgende methodische und didaktische Grundsätze werden in den Sport- und Bewegungseinheiten berücksichtigt:

- Realisation eines optimalen Stundenaufbaus
- Beachtung der allgemeinen Trainingsprinzipien
 - Differenzierung und Individualisierung
 - Belastungssteuerung

- Regelmäßigkeit und Dauerhaftigkeit
- Einbindung sportpädagogischer Prinzipien
 - Sport und Bewegungsangebote mit hohem Aufforderungscharakter vorziehen,
 - Positive Verstärker einsetzen (Lob, Anerkennung),
 - Ein breites Spektrum an Sport- und Bewegungsangeboten anbieten, um so einen „Alltagstransfer“ (Vereinszugehörigkeit, entdecken der Lieblingssportart) in die Weg zu leiten,
 - Eigenverantwortliche Auseinandersetzung mit Sport- und Bewegungsaufgaben ermöglichen,
 - Bewusstmachung von positiven Wahrnehmungen durch Sport und Bewegung,
 - Negative Erfahrungen im Sport reflektieren.

6.8 Psychologie

Die soziale Diskriminierung Adipöser kann psychische Probleme (z.B. geringes Selbstwertgefühl, Depressionen, Kontaktschwierigkeiten) verstärken oder entstehen lassen. Die psychologischen Interventionen sind entscheidend, um den Teufelskreis von „**Gewichtszunahme – Isolation – Selbstwertprobleme – Gewichtszunahme**“ zu durchbrechen.

Die Inhalte der psychosozialen Schulung orientieren sich an den Vorgaben der Fachgesellschaften und beinhalten die Themen:

- Psychologische Aspekte des Essverhaltens (Funktion von Essen, Funktion von Körpermasse)
- Körperwahrnehmung
- Stimmungen und Gefühle
- Stärken wahrnehmen und fördern
- Schwächen wahrnehmen und damit umgehen
- Aktivität und Entspannung
- Interaktionsfähigkeit
- Grenzen setzen und akzeptieren
- Konfliktbewältigung
- Ausrutscher und Rückfälle
- Realistische Zielplanung

Der psychologische Dienst für das CJD Oberau ist für die Schüler und jungen Menschen in der Ausbildung getrennt zuständig. Die Schulungen finden im altershomogenen Gruppensetting statt.

Zusätzlich liegen die Aufgaben des psychologischen Dienstes auch in der individuellen Betreuung der jungen adipösen Menschen.

Betrachtet man die Lebensläufe von adipösen Patienten, so fällt häufig auf, dass die Adipositas nach traumatischen Erfahrungen bzw. in Zeiten großer emotionaler Belastung entstand, wie z.B. bei Ehekonflikten, Trennung oder Scheidung der Eltern, nach Gewalterfahrungen oder sexuellem Missbrauch, infolge Krankheit oder Tod nahestehender Personen, nach einer Trennung von den Eltern, als Reaktion auf eine psychische Problematik der Eltern (Sucht / Essstörung) oder infolge der Geburt eines jüngeren Geschwisters. Angemessene Copingstrategien hierfür sind zum Zeitpunkt des Therapiebeginns oftmals nicht vorhanden. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Adipositas

beziehungsweise das problematische Essverhalten der Patienten bislang oftmals ihre einzige Bewältigungsstrategie und eine Art Selbstheilungsversuch bzw. Lösungsversuch darstellte und daher für sie oft eine ganz wichtige Überlebensfunktion innehatte. Entsprechend der beschriebenen Hintergründe weisen unsere Patienten häufig zu Therapiebeginn weitere psychologische Diagnosen wie Ängste, depressive Reaktionen, Anpassungsstörungen etc. auf, welche eine Indikation für eine zusätzliche intensivierte psychologische oder psychotherapeutische Betreuung im Einzelgespräch darstellen.

6.9 Pädagogik

Die pädagogische Betreuung der Kinder und Jugendlichen ist die Basis für eine gesundheitliche Entwicklungsförderung. Die Pädagogen betreuen die Kinder und Jugendlichen rund um die Uhr, sie begleiten ihren Tagesablauf. Sie sind die Ansprechpartner für das interdisziplinäre Team und die Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen. Aus dem Aufgabenfeld der Pädagogik seien einige wesentliche Inhalte herausgestellt:

- beim Strukturieren des Tagesablaufs helfen und die Struktur umsetzen,
- das Aufzeigen von Regeln und Grenzen,
- gemeinsame Unternehmungen und Interaktionen, insbesondere Reden, Spielen, Lachen, Toben usw.,
- Ermöglichen und Fördern von Teilnahme an Sport-, Freizeit- und Urlaubsaktivitäten,
- Unterstützung beim Erwerb der wesentlichen Kulturtechniken, Anleitung zum Denken, Lesen, Sprechen, Schreiben und musisch- kreativem Ausdruck,
- gezielte Förderung im sportmotorischen und praktisch – handwerklichen Bereich,
- Hilfestellung bei der Bewältigung von schulischen, ausbildungsbezogenen und beruflichen Anforderungen, einschließlich des Aufbaus von Leistungsmotivation,
- Unterstützung bei der Verarbeitung bzw. Bewältigung von Frustrationen und Aggressionen,
- Einübung von Sozialverhalten durch gruppen- und erlebnispädagogische Maßnahmen.

Das Ziel der Verselbständigung steht nicht im Gegensatz zu den anderen Zielen in der Adipositasbetreuung, sondern soll das Erreichen dieser Ziele im Sinne der Nachhaltigkeit unterstützen. Grundsätzlich soll dem Alter entsprechend möglichst frühzeitig eine selbständige Lebensführung herbeigeführt werden. Je nach Alter bzw. Entwicklungsstufe muss also Eigenverantwortung zugelassen oder eingefordert werden. Unterstützung muss auch bei der selbständigen Umsetzung des aktiven Lebensstils im Alltag außerhalb des CJD gegeben werden. Die Erfahrung zeigt, dass maximale Kontrolle ab einem gewissen Alter nicht unbedingt zu einem optimalen Ergebnis führt. Ab einem Alter von 10 bis 12 Jahren gilt deshalb ein 5-stufiges Verselbständigungskonzept mit einfachen, von allen nachvollziehbaren Kriterien, die einerseits klar definiert sind, andererseits durch die individuell vereinbarten Grenzwerte durch den Jugendlichen mit beeinflussbar sind. Die Kinder und Jugendlichen können sich also in Absprache mit dem Arzt und dem interdisziplinären Team selbst Ziele setzen, die erreichbar sind, und sie können jederzeit nachvollziehen, ob die Zielerreichung gelingt oder nicht. Zwischenstufen sind grundsätzlich möglich und müssen zwischen Team und Patienten vereinbart werden.

6.10 Schule

Im CJD Berchtesgaden ist der Besuch aller Schulformen möglich.

Für die 4- bis 6-wöchigen Adipositas-Maßnahmen ist das Ziel des Unterrichts eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den heimatlichen Schulbetrieb sicherzustellen. Im Unterricht werden schulische Defizite aufgearbeitet und die schulische Leistungsfähigkeit für den weiteren Besuch der Heimatschule nach Beendigung des Aufenthaltes im CJD Oberau aufgebaut. Damit soll gewährleistet sein, dass der gesundheitliche Erfolg der Maßnahme nicht auf Kosten des Schulerfolges erzielt werden muss. Im Mittelpunkt der Beschulung stehen die Fächer Deutsch, Mathematik und Englisch, wobei sich die vermittelten Inhalte eng, an dem von der Heimatschule mitgeteilten Lernstoff orientieren. Die Lehrkräfte der Heimatschule werden hierzu vor Beginn der Maßnahme in einem Abfragebogen um ihre Kooperation gebeten.

Der Unterricht erfolgt in kleinen Schülergruppen. Die Lehrkräfte gehen sehr individuell auf das Lerntempo, den Lernstil und die Lernvoraussetzungen der Schülerinnen und Schüler ein. Schulische Ängste können abgebaut werden und das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit wird gestärkt. Jeder Schüler erhält bei der Bearbeitung seines Lernstoffes eine individuelle Betreuung und Hilfestellung, so dass auch neue Lerninhalte erschlossen und geübt werden können. An die Einführungsphase schließt sich die Verarbeitungs- und Übungsphase an, in der ebenso die Lehrkräfte jederzeit zur Seite stehen. Eine weitere Vertiefung folgt schließlich in der täglichen Lernzeit, die in der Wohngruppe unter Aufsicht der Pädagogen stattfindet. Am Folgetag werden die Arbeitsergebnisse besprochen, Korrekturen erklärt und aufgetretene Probleme erneut behandelt. Durch diese Arbeitsweise werden die Schülerinnen und Schüler zu eigenverantwortlichem Lernen und Arbeiten geführt. Die Lehrkräfte unterstützen, beraten und beobachten fortlaufend die Lernprozesse und das Lernverhalten der Schüler. In den Unterricht werden Unterrichtsthemen (Lernmodule) eingebaut, die den Schülern besonders für die Zeit nach dem Aufenthalt Lernhilfen und Strategien vermitteln sollen, z. B. im Modul „Lernen lernen“. Im Schulunterricht werden auch Inhalte vermittelt, die Bezug haben zum Krankheitsbild Adipositas. Themen sind: Gesunde Ernährung, gesundheitlicher Wert von Bewegung, sinnvolle Freizeitbeschäftigungen, strukturierter Tagesablauf und Medienkonsum.

Für die längerfristigen Maßnahmen wird mindestens das Erreichen des jeweiligen Klassenzieles angestrebt. Durch die Zugehörigkeit der Lehrer zum interdisziplinären Team werden die schulischen Belange kommuniziert. So werden die Schüler individuell gefördert und gefordert.

6.11 Vorberufliche Maßnahmen oder Berufsausbildung

Die **Arbeitserprobung** für ausbildungsreife Jugendliche testet in max. 20 Tagen die Eignung für einen konkreten Berufswunsch. Die Maßnahme umfasst praktische Arbeiten in Werkstatt und Büro sowie gleichzeitig ein positives Krankheitsmanagement. Ziel ist eine berufliche Empfehlung, die mit der Adipositas vereinbar ist. Für alle nicht mehr schulpflichtigen Teilnehmer einer vier- bis sechswöchigen Reha- oder Präventionsmaßnahme kommt diese Unterstützung der beruflichen Integration in Frage. Ausbildungsreife Jugendliche ohne konkreten Berufswunsch lernen bei der ein- bis drei- monatigen **Eignungsabklärung** mehrere Berufsfelder kennen. Eine verhaltensmedizinische Schulung verbessert die Krankheitsbewältigung. Zwischen- und Abschlussgespräche führen zu einer Berufsempfehlung.

Über ein Jahr können Jugendliche oder junge Erwachsene während ihrer Adipositas-Therapie ihre berufliche Orientierung finden oder vertiefen. In der **berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme (BvB)** erproben die jungen Menschen, welcher Beruf zu ihnen passt oder gesundheitlich geeignet ist. Nach einer Eignungsanalyse bekommen sie einen praktischen Einblick in den handwerklichen, kaufmännischen oder dienstleistenden Bereich.

Eine **Berufsausbildung ist möglich in 10 Ausbildungsberufen** aus folgenden Berufsfeldern: Metall, Verkauf, Hauswirtschaft, Hotel, Büro. Die staatlich anerkannte Berufsausbildung im CJD Berchtesgaden erfolgt auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) und der Handwerksordnung (HWO) nach dem dualen System in modernen Ausbildungswerkstätten und Übungsbüros sowie in der Berufsschule. Um die Auszubildenden mit der Berufsrealität außerhalb des CJD zu konfrontieren, finden während der Ausbildung regelmäßig Betriebspraktika statt. Es bestehen enge Kontakte zu den Unternehmen im Berchtesgadener Land.

Je nach körperlicher Leistungsfähigkeit beginnen die berufsfördernden Maßnahmen um 7.30 Uhr und sind um 16.30 Uhr beendet. Drei Pausen sind in den Tagesverlauf eingebaut. Gerade zu Beginn sind die adipösen jungen Menschen oft nicht in der Lage, einen achtstündigen Arbeitstag durchzuhalten. Im CJD besteht die Möglichkeit die Arbeitszeiten zunächst zu reduzieren und leistungsverbessernde Therapien (Sport-und Physiotherapie, psychologische Gespräche) in die Arbeitszeit einzubauen. In enger Kooperation mit den Betreuern gelingt es meistens sehr schnell das Leistungsniveau zu steigern. Einmal wöchentlich findet während der Arbeitszeit eine verpflichtende Sparteinheit für alle beruflichen Rehabilitanden statt.

6.12 Elternarbeit

Adipöse Kinder und Jugendliche und deren Familien blicken häufig auf einen langen Zeitraum negativer Vorerfahrungen bei der Gewichtsreduktion zurück. Somit bilden eine ressourcenorientierte Grundhaltung und wertschätzende Umgangsformen die Basis in der Arbeit mit den Kindern / Jugendlichen und deren Eltern. Um eine langfristige, stabile Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens zu erreichen, ist die Einbeziehung der jeweiligen Familien entscheidend, da sonst die bereits aufgebauten Gewohnheiten und die damit verbundenen Unterstützungssysteme in frühere Handlungsmuster zurückfallen können. Der familiäre Umgang mit Essen, Gewicht, Bewegung, Aussehen, Grenzen, Konflikten und Affekten ist prägend für das kindliche Verhalten und somit für die Entwicklung einer Adipositas von Bedeutung.

Für die 4- bis 6-wöchigen Maßnahmen findet ein Schulungswochenende statt, an dem alle Inhalte der Maßnahme besprochen werden. Inhalte dieser Elternschulung sind:

- Ursachen, Bedeutung und Behandlung der Adipositas
- Erziehungskompetenz und familiäre Ressourcen
- Motivationsförderung und realistische Zielplanung
- Günstiges Ernährungsverhalten (Lebensmittelauswahl)
- Günstiges Essverhalten (Mahlzeitenrhythmus, Portionsgrößen, Hunger, Appetit, Sättigung, Essregeln)
- Besondere Anlässe
- Mahlzeitenzubereitung

- Unterschied zwischen aktivem Alltag, aktiver Freizeit und Sport
- Energiebilanz und Energieumsatz
- Planung der Umsetzung zuhause

Für die Zeit nach der Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahme werden ungünstige elterliche Verhaltensweisen einem günstigen Erziehungsverhalten gegenübergestellt.

Der regelmäßige Kontakt zu den Eltern deren Kinder länger in der Einrichtung verbleiben, findet vor allem durch die pädagogischen Mitarbeiter statt, unterstützt durch den betreuenden Psychologen. Hier geht es vor allem um Informationen über die Entwicklung des Kindes / Jugendlichen und um die gewichtsgünstige Planung von Heimfahrtwochenenden oder Ferien. Zweimal im Schuljahr finden Elternwochenenden statt.

6.13 Vernetzung und Nachsorge

Trotz der Wohnortferne, der bei uns aufgenommenen Kinder, fühlen wir uns auch der ambulanten Nachsorge nach der stationären Rehabilitation verpflichtet. Dies kann in Folge individueller Umstände jedoch häufig nur eingeschränkt erreicht werden. Wir bemühen uns aber (bei Zustimmung der Eltern) in jedem Fall um die Einbeziehung der Kinder- und Jugendärzte / Hausärzte, der ambulant tätigen Therapeuten und die Vermittlung weiterer Hilfen, Beratungsstellen und Fachleute.

Nachsorge spielt bei der Behandlung der Adipositas eine besonders wichtige Rolle, um eine Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion zu erhalten. In Übereinstimmung mit den aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen (Rieber N, et I. Adipositas 2010; 4: 115-124) sind die folgenden protektiven Faktoren Ziel unseres Behandlungskonzepts:

- Vermittlung langfristiger ambulanter Therapieprogramme
- Vermittlung und Anregung einer Lebensstiländerung der gesamten Familie
- Vermittlung von Hilfen zur Verbesserung der psychosozialen Situation.

Durch die intensive Zusammenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen über einige Wochen, können deren besondere Stärken, Schwächen, Verhaltensweisen, sowie Vorlieben und Abneigungen herausgearbeitet werden; dadurch ergibt sich eine Gesprächsgrundlage. Gemeinsam wird nun für zuhause überlegt, wie der bewegte Alltag, die aktive Freizeit und der Sport umgesetzt werden kann. Für das Ess- und Ernährungsverhalten werden Regeln aufgestellt, Rezepte mit gegeben. Kinder und Jugendliche, die einen besonderen psychologischen Betreuungsbedarf benötigten, werden zur Weiter- und Nachbehandlung gezielt an Psychologen am Heimatort verwiesen. Sofern in psychosozialen Sonderfällen Jugend- oder Sozialämter für die Weiterbetreuung mit eingeschaltet werden müssen, erfolgt eine entsprechende Kontaktaufnahme und eine Abstimmung auch mit den Eltern der weiterhin erforderlichen Maßnahmen.

7 Qualität

Das CJD Berchtesgaden und damit auch das CJD Oberau verfügt über ein QM-System nach den Vorgaben der DIN EN ISO 2008, der Transfer in die DIN EN ISO 2015 ist geplant. Das gelebte

System hat einen hohen Wirkungsgrad erreicht. Dies bezieht sich ebenso auf die Prozesse wie zum Beispiel auch die gelenkten Dokumente. Alle relevanten Prozesse sind im QM niedergeschrieben und damit für die Mitarbeiter nachvollziehbar. Zusätzlich ist das CJD Oberau nach den Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) mit dem Verfahren „systemQM Reha“ zertifiziert. Für die Indikation Adipositas ist das CJD Oberau als Therapieeinrichtung und auch als Fortbildungseinrichtung durch die Fachgesellschaft (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AGA) zertifiziert.

7.1 Strukturqualität

Die CJD Oberau „Health & Activity Lodge“ befindet sich in Berchtesgaden im Ortsteil Oberau in ca. 850 m Höhe über NN an der Grenze zu Österreich. Die Einrichtung ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Die Infrastruktur entspricht unserem Therapieansatz des „aktiven Alltags“, indem ein täglicher Schulweg von mindestens zwei mal 1,6 km zu bewältigen ist. Der Wanderweg zum CJD Berchtesgaden Buchenhöhe ist 4,5 km lang und muss von den Kindern und Jugendlichen mindestens zweimal in der Woche zu bewältigt werden.

Das Gebäude ist ein, im regionaltypischen Baustil errichtetes, allein stehendes Haus mit umlaufenden Weideflächen. Insgesamt werden alle 4 Etagen genutzt (UG, EG, OG, DG). Gegenwärtig ist der Umbau entsprechend der Brandschutzaufgaben des Landkreises BGL abgeschlossen. Die Gesamtkapazität des Hauses beträgt 39 Plätze in Ein- und Zweibettzimmern. Jede Gruppe hat mindestens einen eigenen Gruppenraum. Im Haus befinden sich außerdem eine Gemeinschaftsküche mit drei Kochgelegenheiten (50m²) und eine weitere Küche mit einer Kochgelegenheit (23m²), ein Gemeinschaftsspeiseraum (auch Schulungsraum 92m²), zwei Sporträume mit Trainingsgeräten (je 37m²), ein Billardraum (23m²), ein Aufenthalts-, Fernseh- und Computerraum (48m²), zwei weitere Gruppenräume (44m², 20m²) ein Kicker- und Spielraum (19m²), ein Waschsalon, ein Arztzimmer, ein Schwesternzimmer, ein Psychologenbüro, zwei Nachtbereitschaftszimmer für Betreuer, weitere Mitarbeiteräume für Verwaltung, Hausreinigung, Haustechnik. Vor dem Haus befindet sich eine große Terrasse, ein Kleinfeldplatz Tartan (1250m²), ein Badmintonplatz (325m²), eine Asphaltcurlingbahn (250m²), ein Grill- und Lagerfeuerplatz (50m²). Die Schwimm- und Sporthalle mit der grundsätzlichen Geräte- und Materialausstattung des CJD Berchtesgaden-Buchenhöhe wird regelmäßig mitgenutzt. Weiterhin befindet sich eine Skiwiese am Haus. Im Winter stehen auch die öffentliche Eishalle, die Skipiste in unmittelbarer Nähe und die Langlaufloipe zur Verfügung. Der oben erwähnte Weg zum CJD Berchtesgaden Buchenhöhe wird dann mit Schneeschuhen begangen. Im Sommer werden die speziell für adipöse Jugendliche konstruierten Mountainbikes für Radtouren eingesetzt.

Für die medizinische Betreuung steht im CJD Berchtesgaden ein klinisch-chemisches Labor, ein Lungenfunktionslabor, eine Sonographie, ein EKG (auch Belastung), ein Spiroergometer, eine 24-Stunden-Blutdruckmessung und eine Allergiediagnostik zur Verfügung. Eine akut-stationäre Versorgung ist ebenfalls möglich.

Folgende Berufsgruppen sind mit der Betreuung und der Therapie der adipösen jungen Menschen befasst:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Psychologen / Psychotherapeuten
- Diätassistenten
- Diplom-Pädagogen / Sozialpädagogen / Erzieher
- Diplom-Sportlehrer / Sportwissenschaftler
- Physiotherapeuten
- Krankenschwestern

Viele dieser Mitarbeiter haben die Zusatzqualifikation des Adipositas-Trainers.

7.2 Prozessqualität

Durch die unter 7. beschriebenen Qualitätsstandards werden Prozesse überprüft und optimiert. Für alle Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen steht ein Instrument des Beschwerdemanagements zur Verfügung. Außerdem wird die Patientenzufriedenheit mit einem Fragebogen abgefragt.

7.3 Ergebnisqualität

Das CJD Oberau nimmt an den Untersuchungen zur Ergebnisqualität von Adipositas-Einrichtungen, die von der Universität Ulm dokumentiert werden, der „Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation“ kurz „APV“ teil. Die Ergebnisse der stationären Adipositas-Therapie im Vergleich zu vergleichbaren Einrichtungen sind durchgängig im oberen Viertel zu finden.

8 Ausblick

1. Über die Erfahrungen durch die Arbeit mit adipösen jungen Menschen zeigt sich, dass die Esssucht mit Kontrollverlust (Binge Eating Disorder, BED) eine Variable in der Betreuung Adipöser ist, die besondere konzeptionelle Bedingungen braucht. In der Literatur wird diese Essstörung in der Population Adipöser mit einer Prävalenz von bis zu 30% beschrieben. In der Allgemeinbevölkerung schwanken die Angaben der Häufigkeit zwischen 0,7% bis zu 4% (15). Die typischen Symptome sind:

- Unkontrollierbare Essanfälle
- Gestörtes Essverhalten zwischen den Essanfällen
- Abwechselnd restriktives und unkontrolliertes Essverhalten
- Unregelmäßige Ernährung
- Häufiges Durchführen und Abbrechen von Diäten
- Negatives Körperkonzept
- Interpersonale Defizite
- Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf die Hunger- und Sättigungsregulation
- Grübeln über die Nahrungszufuhr, die eigene Figur und das Gewicht

Für die adäquate Betreuung junger Menschen mit BED wird für das CJD Berchtesgaden / Oberau ein neues Konzept entwickelt. Eine Reduktion des Gewichts ist für diese Patienten zweitrangig.

2. Verselbständigungskonzept

3. Auch aus den Erfahrungen mit jungen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1, die im CJD Berchtesgaden betreut werden, ergibt sich die Notwendigkeit sich mit dem Thema „adipöse junge Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1“ zu beschäftigen. Durch die Blutzuckereinstellung im CJD kommt es bei einigen Patienten innerhalb von kurzer Zeit zu Gewichtszunahmen. In den Leitlinien zur Betreuung von jungen Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 fehlt eine Konzeption für dieses Phänomen. Die Fachgruppen des CJD Berchtesgaden / Oberau werden ein Konzept entwickeln.

9 Literatur

- 1) Kurth B.-M., Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. - Gesundheitsschutz 5/6 (2007); 50:736-743.
- 2) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, www.a-g-a.de. Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2015).
- 3) ICF -Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, D I M D I, (2006).
- 4) Oepen, J: Rehabilitation unter dem neuen ICF-Paradigma, Kinderärztliche Praxis 7(2004), 466-475.
- 5) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 1 (2006), Frankfurt a.M.
- 6) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): ICF-Praxisleitfaden 2 (2008), Frankfurt a.M.
- 7) Alexy, U.; Clausen, K.; Kersting, M. (2008): Die Ernährung von Kindern und Jugendlichen nach dem Konzept der Optimierten Mischkost. Ernährungsumschau 55: 168-175
- 8) Forschungsinstitut für Kinderernährung (2009) optimiX Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. FKE (Hrsg.), Dortmund
- 9) Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2009) Die Dreidimensionale Lebensmittelpyramide. 6. Aufl. 2009, DGE.
- 10) Vahabzadeh, Z., Ernst, M. (2007): Psychosoziale Aspekte. IN: Graf, C., Dordel, S., Reinehr, T. (Hrsg): Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen. Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- 11) Herpetz-Dahlmann, B. (2005): Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrische Komorbidität und Essstörungen. IN: Wabitsch, M., Zwiauer, K., Hebebrand, J., Wieland, K. (Hrsg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- 12) Knauth, B., Wipfinger, S., Langhof, H.: Stationäre Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen – Einfluss auf das metabolische System und die körperliche Leistungsfähigkeit. Prävention und Rehabilitation 1 (2004), 26 – 34.
- 13) DIMDI – ICD – 10GM Version 2013

- 14) Lecheler, J., v. Egmond-Fröhlich, A.: Die Adipositas-induzierte respiratorische Dysfunktion bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Medizinische Wochenschrift (2006); 131: 393-397.
- 15) Munsch, S.: Binge Eating – Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen (2003), Weinheim.
- 16) Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. & Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination. A German Version of the Structured Eating Disorder Interviews Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungeninterviews. Diagnostica. 50, 98-106
Hill et al., 2010; Hölling u. Schlack, 2007
- 17) Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F, Ziegler A, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel, Jaeger U, Johnsen D, Kiess W, Korte W, Kunze D, Menner K, Müller M, Niemann-Pilatus A, Remer Th, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Hebebrand J (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807-818
- 18) http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/KiJu/rts_kinder_download.pdf?__blob=publicationFile&v=16