

Qualitätsorientierte Analyse der Adipositasversorgung für Kinder und Jugendliche

Thomas Kliche, Christina Krüger, Uwe Koch

Universitätsklinikum Eppendorf UKE, Medizinische Psychologie (Hamburg)

Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Jürgen Töppich

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Köln)

Ziele der Studie

- Erfassung der Versorgungslage
- Einschätzung der Versorgungsqualität
- Hier & heute: Methodenreflexion

Aufbau der Studie

Stufe A: bundesweite Bestandsaufnahme mit einem Kurzfragebogen (n = 492).

Grundgedanke: Repräsentativität durch Teilstichproben wie in der Demoskopie

Stufe B: vertiefte Qualitätsanalyse repräsentativer Angebote mit *QS-Prävention* (n = 38). Grundgedanke: Überprüfung und Validierung der Befunde aus Stufe A.



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Stufe A: Instrument

- Kurzfragebogen: 2 Seiten, 20 Bereiche (Rahmen, Einrichtung, Diagnostik, Zielgruppen, Behandlung u.a.), 151 Items
- evidenzgestützte Kriterien (Quellen: Leitlinien / A-G-A, Metaanalyse des MDS von Böhler et al., Konsenspapier des BMGS, Qualitätsraster der BZgA, Expertenkreis der BZgA, *QS-Prävention*)



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Stufe A: Datenerhebung

1. Exploration der Versorgungszweige
2. Ersterhebung 2004: 2.374 versandt, 1018 zurück (42.9%), 417 Angebote erfasst
3. Nachbefragung der Non-Responder 2004 (Repräsentativitätskontrolle) und Hochrechnung (Schätzfehler: +/- 25%)
4. Nacherhebungen Dez. 2004 – März 2005: 75 Nachmelder (= 18%)
= 492 Angebote ausgewertet



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Stufe B: Das Informationssystem *QS-Prävention*

Daten: Umfassende Erhebung von Strukturen, Konzepten, Prozessen und (indirekt) Ergebnissen bei Einrichtungen und Projekten



Begutachtung: Strukturierte Experten-
Beurteilung zentraler Qualitätsdimensionen



Zeitnahe Rückmeldung:
Stärken / Schwächen,
Vergleichsdaten, Empfehlungen



an beteiligte Einrichtungen



Auswertung:
Versorgungsqualität der
Prävention und ihre Entwicklung



an Steuerungsgremien



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Stufe B: Qualitätsdimensionen

Konzeptqualität	Bedarfsbezug, Zielgruppenbestimmung und –verständnis, Zielsetzung, Ansatz
Planungsqualität	Vernetzung mit anderen Einrichtungen, kontextuelle Passung des Ansatzes
Mitwirkende	Personal, Qualifikation, Kooperation
Verbreitung + Vermittlung	Streuung, Arbeitsmethoden, Medien, weiterführende Maßnahmen (Nachhaltigkeit)
Verlaufsgestaltung	Lenkung, Bearbeitung von Schwierigkeiten, Prüfung externer Beiträge
Evaluation/Erfolgskontrolle	Gesamtbild, Erfassung Inanspruchnahme / Akzeptanz / Wirksamkeit, verfügbare Evidenz
Nachhaltige Interventionsentwicklung	Interventions- und Ergebnisdokumentation, Erfahrungsweitergabe

Beurteilungsbogen (Auszug, gekürzt)

Qualitätsdimension	Leitfrage der Begutachtung	Hinweise zur Vergabe der Qualitätsstufen (Kriterien)	Fragen im Doku-Bogen
I. Konzeptqualität: Ist das Arbeitskonzept des Projekts insgesamt durchdacht und stimmig?			
Die Beurteilung umfasst sowohl die Qualität der Einzeldimensionen wie auch deren Integration zu einem Gesamtkonzept.			
L. A Bedarfsbezug	Ist das Projekt auf gesellschaftlich vorrangige Versorgungs- und Gesundheitsziele ausgerichtet?	<p>Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Aktivität arbeitet auf ein zentrales Gesundheitsziel hin (vgl. die Zusammenstellung unter Frage 2.1, nach Forum Prävention, gesundheitsziele.de, Spitzenverbände der Krankenkassen). Ein Gesamtbild der Ausgangslage liegt vor (aussagefähige Angaben unter 2.2). Die Einschätzung der Ausgangslage beruht auf mind. zwei sachlich passenden Datenquellen (2.4). Für Setting-Ansatz: Eine eigene Bedarfshebung wurde / wird angefertigt (2.3), und dabei findet eine Befragung von Zielgruppen statt (2.4). <p>Zusätzlich für Stufe 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Aktivität ist Teil eines übergreifenden Gesundheitsplans (z.B. in Unternehmen, Gemeinde) (2.2). Die Aktivität dient mehr als einem zentralen Gesundheitsziel, ist also besonders breit angelegt (für mehrere Ziele, Zielgruppen, Indikationsbereiche). Oder (falls nicht Setting-Ansatz): Eine eigene Bedarfshebung wurde / wird angefertigt (2.3). Oder (falls nicht Setting-Ansatz): Eine Befragung von Zielgruppen wurde / wird durchgeführt (2.4). Oder: Die Einschätzung der Ausgangslage beruht auf mind. vier Quellen (2.4). 	2.1 2.2 2.3 2.4

Qualitätsstufen für jede Dimension

0	Problemzone	Zielerreichung und Erfolg der Präventionsvorhaben unwahrscheinlich oder unkontrollierbar.
1	Verbesserungsbedarf	Grundlagen und Basisausstattung für gute Präventionsarbeit sind geschaffen, aber unzureichend verknüpft oder genutzt.
2	Standard	Datengrundlagen und Routinen für eine professionelle, wirkungsvolle Präventionsarbeit sind gesichert und in ein Gesamtkonzept eingebunden.
3	Vorbild	Das Projekt erfüllt die Qualitätsdimensionen in umfassender Weise; ähnliche Projekte können von seinen Praxislösungen lernen.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Ergebnisse (Stufe A): Die Versorgung adipöser und übergewichtiger Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik

Hochrechnung: **Versorgungsumfang 2004/05**

1. Bundesweit ~ 700 Angebote
2. Diese erreichen ~ 44.000 Personen im Jahr.

Von ~ 1 Million betroffener Kinder und Jugendlicher werden ~ 4,4% im Jahr versorgt. Vom 8. bis zum 18. Lebensjahr (= 10 Jahre) haben damit ~ 44% der Betroffenen die Möglichkeit der Programmteilnahme (Fehlerbereich: 33- 55%).



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

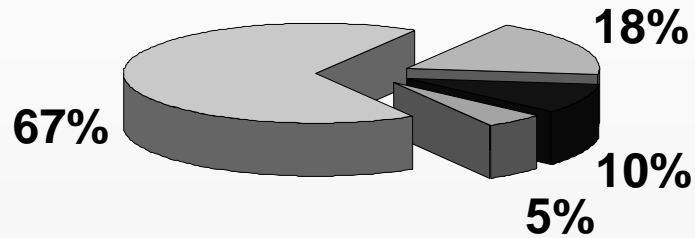
Trendschätzung: **Zuwachs 2002-2004; Fluktuation**

- Zahl der Anbieter: ~ 20 % Zunahme
- Zahl der Behandlungsplätze pro Anbieter:
~ 70 % Zuwachs
(bessere Ausschöpfung vorhandener Plätze?)
- 20% Fluktuation p.a. (erloschene Angebote)



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

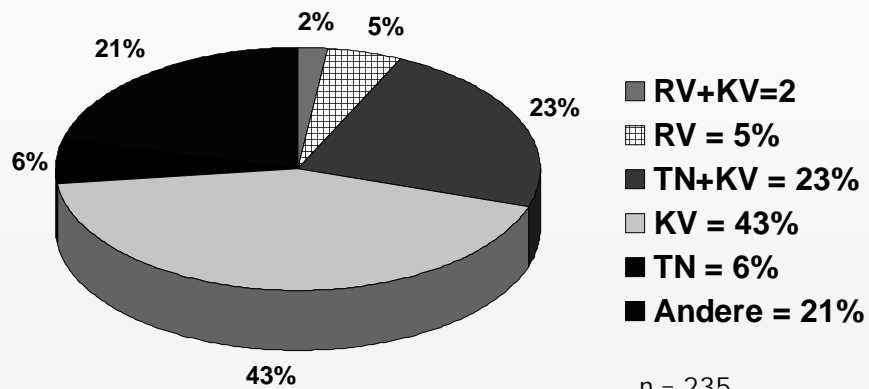
Versorgung: Behandlungsrahmen



ambulant
 stationär
 stationär + ambulant
 Anderes

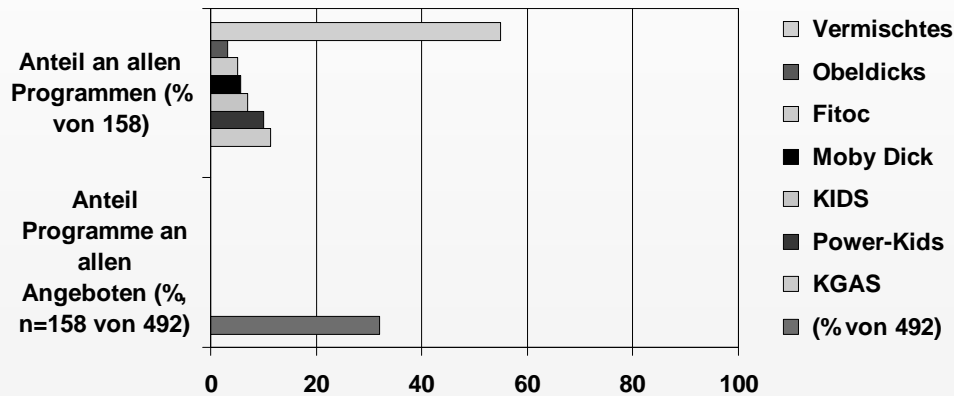
n = 429

Finanzierung der Angebote



n = 235

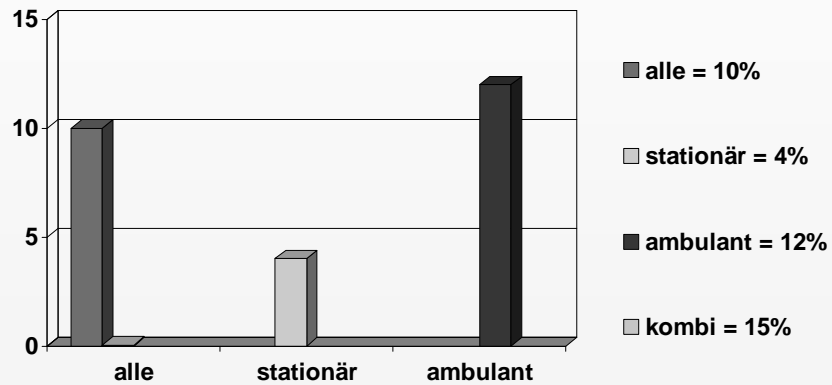
Verbreitung strukturierter Programme



Allgemeine Defizite des Angebots

- gender-spezifische Interventionen (2/3 der TN sind Mädels)
- Maßnahmen für sozial Schwächere
- settings-orientierte Interventionen

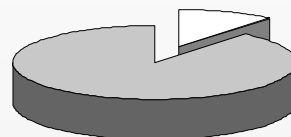
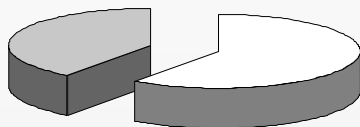
Berichtete Abbruchquoten (n=290)



Art der Nachbehandlung

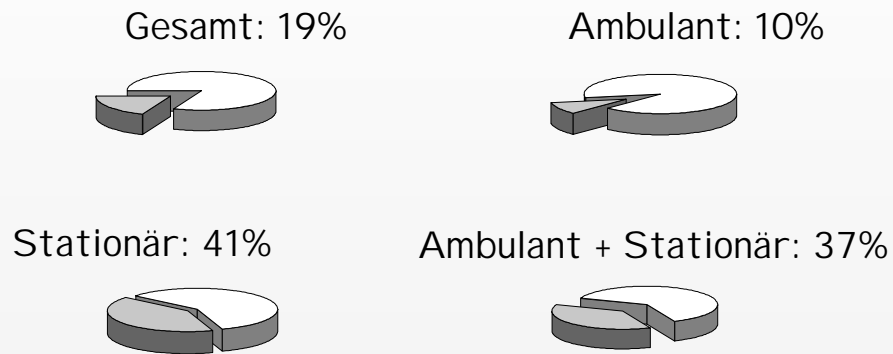
Nachbetreuung: 44%

Vermitteln Informationen nach Behandlung: 89%

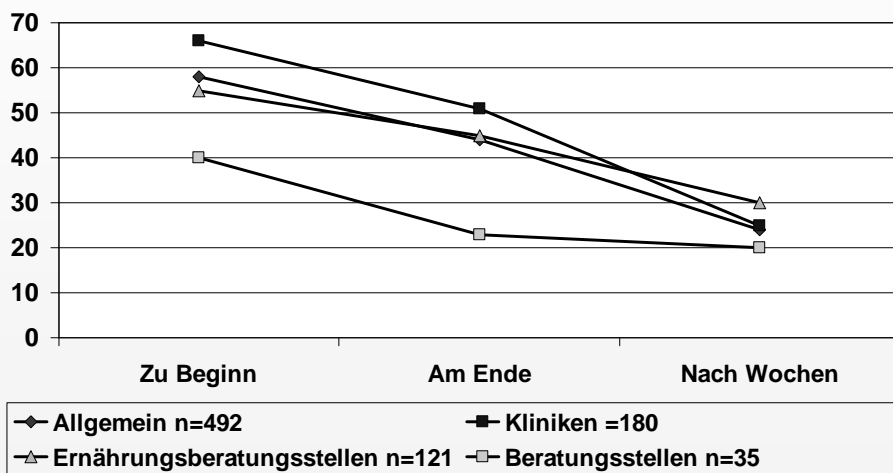


•n = 492

Multimodaler Behandlungsansatz

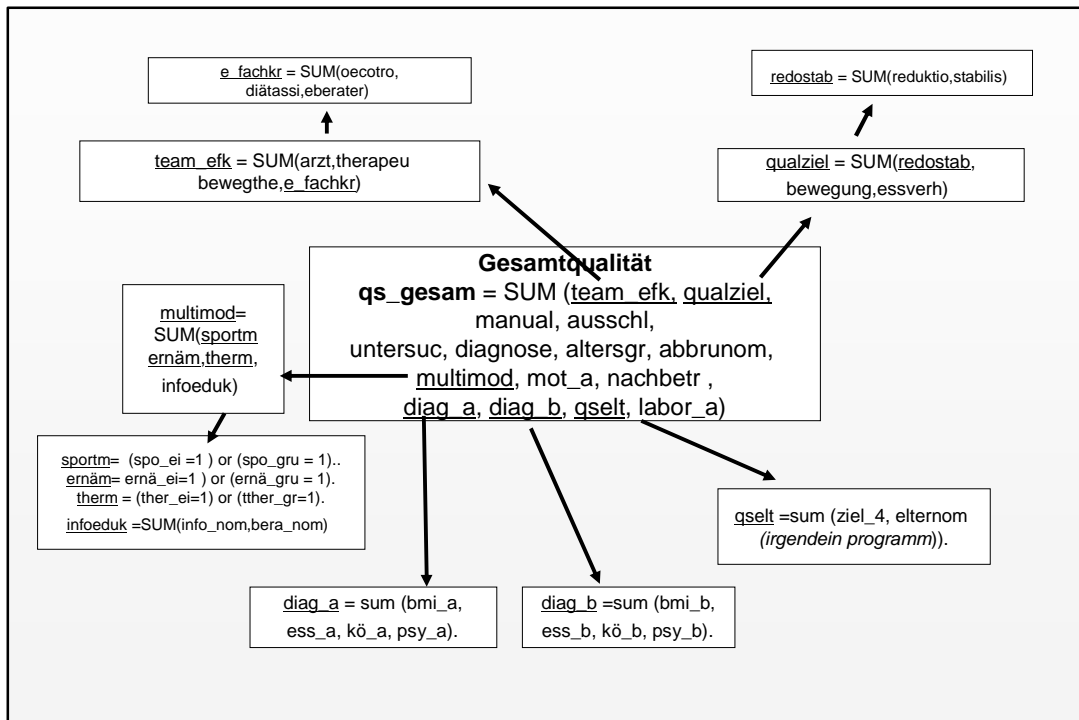


Diagnostik Änderungsmotiv./Einrichtg.



Schätzer für Gesamtqualität: Erstellung

Gesamtqualität
qs_gesam = SUM (team_efk, qualziel,
 manual, ausschl,
 untersuc, diagnose, altersgr, abbrunom,
multimod, mot_a, nachbetr ,
diag_a, diag_b, qselt, labor_a)



Verbreitete Qualitätsmängel

Im Mittel erfüllen die Angebote nur je 48,3% der erhobenen Qualitätskriterien (Spannweite: 0 – 93,3% ¹) – z.B.:

- Leitlinienorientierte Diagnostik nur bei 25%
- Interdisziplinäres Behandlungsteam nur bei 31%
- Eltern als Teil-Zielgruppe nur bei 45%
- Echter multimodaler Behandlungsansatz nur 19%

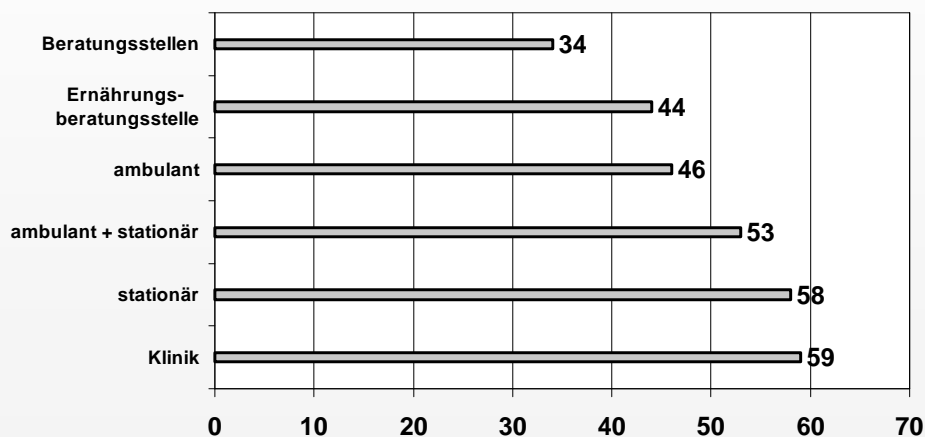
¹ ohne Kriterien der Labordiagnostik: ca. 58% der Kriterien



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Einrichtungen / Rahmen im Vergleich

% erfüllter Qualitätskriterien



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Fließende Übergänge der Qualität

- Es gibt keine klaren Sprünge zwischen hochwertigen und defizitären Angeboten, sondern ein breites ‚fließendes‘ Mittelfeld.
- In den Versorgungsrahmen (ambulant / stationär) und in den Einrichtungsarten (Klinik, Ernährungsberatung, andere Beratung) treten erhebliche Qualitätsspannen auf, es gibt überall bessere und defizitäre Angebote.



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Rahmen der Angebote im Vergleich

Stärken stationärer und teilstationärer Angebote:

- Ø Diagnostik
- Ø interdisziplinäres Team
- Ø multimodales Vorgehen
- Ø Geringere Abbruchquoten

Stärken ambulanter Angebote:

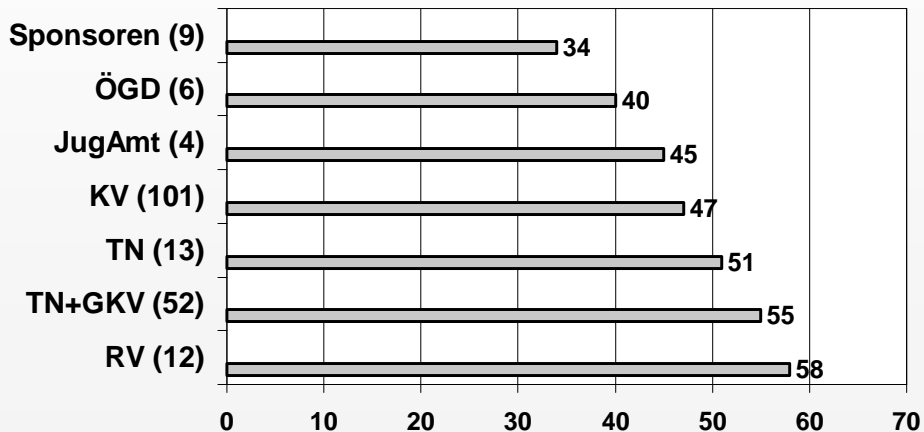
- Ø Eltern als Zielgruppe angesprochen
- Ø Vielfalt (mehr Themen, Fächer, Module)
- Ø geringere Kosten



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Gesamtqualität nach Geldgeber

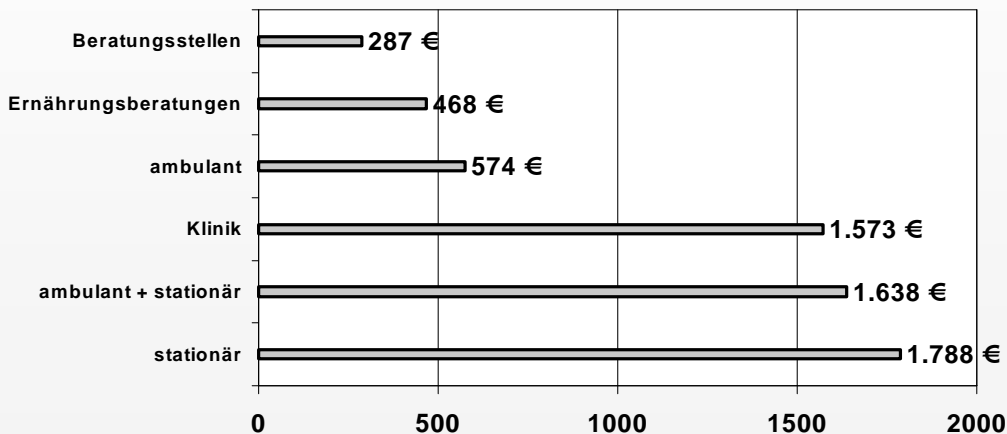
Gesamtqualität in % (n= 235)



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Kosten für Träger

Kosten pro Maßnahme für den Kostenträger



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Erhöht mehr Geld die Qualität?

- $r = .29$ zwischen Kosten je Maßnahme für den Kostenträger und Gesamtqualität (n=123)
- $r = .24$ zwischen den Kosten für Teilnehmer (für eine Maßnahme) und Gesamtqualität (n=158)
- $r = .37$ zwischen den Gesamtkosten je Maßnahme und Gesamtqualität (n=189)

Nur 10-15 % der Qualitätsvarianz durch Kostenunterschiede bestimmt!?

Fazit

Versorgungsoptimierung durch Verknüpfung der Ansätze:

- Programmentwicklung: Was kann getan werden?
- Qualitätssicherung: Wie gut wird es umgesetzt?
- Evaluation: Wie wirkt es dann?
- Versorgungsforschung: Wo verbreitet es sich warum und unter welchen Voraussetzungen?



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Empirisch gestützte Versorgungsentwicklung

1. Versorgungssteuerung sollte auf empirische Versorgungslagen aufbauen (sonst geht sie u.U. von falschen Annahmen aus, z.B. Programmstrukturen).
2. Geld korreliert mäßig mit Qualität und ist als Mittel der Qualitätssteuerung allein offenbar ‚blind‘.
3. Frühe QS vor später Evaluation: QS dient
 - der Interventionsbeschreibung
 - der Optimierung von Implementation und Programmtreue
 - der formativen Maßnahmenoptimierung.



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas 2008: Stand und Bedarf

Wir möchten gern einen Kurzbericht über die Auswertung bekommen.

Name der Einrichtung: _____
 Anschrift: _____
 Bundesland: _____
 Telefon: _____
 Ansprechpartner/in: Frau/Kerr
 E-Mail: _____
 Träger oder Dachverband: _____
 Wie viele Kinder besuchen die Kita? bis 3 Jahre: _____ 3-6 Jahre halbtags: _____ 3-6 Jahre ganztags: _____ ab 6 Jahre: _____
 Davon Kinder mit Förderbedarf ohne Integrationsseminar: etwa _____ Kinder mit Integrationsseminar: etwa _____
 Mitarbeiterzahl: Erzieher/-innen: _____ Sozialpädagog/innen: _____ Helfer/zieher/-innen: _____ Andere: _____
 Falls verfügbar: Wie viele pädagogische Arbeitsstunden pro Woche leisten alle Mitarbeiter zusammen? ohne Oberstunden: _____
 Arbeitskonzept: Hat die Einrichtung einen bestimmten Arbeitsansatz oder Schwerpunkt?
 Nein Waldorfer Montessori Natur / Wald Offene Arbeit
 Bewegung Fremdsprachen International Sonstiger, nämlich: _____
 Angewählte gesundheitsbezogene Merkmale
 Vorhanden sind: für Kinder für Mitarbeiter
 gesundheitsergänzendes Mobiliar (z.B. Sitzball)
 Ruhe- / Entspannungsräume
 jederzeit ausgetauschte Getränke (z.B. Wasser, Tee)
 Außengelände
 Ein Aufnahmekriterium bei uns sind folgende Standard-Impfungen: Tetanus Kombi-Impfung
 Gesundheits- und Entwicklungsförderung: Wie oft finden angeleitete Aktivitäten zu folgenden Themen statt?

	pro Woche	oder im Monat	oder im Jahr	nach mit externen Kräfte	nach in Kindertagesförderung
Bewegung (z.B. Sport, Rhythmik / Tanz o.ä.)					
Waldtage o.ä.					
Schwimmen					
Ernährung (z.B. Information über Lebensmittel)					
Zahngesundheits- und -prophylaxe					
Nachschulung der Erzieher/-innen (z.B. Logopädie, / mit Inz. / Verordn. / Stress-Vermeidung und Entspannung (z.B. Aromatherapie, Training))					
Kerfakt. und Gewaltprävention (z.B. „Faulstief“)					
Sprachförderung in deutscher Sprache					
Unfallverhütung					
Verfahrenszertifizierung					
Sonstige:					
Gesundheitszertifikat					
Supervision					
Stressprävention (z.B. Entspannungs-/ Stressbewältigungstraining)					
Sonstige:					
Information über gesundheitsfördernde Aktivitäten der Kita					
Gesundheitsaktivitäten mit Familienbeteiligung					
Notation zur Inanspruchnahme privater Vororgänge (z.B. U4 -39)					

Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas 2008: Stand und Bedarf

Wir möchten gern einen Kurzbericht über die Auswertung bekommen.

Thema / Ziel: _____
 Laufzeit: _____ Wochen / Zahl der Termine / Treffen _____ Länge der Termine je etwa _____ Stunden
 Zielgruppe: Kinder Mitarbeiter/-innen Familien Stadtteil Andere: _____
 Arbeitsweise: Beratung Fortbildung Strukturierter Programm Andere: _____
 Partner (z.B. Kneipe/Kasse, Kommune) mit externen Kräfte
 Vordringliche gesundheitliche Probleme: Wie viele Kinder (ungefähr) leiden unter folgenden Belastungen?
 Deutscher Übergewicht: _____ Entwicklungsverzögerungen (z.B. Fein-/Grobmotorik, Koordination, Sprache) _____
 Deutsche Mangelernährung: _____ Störungen der Sprache und des Sprechens (z.B. Stottern, Lispeln, Hörstimmigkeit) _____
 Essstörungen: _____ Psychomotorik / Bewegungsstörungen (z.B. Tics, nervöse Zuckungen) _____
 Starker Karies: _____
 Deutsche Ängstlichkeit / Furcht: _____ Starke Traurigkeit (z.B. wirkt unglücklich, weint viel, passiv, zurückgezogen) _____
 Auffällige Aggressivität (z.B. Streit, Wutausbrüche): _____ Andere auffällige Belastungen: _____
 Diese Angaben sind: eigene Einschätzung nach Angaben der Mitarbeiter/-innen Andere: _____
 Wie schätzen Sie die Gesundheit der Kinder in der Kita insgesamt ein?
 ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht
 Liegt die Einrichtung im Einzugsgebiet eines sozialen Brennpunkts? mitten drin überwiegend am Rand nein
 Treten bei Erzieher/-innen bestimmte gesundheitliche Beschwerden während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig auf?
 Ja, und zwar: _____
 Wie zufrieden sind die Mitarbeiter/-innen in der Kita, ihrer Einschätzung nach, mit folgenden Aspekten der Arbeit?

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
Arbeitszeiteinteilung				
Einkommen				
Räumliche Verhältnisse, Umfeld des Arbeitsplatzes				
Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung				
Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden				
Möglichkeiten, sich weiterzubilden				

 Wie viele Tage unzufrieden fühlen Erzieher/-innen krankheitsbedingt durchschnittlich im Jahr? _____ Tage
 Mit welchen Verfahren bewältigen Sie Ausgangspunkte, Prozesse und Wirkungen Ihrer Arbeit?
 Teambesprechungen Gespräche mit Eltern ärztliche Gesundheits-Checks für Kinder ca. _____ Mal im Jahr
 Falldiskussionen Austausch mit anderen Kitas zusätzliche Gesundheits-Checks ca. _____ Mal im Jahr
 mobile Fachkräfte KIS / KRIPS / HORS „Zukunft“-Handbuch Kindertageseinrichtungen
 DIN-ISO 9000 usw. Selbstevaluation (z.B. HFPTQ/QL) Qualitätsmanagement-Verfahren des Trägers / Dachverbandes
 K.I.E.L. Sonstiges (z.B. eigenes Verfahren): _____
 Zu welchen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung besteht aus Ihrer Sicht dringender Fortbildungsbedarf?
 Was sollte in nächster Zeit konkret getan werden, um Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zu verbessern?
 mehr Geld besserer Personalschlüssel Konkrete Maßnahmen: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

An Th. Kliche / Prof. Dr. Dr. Uwe Koch oder per Fax: (040) 42803 – 4940
 UKF, Institut u. Poliklinik f. Medizinische Psychologie oder per Mail: fgm@ukf.uni-hamburg.de
 Martinistraße 52 (S 35) (Fragebogen ausfüllen, dann speichern und ab. Aufklärung senden!)
 20246 Hamburg

Empirisch gestützte Empfehlungen zur Versorgungsentwicklung – z.B.:

1. Angebote transparent machen: Dokumentation und öffentliche Vergleichswerte aus der Qualitätssicherung bei einer neutralen Stelle
2. Motivation der Zielgruppen stützen: Kampagnen
3. Zielgruppenspezifische Programme für bislang wenig angesprochene Gruppen entwickeln (z.B. sozial Benachteiligte); an Settings-Programme koppeln
4. Nachhaltigkeit sichern: Versorgungsketten und Kooperationen aufbauen

Mehrstufige Programmforschung

- Machbarkeit – Ausprobieren, „Good Practice“
- Wirksamkeit – Evaluation, Metaanalysen
- Übertragbarkeit – transferability assessment
- Langzeit-Brauchbarkeit – Verbreitung (institutionelle Akzeptanz), Umsetzungsprobleme, Effektivität, Effizienz
(vgl. Morfeld / Wirtz 2006)

Dafür sind auf allen Stufen erforderlich:

1. Kontextbeschreibung
2. Interventionsbeschreibung (Umsetzungsgüte, Programmtreue)
3. Beschreibung der Implementationsverläufe
(Bedingungen, Hürden, Motive und Kosten des Einsatzes)



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

Klärungsbedarf bei Kriterien

- Mindest- vs. differentielle Kriterien (Kontext, Indikation, Zielgruppe). Nötig: Einteilung praxisnaher Versorgungstypen
- Validität vs. Erfassungsaufwand: leicht operationalisierbare, leicht kontrollierbare oder aussagefähige Kriterien?
- Zusammenfassung (z.B. nach Bereichen: Struktur, Prozess einschl. Versorgungsketten, Erfassung von Outcomes)
- Gewichtung für „faire Vergleiche“ (Programme / Einrichtungen)
- Kopplung mit Gesundheitsökonomie (Qualys, LYS): Kosten für Infrastruktur, Ein- und Durchführung, Verbreitung (Hürden?)
- Quellen: Auswahl / Interessen von Experten in Delphi- u.a. Konsensverfahren, Redaktionsmodus in Metaanalysen



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung **BZgA**

**Ihre Hinweise und Kommentare
sind herzlich willkommen.**

**t.kliche@uke.uni-hamburg.de
j.töppich@bzga.de**