



Moby Dick Netzwerk: Möglichkeiten und Herausforderungen der ambulanten Adipositas-therapie bei Kindern und Jugendlichen

N. Holtz; L. Tepfer; Ch. Petersen

Moby Dick Netzwerk, München

Schlüsselwörter

Adipositas, Übergewicht, Kinder und Jugendliche, ambulantes Therapieprogramm

Zusammenfassung

Das Moby Dick-Netzwerk bietet an verschiedenen Standorten ein ambulantes, einjähriges Therapieprogramm für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche an, mit dem Ziel einer langfristigen Gewichtsstabilisierung sowie der Verbesserung der Lebensqualität. Durch Veränderung der Lebensweise und Stärkung des Selbstwertgefühls werden die gesundheitliche Disposition der Kinder und Jugendlichen sowie ihr subjektives Wohlbefinden verbessert (9). Nach einem Jahr regelmäßiger Teilnahme an dem Moby Dick-Therapieprogramm sind 67% erfolgreich (Senkung bzw. keine Steigerung des BMI-SDS-Werts) (1).

Die herausragende Möglichkeit der ambulanten Therapie ist es, die Kinder und deren Eltern wohnortnah zu erreichen und die Verhaltensänderungen in deren Alltag zu integrieren. Die Herausforderungen liegen vor allem im Bereich der Finanzierung und der Evaluierung der Therapieangebote.

Keywords

Obesity, overweight, children and adolescents, outpatient therapeutic health programme

Summary

The Moby Dick Network offers nationwide an outpatient therapeutic health programme for overweight and obese children and adolescents. The aim is a longterm weight stabilization and an advancement of the quality of life. By changing the nutrition and exercise habits and by an increased self-esteem the health-related disposition as well as social and emotional well-being are improved (9). After one year of regular participation, 67% are successful (reduction or rather no increase of BMI-SDS) (1).

The outstanding opportunity of the outpatient therapy is that the children and their parents can be reached in their residential environment and the behaviour modification can be integrated in the daily routine. The major challenges are posing in the financing and the evaluation of the therapeutic programmes.

Korrespondenzadresse

Moby Dick Netzwerk
Nina Holtz, Linda Tepfer
Hermann-Lingg-Str. 5, 80336 München
Tel. 089/ 5904 3694, Fax 089/ 5596 8641
E-Mail: nina.holtz@mobydicknetzwerk.de;
linda.tepfer@mobydicknetzwerk.de

Moby Dick Network: Opportunities and challenges of outpatient obesity therapy for children and adolescents

Adipositas 2015; 9: 12–15

che übergewichtig und drei Millionen adipös. (4)

Da etwa 80% der übergewichtigen Mädchen und Jungen auch als Erwachsene dick bleiben, ist abzusehen, dass die Zahl Adipositas-bedingter Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Fettleber, Arteriosklerose oder Bluthochdruck weiter ansteigt. Die bereits in der Jugend auftretenden Krankheitszeichen sind also alarmierend und unterstreichen, wie wichtig geeignete Präventions- und Therapie-Programme sind (8).

Entstehung und Entwicklung des Moby Dick Netzwerks

Das Gesundheitsprogramm Moby Dick wurde 1998 von Dr. Christiane Petersen mit Hilfe der Arbeiterwohlfahrt als Zielpatenschaft der Hamburger Gesundheitsbehörde ins Leben gerufen. Die damals als Schulärztin tätige Initiatorin arbeitete dabei eng mit dem Bundesverband Kinder- und Jugendärzte sowie mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zusammen. Sie entwickelte ein interdisziplinäres Programm auf Basis der drei großen Säulen Ernährung, Bewegung und Verhaltenstraining, welches sie an zeitweise über zwanzig Standorten in Hamburg durchführte. Nachdem das Programm in Hamburg erfolgreich angenommen und von den dortigen Kinderärzten, Krankenkassen und wissenschaftlichen Partnern unterstützt wurde, gab Dr. Petersen Interessenten die Möglichkeit, das Moby Dick-Programm auch an anderen Standorten anzubieten. Damit war Moby Dick das erste bundesweite Ge-

Der eklatante Anstieg der von starkem Übergewicht und Adipositas betroffenen Kinder und Jugendlichen ist eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert. Die Prävalenz

von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen 20 Jahren um 50% gestiegen, die Häufigkeit von Adipositas hat sich sogar verdoppelt. In Europa sind 14 Millionen Kindern und Jugendli-



sundheitsprogramm für adipöse Kinder und Jugendliche.

Im Frühjahr 2014 hat sich Dr. Petersen aus der aktiven Betreuung der Gruppen in Hamburg zurückgezogen und das Netzwerk an Nina und Jan Holtz übergeben, womit die organisatorische Leitung nach München umzog. Dr. Petersen bleibt aber als wissenschaftliche Beraterin mit ihren Erfahrungen im Bereich der Adipositas-therapie auch in Zukunft Teil des Moby Dick-Netzwerks.

Die Region Hamburg ist auf Grund der aktiven Netzwerkarbeit der Gründerin und des damit verbundenen hohen Bekanntheitsgrads des Programms weiterhin einer der wichtigsten Standorte, der Fokus wird nun jedoch noch stärker auf die Eröffnung neuer Gruppen im gesamten Bundesgebiet gelegt. Zurzeit gibt es Gruppen in Hamburg und Umgebung, in Bad Bodenteich, Berlin und Dresden, in Konstanz und in der Region in und um Saarbrücken, zwei weitere Standorte sind derzeit im Aufbau. Momentan wird in den Gruppen vorrangig das einjährige Therapieprogramm angeboten, auf das im Folgenden näher eingegangen wird. In Zukunft werden aber auch die Moby Dick-Präventionsprogramme wieder stärker in den Fokus rücken, um auch den Kindern und Jugendlichen zu helfen, die zwar übergewichtig sind, nicht aber in dem ausgeprägten Maße, in dem die Krankenkassen die Kostenübernahme eines Therapieprogramms bewilligen.

Das Programm

Inhalte

Die Kinder und Jugendlichen treffen sich wöchentlich in Gruppen mit mindestens sechs bis höchstens zwölf Gleichaltrigen. Inhaltlich setzen sich diese Treffen aus einer Bewegungseinheit und im Wechsel Verhaltens- oder Ernährungstraining zusammen. Die Bewegungseinheit besteht aus psychomotorischen Elementen, Herz-Kreislauftraining, Ausdauertraining sowie spielerischen Übungen, alles auf den Adipositas-Grad und die körperliche Fitness der Kinder und Jugendlichen angepasst. Zur Ernährungseinheit gehören theoretische Teile der Ernährungslehre und der Ernährungsberatung sowie die praktische



Abb. 1 Teilnehmer verschiedener Moby Dick-Gruppen aus dem Saarland bei der „DRK Kochsafari mit Hämmerle“.

Zubereitung von gesunden Speisen aus dem Buch „Moby Dicks Spaß-Diät für Kinder“ (6). Der psychosoziale Bereich besteht aus verhaltensmodifizierenden Unterrichtssequenzen, die auf die Stärkung des Selbstbewusstseins abzielen. Mit Hilfe von Einzel- und Gruppengesprächen werden die individuellen Fortschritte in der Verhaltensumstellung überprüft.

Einbindung der Eltern

Der Einbezug der Eltern in das Therapieprogramm spielt eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Kinder (2). Die Eltern nehmen an mehreren Eltern-Kind-Nachmittagen teil, an denen sie ihre Kinder in die wöchentliche Gruppensitzung begleiten und somit die Möglichkeit bekommen, aktiv an der Therapie teilzunehmen. Im Rahmen dieser Nachmittage halten die Gruppenleiter Rücksprache mit den Eltern über den Einfluss der Maßnahme auf die familiäre und individuelle Entwicklung des Kindes. Zusätzlich werden innerhalb des Jahres vier Elternschulungen angeboten, an denen die Eltern verpflichtend teilnehmen.

Inhalte sind: eine gezielte Beratung bei der Ernährungsumstellung, Hilfestellung zur Verbesserung der Freizeitgewohnheiten, Aufklärung über weitere individuelle Hilfen zur Verbesserung der Familiensituation bei speziellen Problemen (z.B. Psychotherapie, Familientherapie, soziale Dienste etc.) sowie die Erläuterung medizinischer Zusammenhänge. Eine Grundlage für die Elternfortbildung, insbesondere im Rahmen einer Verhaltensänderung, bietet das Buch „Gesunde Kinder – ein Motivationsbuch“ (5).

Zusätzlich zu diesem Angebot für die Eltern finden die Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussmessung immer eingebettet in ein Familiengespräch statt, so dass der Gruppenleiter auch hier die Möglichkeit hat, auf die individuelle Situation der Kinder und ihrer Eltern einzugehen.

Kosten

Die Kosten für eine Teilnahme am einjährigen Programm belaufen sich auf 1800 Euro. Am Moby Dick-Programm können alle übergewichtigen Kinder und Jugendlichen teilnehmen. Von den Krankenkassen in unterschiedlicher Höhe finanziert werden aber nur Kinder, die entweder adipös sind oder die Übergewicht haben und bei denen bereits beginnende Begleitkrankheiten oder familiäre Erkrankungen wie Herzinfarkt, Diabetes, etc. vorliegen.

Möglichkeiten

Ambulante langfristige multidisziplinäre Schulung

In einem ambulanten Langzeit-Gesundheitsprogramm mit einem multidisziplinären Schulungsansatz können die Faktoren, die wirkungsvoller und vor allem langanhaltender zu einer Gewichtsreduktion der Kinder und Jugendlichen führen, besser berücksichtigt werden. Dazu gehören vor allem die Motivation zu einer Lebensstiländerung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern sowie der Einbezug der Eltern in das Programm. (7) Durch die Einbettung des Programms in den Alltag und die Lebensrealität der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern können alle Beteiligten begleitet ihre Gewohnheiten über einen Zeitraum von einem Jahr umstellen. Dies hilft den Familien die Intervention nach Beendigung des Programms nahtlos fortzuführen.

Quereinstieg

Eine nennenswerte Besonderheit des Moby Dick-Programms ist die Möglichkeit, ohne Wartezeit in eine laufende Gruppe einzusteigen. Da sich der Themenplan, bestehend aus 52 Themen, nach einem Jahr wiederholt, wird durch einen Quereinstieg in

das Programm der individuelle Lernerfolg nicht behindert. Diese Möglichkeit ist eine wichtige Komponente für den Erfolg der Therapie, denn hat ein Kind erst mal die nötige Motivation aufgebracht, sich helfen zu lassen und an einer Intervention teilzunehmen, darf diese Motivation auf keinen Fall durch lange Wartezeiten gedämpft werden. Die Anfangseuphorie einer solchen Entscheidung trägt sehr zu einem motivierten Einstieg in das Programm bei.

Bundesweites Netzwerk

Um der Forderung nachzukommen, jedem übergewichtigen und adipösen Kind und Jugendlichen den Zugang zu einem kombinierten multidisziplinären Therapieprogramm zu ermöglichen (7), wurde aus dem Hamburger Moby Dick-Programm das bundesweite Moby Dick-Netzwerk. Im Rahmen eines Franchise-Verfahrens können Interessenten als selbstständige Partner in ihrer Region Moby Dick-Gruppen anbieten. Sie müssen sich vertraglich verpflichten, die vorgegebenen Qualitätsstandards einzuhalten und einmal jährlich an einer mehrtägigen Schulung teilzunehmen.

Die Netzwerkpartner haben Zugriff auf die verschiedenen ausgearbeiteten Schulungsprogramme inklusive aller nötigen Arbeitsmaterialien, erhalten sowohl Unterstützung bei bundesweiten und lokalen Kooperationen als auch bei der Presse- und Marketingarbeit. Die Moby Dick-Leitung informiert alle Partner regelmäßig über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Bereich der Adipositas therapie, über sich ändernde Qualitätsanforderungen der Krankenkassen und gibt Hilfestellung und Unterstützung in der Umsetzung des Programms. Die bundesweite Vernetzung ermöglicht den Gruppenleitern einen konstruktiven Austausch untereinander, neue Partner profitieren von den Erfahrungen der bestehenden Partner und ein Teil der administrativen Arbeit wird von der Leitung des Netzwerkes übernommen.

Netzwerkpartner können Einzelpersonen sein, wie zum Beispiel Ärzte, Ökotrophologen, Sportwissenschaftler, oder Pädagogen/ Psychologen. Auch Einrichtungen und Vereine wie Kinder- und Familienzentren, Elternschulen, Jugendtreffs sowie Or-

ganisationen können Moby Dick-Netzwerkpartner werden.

Herausforderungen Übernahme der Therapiekosten durch die Krankenkassen

Adipositas stellt ein bedeutendes Gesundheitsproblem im Erwachsenen-, aber auch bereits im Kindes- und Jugendalter dar. Dies veranschaulichen nicht nur die erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, sondern auch die mit Adipositas verbundenen hohen gesundheitsökonomischen Kosten (8). Das Moby Dick-Netzwerk ist sehr bemüht, die unterschiedlichen Qualitätsanforderungen der Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst (MDK), der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und der Konsensusgruppe Adipositas (KgAS) zu berücksichtigen und den Aufbau der Standorte und die Durchführung der Schulungseinheiten darauf zu basieren. Dennoch ist die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und deren Bereitschaft, den Kindern und Jugendlichen eine Teilnahme am Programm zu ermöglichen, nicht immer gleichermaßen ausgeprägt. Einige Krankenkassen unterstützen das Moby Dick-Netzwerk und schicken ihre Mitglieder sogar initiativ zu den jeweiligen Partnern. Andere Krankenkassen bieten selber Maßnahmen für ihre Mitglieder an und sind weniger bereit, eine Kostenübernahme für alternative Therapieangebote zu bewilligen.

Die unterschiedlich gute Zusammenarbeit mit den jeweiligen Krankenkassen führt zu zeitaufwändigen bürokratischen Prozessen für die Gruppenleiter und nicht selten sogar dazu, dass engagierte Netzwerkpartner an der Hürde der Vorgaben der Krankenkassen scheitern und ihre Gruppen aufgeben müssen.

In der Moby Dick-Geschichte gibt es zahlreiche Fälle von Eltern adipöser Kinder, die auf Grund der fehlenden Kostenübernahme durch die Krankenkasse demotiviert ihr Vorhaben aufgegeben haben, ihr Problem aktiv anzugehen.

In Anbetracht der epidemiologischen und medizinischen Bedeutung der Thematik und des Fehlens von flächendeckenden Angeboten an Therapieprogrammen (7),

kann dies nur kontraproduktiv sein, da die Kosten einer Therapie zwar einzeln betrachtet hoch erscheinen mögen, langfristig die Kosten der Folgeerkrankungen von Adipositas jedoch um ein Vielfaches höher sind.

Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit allen Krankenkassen ist deshalb das große Bestreben des Moby Dick-Netzwerks.

Erreichbarkeit der Eltern

Wie bereits erwähnt, trägt der Einbezug der Eltern ganz entscheidend zum Erfolg des Programms bei Kindern bei. Nur Familien, die hoch motiviert sind, die Bewegungs- und Ernährungsverhaltensweisen ihrer Kinder, bzw. auch ihre eigenen zu ändern, haben die notwendigen Voraussetzungen für eine verhaltensorientierte Therapie und Aussicht auf langfristige Therapieerfolge (7).

Leider ist aber genau diese Einbindung der Eltern eine der größten Herausforderungen. Zum einen nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die aus Familien mit Migrationshintergrund stammen, zu. Untersuchungen zeigen, dass der Anteil übergewichtiger Kinder ausländischer Herkunft bundesweit wesentlich höher ist als der Anteil der Kinder mit deutscher Herkunft (3), so dass häufig Sprachbarrieren ein Grund sind, die Eltern nicht zu erreichen. Zum anderen stellen über Jahre hinweg eingeschlifene Verhaltensweisen bezüglich des eigenen Ess- und Bewegungsverhaltens eine Hürde für die Eltern dar, sich mehr in das Programm zu involvieren oder die erforderlichen Maßnahmen zuhause um- und fortzusetzen.

Großes Einfühlungsvermögen und langer Atem sind hier seitens der Gruppenleiter gefragt, um die Eltern zu den notwendigen Maßnahmen zu motivieren. Nicht selten sind die Eltern ebenfalls übergewichtig oder adipös und es bedürfte einer eigenen Therapie. Die Erfahrung mit den Moby Dick-Kursen zeigt, dass die Eltern durch zweigleisiges Herangehen, also durch eigenes Erleben in den Eltern-Kind-Nachmittagen und der Wissensvermittlung auf den Elternabenden, erreicht und sogar motiviert werden können.



Der Trend zum Ganztagsunterricht

In ganz Deutschland kommt mit der Diskussion um die fehlende Nachmittagsbetreuung auch die Thematik des Ganztagsunterrichts auf den Plan, der inzwischen in immer mehr deutschen Schulen eingeführt wird bzw. schon Standard ist. Dieser hat zur Folge, dass es den Kindern und Jugendlichen kaum noch möglich ist, an einem alternativen Nachmittagsprogramm teilzunehmen, so wie das einjährige Moby Dick-Programm eines ist.

Viele Kinder sind nach einem langen Schultag nicht mehr aufnahmefähig geschweige denn motiviert, sich weiteren Lerninhalten zu widmen. Hier gilt es, das Setting Schule in Zukunft mehr zum Ort der Intervention zu machen, ohne das Schulpersonal zu sehr in die Planung und Durchführung involvieren zu müssen. In den allerwenigsten Ganztagskonzepten ist z.B. tägliche sportliche Aktivität vorgesehen. Nach der Empfehlung der WHO sollte aber jedes Kind und jeder Jugendliche täglich mindestens eine Stunde körperlich aktiv sein (10).

Nachsorge

Die ambulanten Gesundheitsprogramme sehen sich immer wieder mit Zweifeln an einem langfristigen Erfolg ihrer Maßnahmen konfrontiert. Um diesem Zweifel entgegenzutreten, ist das Moby Dick-Netzwerk bestrebt, eine langfristige Evaluation mit allen Kindern und Jugendlichen an allen Standorten durchzuführen. Grundlage hierfür sind die Nachmessungen der Kinder nach Beendigung der Teilnahme an der Maßnahme, die nach einem, nach zwei und nach drei Jahren stattfinden sollte.

Die Durchführung dieser Messungen ist in der Realität schwierig, da viele der Familien nicht mehr zu den Nachsorgeterminen erscheinen und somit nicht festgestellt werden kann, ob die Kinder und Jugendlichen ihr Gewicht gehalten bzw. wieder unverhältnismäßig zugenommen haben. Gerade die Familien der Kinder und Jugendlichen, bei denen der Erfolg nicht angehalten hat, sind weniger ansprechbar für Nachsorge-

termine. Es wäre wünschenswert, die Kinder über das Programm hinaus, beispielsweise in einem Drei-Monats-Rhythmus, weiter zu betreuen.

Leider wird die Nachsorge aber nicht finanziert und geht somit zu Lasten der Gruppenleiter, die die Organisation, die Messungen sowie die Gespräche der Nachmessungen auf eigene Kosten durchführen müssen. Die Auswertung der Nachmessungen erfolgt mit Hilfe des APV-Registers (Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation) unter der Leitung von Herrn Prof. R. Holl der Universität Ulm, an deren Dokumentation alle Moby Dick-Netzwerkpartner verpflichtend teilnehmen.

Ausblick

Nach dem Leitungswechsel in diesem Jahr wurde zunächst das äußere Erscheinungsbild des Moby Dick-Netzwerks modernisiert, vor allem der Onlineauftritt wurde komplett überarbeitet. Im Herbst wurde die Aktualisierung des Moby Dick-Curriculums fertig gestellt, basierend auf den aktuellsten Qualitätsanforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Deutschen Adipositasgesellschaft, unter Einbindung einer Auswahl an Arbeitsmaterialien, die von der Konsensusgruppe Adipositaschulung im Kindes- und Jugendalter zusammengestellt wurden.

Im Moment legt die Moby Dick-Leitung ihr Hauptaugenmerk auf drei Bereiche: die Weiterentwicklung der Moby Dick-Programme, den Ausbau des Netzwerks und die interne Evaluierung aller Standorte und aller teilnehmenden Kinder und Jugendlichen.

Zusammen mit dem Institut für Präventive Pädiatrie der Technischen Universität München wird gerade ein einjähriges Programm speziell für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren entwickelt. Dieses soll sich im Ablauf und teilweise auch in der Methodik (z.B. Onlinebetreuung) vom bisherigen Kinderprogramm unterscheiden und noch mehr auf die Bedürfnisse der Jugendlichen eingehen.

Neben der wissenschaftlichen Begleitung des Programms durch das APV-Register wird derzeit eine Evaluierung zusammen mit der Technischen Universität München (Institut für Präventive Pädiatrie und Institut für Ernährungsmedizin) geplant. Diese soll verstärkt dabei helfen, den Erfolg der von Moby Dick angebotenen Gesundheitsprogramme zu messen und Schwachstellen zu identifizieren, um die Programme stetig verbessern zu können.

Interessenkonflikt

Die Verfasser versichern, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

1. Aberle J, Eilers A, Beil FU, Petersen C. Einfluss eines einjährigen Lifestyle Programms auf Parameter des metabolischen Syndroms bei Kindern und Jugendlichen. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2007; Abstract 32.
2. Ebeling C, Pawlak D, Ludwig D. Childhood Obesity, Public Health Crisis. *Common Sense Cure. Lancet* 2002; 360 (9331): 473–482.
3. Gierlich S. Ist Gesundheit ein individuelles Schicksal oder ein soziales Geschenk? Für das Übergewicht ist die Frage beantwortet. Je ärmer, desto dicker. *Hlz-Zeitschrift der GEW Hamburg* 2007; 12: 33.
4. Kinder Jugend und Gesundheits Survey (KIGGS). Robert Koch-Institut, Online 2006. www.kiggs.de
5. Petersen C. *Gesunde Kinder. Ein Motivationsbuch. Das Bewegungs- und Ernährungsprogramm für übergewichtige Kinder*, 1. Auflage. Kreuzlingen/München: Irsiana Heinrich Hugendubel 2007.
6. Petersen C, Hamm M. *Moby Dicks Spaß-Diät für Kinder. Spielend leicht in Form*, 3. Auflage. Berlin: Ullstein 2007.
7. Wabitsch M, Kiess W, Neef M, Reinehr T. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Wirth A, Hauner H. (Hrsg.). *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*, 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer 2013; 367–385.
8. Warschburger P. Adipositas. Konzeptuelle Beiträge der Psychologie. *Report Psychologie* 2013; 105–111.
9. Wille N. et al. The impact of overweight and obesity on health related quality of life in childhood – results from an intervention study. *BMG Public Health* 2008; 421.
10. World Health Organization. What can be done to fight the childhood obesity epidemic? Online 2014. http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/