

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fehlgewicht

Dieser Bericht ist ein Produkt der STGKK im Rahmen des Competence Center Integrierte Versorgung.

Impressum

Herausgeber & Druck:

Competence Center Integrierte Versorgung
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef-Pongratz-Platz 1
8010 Graz

Dezember 2017

Redaktion & Gestaltung:

Competence Center Integrierte Versorgung
Abteilung Verwaltung der eigenen Einrichtungen/Integrierte Versorgung (STGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Steiermärkischen
Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.stgkk.at -> Impressum

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nur in einer
Geschlechtsform angeführt und gelten gleichermaßen für Männer und Frauen.

Autorenteam/Mitwirkende

Birgit Grieß, Diätologin der STGKK
Jasmin Briesner, BSc., Diätologin der STGKK
Dr. med. univ. Florian Stigler, MPH
Prim. Dr. med. univ. Reinhold Pongratz
Mag. Heinrich Koch

Unser besonderer Dank gilt allen Personen, die als Interviewpartner und zur Beantwortung des Fragebogens zur Verfügung standen und somit wesentlich zur Entstehung dieses Berichts beigetragen haben.

Interviewpartner:

Priv.-Doz. Dr. med.univ. **Daniel Weghuber** – Leitender OA Beirat für Pädiatrie der Österreichischen Adipositas Gesellschaft, Projektleiter des Adipositastherapieprogramms „Inform individuell“

Dr.in med.univ. **Anna Maria Cavini** – OÄ an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Projektleiterin des Adipositaspräventionsprogramms „Down & Up“

Dr.in med.univ. Dipl. oec. troph. **Sabine Scholl-Bürgi** – Department für Kinder- und Jugendheilkunde, Bereich für angeborene Stoffwechselstörungen am Universitätsklinikum in Innsbruck

Dr.in med.univ. **Maria Fritsch** – Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie, Bereich Diabetologie am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendheilkunde des Allgemeinen Krankenhauses Wien

Ass.-Ärztin Priv.-Doz.in Dr.in med.univ. **Elke Fröhlich-Reiterer** – Leitung Ambulanz für Endokrinologie, Diabetes und Adoleszentenmedizin am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Hintergrund	6
1.2	Zielsetzung	7
1.3	Methodische Gestaltung	7
2	Grundlagen zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	9
2.1	Epidemiologische Daten	9
2.2	Definition und Diagnose	9
2.2.1	Anamnestiche Kriterien	11
2.3	Mögliche Ursachen von Übergewicht und Adipositas	11
2.4	Gesundheitliche Auswirkungen	12
2.5	Vulnerable Bevölkerungsgruppen	12
2.5.1	Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Gesellschaftsstrukturen	12
2.5.2	Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	13
3	Grundlagen zu Untergewicht im Kindes- und Jugendalter	14
3.1	Epidemiologische Daten	14
3.2	Definition und Diagnose	14
3.3	Mögliche Ursachen von Untergewicht	15
3.4	Gesundheitliche Auswirkungen	16
4	Nationale evidenzbasierte Leitlinien zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	17
4.1	<i>(Be-)Handlungspfad für Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsbene</i>	17
	der Medizinischen Universität Graz	17
4.1.1	Hintergrund zur Entwicklung des (Be-)handlungspfads	17
4.2	Lebensstilinterventionsstufen	17
4.3	Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas	19
4.3.1	Ernährungstherapie	19
4.3.2	Bewegung	20
4.3.3	Maßnahmen zur Verhaltensänderung	21
4.3.4	Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen	22
4.3.5	Bariatrische Chirurgie	23
4.4	Therapie durch ein interdisziplinäres Team	24
5	Beleuchtung der aktuellen Versorgungssituation übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Österreich	26

5.1	Ergebnisse zur Recherche der Therapieangebote	26
5.1.1	Krankenanstalten mit pädiatrischen Einrichtungen	26
5.1.2	Weitere Angebote und Programme	27
5.1.3	Ergänzungen der Recherche mittels Fragebogenerhebungen	28
5.2	Beurteilung der Betreuungsstrukturen	32
5.2.1	Qualitative und quantitative Qualitätskriterien	32
5.2.2	Ergebnisse der Beurteilung	32
5.3	Nationale Best Practice Modelle	33
5.3.1	In Form individuell - Salzburg	33
5.3.2	Down & Up - Kärnten	34
5.4	Internationale Best Practice Modelle	35
5.4.1	Moby Kids (Deutschland)	36
5.4.2	Obeldicks (Deutschland)	38
6	Ergänzungen und Qualitätssicherung mittels Experteninterviews	40
6.1	Methodische Vorgehensweise und Auswahl der Interviewpartner	40
6.2	Inhaltliche Details zum Interviewleitfaden	40
6.2.1	Darstellung der Ergebnisse aus den Befragungen	41
7	Umsetzungsvorschläge zur Optimierung der Versorgung	45
7.1	Gegenüberstellung: Soll- und Ist-Zustand	45
7.2	Darstellung der Bedarfssituation in Österreich	47
7.3	Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis	47
7.3.1	Die Qualität des Angebots an die Qualitätskriterien anpassen	47
7.4	Strukturmaßnahmen	48
7.5	Prozessanpassungen	49
7.5.1	Ergebnisqualität	49
7.6	Langfristige Einbettung präventiver Maßnahmen	50
8	Anhang	51
8.1	Fragebogen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas	51
9	Literaturverzeichnis	55

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Seit 1998 beauftragt das österreichische Bundesministerium für Gesundheit und Frauen das Department für Ernährungswissenschaften der Universität Wien im Rahmen eines Projektes mit der periodischen Durchführung einer landesweiten Verzehrsstudie. Die gesammelten Daten bilden die Basis des Österreichischen Ernährungsberichts, der alle 4 bis 5 Jahre veröffentlicht wird. Die aktuellsten Auswertungen von 2012 und 2017 zeigen ein alarmierendes Bild: So sind innerhalb Österreichs 41 Prozent¹ der erwachsenen Bevölkerung und 24 Prozent² der Kinder und Jugendlichen zwischen dem 7. und 14. Lebensjahr als übergewichtig oder adipös einzustufen. Häufig bleibt das erhöhte Körpergewicht über die Kindheit hinaus auch im Erwachsenenalter bestehen.³ Adipositas und vermutlich auch Übergewicht gehen mit einer gesteigerten Morbidität und Mortalität einher.⁴

Die WHO beschreibt Übergewicht und Adipositas im Kindesalter als „eine der schwierigsten Herausforderungen für das öffentliche Gesundheitswesen im 21. Jahrhundert“.⁵ Um dem steigenden Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder in Europa und den damit verbundenen negativen Gesundheitsfolgen Herr zu werden, wurde der „EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014–2020“ initiiert. Schätzungen zufolge können EU-weit bis zu 7 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssystem auf die Behandlung Adipositas-assoziiierter Erkrankungen zurückgeführt werden. Das Ziel des Aktionsplans besteht darin, gesundheitsförderliches Verhalten im Sinne einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger Bewegung in der Gesamtbevölkerung zu stärken.⁶

Zum aktuellen Zeitpunkt zeigt sich in Österreich eine äußerst uneinheitliche Versorgungsstruktur für die Therapie übergewichtiger und adipöser Patienten im Kindes- und Jugendalter (Details s. Kap. 5). Die einzelnen Angebote differenzieren in Bezug auf Betreuungsstandards und Finanzierung zum Teil sehr stark.⁷ Zudem machen internationale Daten deutlich, dass die wesentlichen Akteure - wie etwa Ärzte, Diätologen und Physiotherapeuten - in Bezug auf die psychosozialen Komponenten der Adipositas-therapie zu wenig vorbereitet sind.⁸

Im Vergleich zu Übergewicht und Adipositas nimmt Untergewicht einen deutlich niedrigeren gesundheitspolitischen Stellenwert ein. Gemäß den Daten aus dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012 werden insgesamt 2 Prozent der 7- bis 14-jährigen als untergewichtig und weitere 1,8 Prozent als deutlich untergewichtig eingestuft.⁹ Laut einer Studie des Imperial College London und der WHO wird es 2022 global betrachtet mehr Menschen im Alter von 5 bis 19 Jahren mit Über- als mit Untergewicht geben.¹⁰ Die Zahl untergewichtiger Kinder und Jugendlicher ist zwar innerhalb Österreichs im Sinken begriffen, die Thematik gewinnt aber in der Öffentlichkeit immer mehr an Bedeutung. Häufig kann das erniedrigte Körpergewicht neben manifester Essstörungen Begleiterscheinung

¹ Vgl. Rust, P., Hasenegger, V. et al. (2017)

² Vgl. Elmadfa, I. et al. (2012)

³ Vgl. Robinson, K. (2017)

⁴ Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

⁵ Vgl. WHO. (2017)

⁶ Vgl. Lehner, P. (2014)

⁷ Vgl. Staudinger, S. (2015)

⁸ Vgl. Dietz W.H., Baur L.A. et al. (2015)

⁹ Vgl. Elmadfa, I. et al. (2012)

¹⁰ Vgl. Brogan, C. (2017)

anderer Ursachen wie Gedeihstörungen und stoffwechselabhängiger Erkrankungen sein. Diese bedrohen die somatische und intellektuelle Entwicklung von Kindern erheblich. Deswegen ist eine genaue Diagnostik, umfassende Ursachenforschung und dementsprechende Therapie essentiell.¹¹

1.2 Zielsetzung

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat die Medizinische Universität Graz mit dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Versorgungsforschung (IAMEV) mit der Entwicklung des „(Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene“ beauftragt. Es konnten 23 Leitlinien identifiziert werden, deren evidenzbasierten Inhalte zu einem neuen Behandlungspfad für die Altersgruppe der 2- bis 18-jährigen zusammengefasst wurden. Dieser stellt mit seinen Empfehlungen zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter die Basis des vorliegenden Berichts dar.¹²

Wie im Kapitel „Hintergrund“ bereits kurz skizziert, gilt es, in Österreich bestehende Versorgungslücken im Adipositas-Management zu schließen und strukturierte Therapieangebote zu schaffen bzw. bestehende Ressourcen entsprechend auszuweiten.

Im Rahmen des Arbeitsprogrammes des CCIV wurde daher das Thema „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fehlgewicht“ bearbeitet. Die Versorgungssituation in Österreich wurde recherchiert, mit aktuellen Leitlinien und Behandlungspfaden verglichen und daraus resultierendes Optimierungspotenzial identifiziert. Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen (s. Kap. 7) dienen als Orientierungshilfe für die Umsetzung konkreter Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, die Therapie von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen in Österreich auf allen Ebenen im Sinne der Patientensicherheit langfristig zu gewährleisten.¹³ Als Zielgruppe werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren herangezogen.

1.3 Methodische Gestaltung

Ausgehend von den Ergebnissen dieses Berichts zur Versorgungssituation fehlgewichtiger Kinder und Jugendlicher in Österreich werden Handlungsempfehlungen für praktische Maßnahmen abgeleitet. Die Erhebungen der Informationen gliedern sich in folgende Handlungsbereiche:

Internet- sowie Telefonrecherche zur Beleuchtung der aktuellen Betreuungsstrukturen

Zur Identifikation der Therapieangebote innerhalb Österreichs wurden im ersten Schritt eine Internet- und Telefonrecherche durchgeführt. Sozialversicherungsträger und Krankenanstalten mit pädiatrischen Einrichtungen wurden im Rahmen eines persönlichen Telefongesprächs zu entsprechenden Angeboten befragt. Als wertvolle Grundlage für die Internetrecherche diente die Broschüre „Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche: Eine Auflistung und Kurzbeschreibungen der Betreuungsstrukturen“ mit Stand 2016, verfasst von Silvana Staudinger, MSc., unter der Leitung der Initiative SIPCAN, des Departments Medizinische Informatik und Technik der UMIT sowie der

¹¹ Nützenadel, W. (2011)

¹² Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

¹³ Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

Österreichischen Adipositasgesellschaft.¹⁴ Alle recherchierten Ergebnisse wurden tabellarisch zusammengeschlossen und werden im Kapitel 5 näher erläutert.

Fragebogenerhebung unter Einbeziehung ausgewählter Therapie-Anbieter im privaten sowie öffentlichen Bereich

Die zuvor identifizierten Angebote wurden hinsichtlich ihres qualitativen und quantitativen Umfangs mit den Leitlinien aus dem „(Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene“ der Medizinischen Universität Graz abgeglichen und auf wesentliche therapeutische Kriterien überprüft. Im Anschluss wurden 31 Angebote, die diese Kriterien erfüllt haben, ausgewählt und in die Fragebogenerhebung eingeschlossen. Die daraus resultierenden Daten werden im Kapitel 5.1.3 im Detail dargestellt.

Sicherung der recherchierten Datenlage mittels Experteninterviews

Die Ergebnisse aus der landesweiten Recherche und der Fragebogenauswertung wurden als wesentliche Grundlage für die Erstellung des entsprechenden Interviewleitfadens herangezogen. Zur Auswahl der Interviewpartner erfolgte zunächst eine Expertenanalyse, innerhalb derer die beruflichen Erfahrungen und Funktionen als Qualitätsmerkmale vordergründig berücksichtigt wurden. Sämtliche Interviewpartner stammen aus dem österreichischen Raum und üben eine Facharztfunktion für Pädiatrie aus. Eine Auflistung der Gesprächspartner und eine Zusammenfassung der Interviewergebnisse finden sich in Kapitel 6.

¹⁴ Vgl. Staudinger, S. (2016)

2 Grundlagen zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

2.1 Epidemiologische Daten

Die folgenden Zahlen zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stützen sich auf den Ergebnissen aus dem Österreichischen Ernährungsbericht des Jahres 2012. Im unlängst publizierten Ernährungsbericht von 2017 wurde der Fokus auf die adulte Bevölkerung zwischen dem 18. und 64. Lebensjahr gelegt, weshalb die Zielgruppe des hier vorliegenden Berichts in diesem nicht näher beleuchtet wurde.¹⁵

Den Daten des Ernährungsberichtes 2012 nach wurden 72 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 7 und 14 Jahren als normalgewichtig eingestuft. Bei 16,7 Prozent zeigte sich ein erhöhtes Körpergewicht und weitere 7,3 Prozent wurden als adipös beschrieben. Die Prävalenz des Übergewichts ist im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2008 und wie auch bereits im Zeitraum davor, innerhalb Österreichs angestiegen.

Werden die Daten nach Geschlecht aufgeschlüsselt, so lassen sich leichte Unterschiede in der Prävalenz zum Nachteil der männlichen Bevölkerung erkennen. Demnach haben Buben mit 17,1 Prozent im Bereich Übergewicht und 9 Prozent im Bereich der Adipositas durchschnittlich betrachtet ein gesteigertes Risiko für ein erhöhtes Körpergewicht.

Im Altersvergleich innerhalb der beiden Geschlechter wird deutlich, dass es bei Mädchen zwischen dem 7. bis 9. sowie dem 13. bis 14. Lebensjahr zu einem signifikanten Anstieg von Übergewicht und Adipositas kommt. Bei den Buben ist der prozentuelle Anteil der Betroffenen in der höheren Altersgruppe zwar rückläufig, jedoch steigt die Rate adipöser Kinder signifikant an.¹⁶

Die NCD Risk Factor Collaboration beleuchtete den weltweiten Trend in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen 1975 und 2016 bei 5- bis 19-jährigen. Demnach wiesen im Jahr 2016 23,6 Prozent der Mädchen und 29,6 Prozent der Buben in Österreich Übergewicht auf; jeweils 6,1 und 11,3 Prozent konnten als adipös klassifiziert werden.¹⁷

Zu aktuellen Ergebnissen aus Österreich gelangten die Erhebungen im Rahmen der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) im Zeitraum Oktober 2016 bis Februar 2017, die 2510 Kinder im Volksschulalter einschlossen: So lag die Rate von übergewichtigen und adipösen Mädchen im Alter von 8 Jahren bei 24,2 Prozent, im Fall der gleichaltrigen Buben bei 29,2 Prozent. Die erwähnten Zahlen beziehen sich auf die WHO Kriterien für den BMI. Darüber hinaus konnte in den Untersuchungen festgestellt werden, dass mit steigendem Alter ein Trend zu Übergewicht und Adipositas erkennbar ist.¹⁸ Diese Tatsache erklärt vermutlich auch die unterschiedlichen Resultate der beiden genannten Untersuchungen.

2.2 Definition und Diagnose

Grundsätzlich wird empfohlen, die Diagnose von Übergewicht und Adipositas auf Basis des Body-Mass-Index (BMI) zu stellen. Dieser setzt das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße. Der BMI ist somit definiert als Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern:

¹⁵ Vgl. Rust, P., Hasenegger, V. et al. (2017)

¹⁶ Vgl. Elmadfa, I. et al. (2012)

¹⁷ Vgl. Abarca-Gómez, L., A Abdeen, Z. et al. (2017)

¹⁸ Vgl. Arrouas, M., Weber, A. et al. (2017)

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{(\text{Körpergröße in Meter})^{2,19}}$$

Allerdings machen die stetigen physiologischen Veränderungen und Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter die Anwendung starrer Grenzwerte für den BMI obsolet.²⁰

Zur Beurteilung des Körpergewichts in diesen Lebensphasen werden aus diesem Grund üblicherweise die auf internationaler Ebene gültigen Wachstumsstandards „growth charts 2006/2007“ der WHO herangezogen. Zum Zweck einer weltweit repräsentativen Erhebung wurden anthropometrische Daten von Kindern und Jugendliche in der Altersgruppe von 5 bis 19 Jahren in 6 Ländern erhoben.²¹

Bei den erwähnten Wachstumsstandards handelt es sich um geschlechts- sowie altersspezifische Perzentilenkurven, mittels derer eine individuelle, exakte Einschätzung des BMI auf medizinischer Basis erfolgen kann. Hierbei wird der jeweils berechnete BMI in Bezug auf den Durchschnittswert weiterer Kinder desselben Alters und Geschlechts angegeben und verglichen.²²

Für Kinder und Jugendliche mit einem Lebensalter von 6 bis 18 Jahren ergeben sich die folgenden Parameter zur Diagnose eines erhöhten Körpergewichts:

Beurteilung des BMI von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-18 Jahren:

Übergewicht: > 85. bis < 97. Perzentile
 Adipositas: ≥ 97. Perzentile²³

Beim Erwachsenen spricht man ab einem BMI von 40 von morbidem Adipositas („extremer Adipositas“).²⁴ Im Kindes- und Jugendalter würde dies einem Wert über der 99.5 Perzentile entsprechen.²⁵

Im Rahmen einer extremen Adipositas, die sich bereits in frühen Lebensjahren manifestiert, gestaltet sich der Einbezug der statistischen Kenngröße SDSLMS (Standard Deviation Scores) als zielführend. Mithilfe der SDSLMS wird es möglich, einen individuellen BMI Wert noch exakter in die Referenzgruppe einzuordnen. Die Ermittlung dieser Kenngröße vereinfacht die Beurteilung von BMI-Veränderungen während der Therapie.

Zur Kalkulation der SDS nach der LMS-Methode findet folgende mathematische Formel Anwendung:

$$\text{„SDS}_{\text{LMS}} = \frac{([\text{BMI}/\text{M}(t)]\text{L}(t)-1)}{\text{L}(t)\text{S}(t)}\text{“}$$

In dieser Formel entspricht der BMI dem tatsächlichen Wert des Kindes bzw. Jugendlichen. Die Größen M(t), L(t) und S(t) beziehen sich auf Alter und Geschlecht.²⁶

¹⁹ Vgl. Hauner, H., Buchholz, G. et al. (2007)

²⁰ Vgl. Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2015)

²¹ Vgl. WHO. (2007)

²² Vgl. Ziegler, E.E., Nelson, S.E. (2007)

²³ Vgl. Siebenhofer-Kroitzsch, A., Abuzahra, M. et al. (2016)

²⁴ Vgl. WHO. (2000)

²⁵ Vgl. Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2015)

²⁶ Vgl. Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. et al. (2001)

2.2.1 Anamnestische Kriterien

Im Rahmen des (Be-)Handlungspfads Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene wird auf die Sinnhaftigkeit einer weiterführenden, umfassenden Anamnese als Ergänzung zur Diagnose hingewiesen.

Wesentlich ist dabei die Einbezug der Erziehungsberechtigten bzw. des engen sozialen Umfeldes der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Im Zuge der Anamnese sollten folgende Parameter Beachtung finden:

- Potenzielle zugrundeliegende Ursachen für Übergewicht bzw. Adipositas
- Medikamentöse Behandlungsformen
- Begleiterkrankungen bzw. Komorbiditäten
- Wachstums- und Pubertätsstatus
- Lebensstil (Ernährungs- und Bewegungsverhalten)
- Relevante Umfeld-Faktoren, die Einfluss auf das Körpergewicht oder die Behandlung nehmen können
- Psychologische Stressoren
- Einstellung der Familie (Erziehungsberechtigte) hinsichtlich des erhöhten Körpergewichts des Betroffenen
- Einstellung und Wissen der Familie (Erziehungsberechtigte) zu Ernährung, Bewegung und einem aktivem Lebensstil
- Etwaige Versuche der Gewichtsreduktion in der Vergangenheit und die Erfahrung(en) daraus
- Bereitschaft und Motivation zur Änderung der Lebensgewohnheiten bezogen auf den Betroffenen mitsamt seinem sozialen Umfeld)

Darüber hinaus sollten bei adipösen Kindern assoziierte Begleiterkrankungen wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie und psychosoziale Dysfunktionen etc. erhoben werden. Zu diesem Zweck sind folgende Parameter und Laborwerte zu bestimmen:

- Blutdruck
- Lipidstatus
- Nüchtern-Insulin bzw. -Blutzucker
- Blutzuckerwerte im Rahmen eines oralen Glucosetoleranztests (oGTT)
- Leberwerte
- Hormonstatus

Zur Bestimmung des Risikos für Begleiterkrankungen sollte ergänzend eine Familienanamnese bezüglich Adipositas, Diabetes und kardiovaskulären Ereignissen durchgeführt werden.²⁷

2.3 Mögliche Ursachen von Übergewicht und Adipositas

Sehr vereinfacht resultiert Übergewicht aus einem dauerhaften Ungleichgewicht von Energiezufuhr und Energieverbrauch. Die Faktoren, die dieser positiven Energiebilanz zu Grunde liegen, sind jedoch vielseitig und komplex. Übergewicht und Adipositas sind multifaktorielle Erscheinungen, deren Entwicklung von komplexen Interaktionen zwischen biologischen oder genetischen Einflüssen und Umwelteinflüssen wie zu wenig Bewegung und einer zu kalorienreichen Ernährung abhängt. Dies wird begünstigt durch einen passiven

²⁷ Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

Lebensstil mit zunehmend sitzender Freizeitgestaltung unter Einsatz verschiedenster elektronischer Medien und eine wachsende Verfügbarkeit von Lebensmitteln und Mahlzeiten mit hoher Energie- bei gleichzeitig geringer Nährstoffdichte. Erschwerend hinzu kommt die aggressive Bewerbung ungünstiger Produkte durch die Nahrungsmittelindustrie.²⁸ Metabolische Faktoren in der Pränatalphase und im frühen Säuglingsalter (z.B. unzureichend therapierter Gestationsdiabetes mellitus innerhalb der Schwangerschaft, Stillen als protektiver Faktor) scheinen ebenfalls einen Effekt zu haben.²⁹

2.4 Gesundheitliche Auswirkungen

Als direkte medizinische Folgen können erhöhte kardiovaskuläre Risikofaktoren, aber auch orthopädische Probleme angesehen werden. Dazu können sich psychosoziale Schwierigkeiten gesellen, die sich beispielsweise in Form von niedrigem Selbstwertgefühl und Depressionen, aber auch Essstörungen manifestieren können. Mit Übergewicht bzw. Adipositas geht häufig auch eine geringere körperliche Fitness einher. Adipositas, die sich bereits im Kindesalter manifestiert, wird sich im Erwachsenenalter wahrscheinlich in einer stärkeren Ausprägung zeigen. In diesem Fall sind Morbidität und Mortalität höher, als wenn es erst im Erwachsenenalter zu einer Manifestation derselben kommt.³⁰ Die Folgen des Übergewichts bzw. der Adipositas im frühen Lebensalter können demnach noch drastischere Auswirkungen auf die Gesundheit aufweisen.

2.5 Vulnerable Bevölkerungsgruppen

Die Familie, bzw. auch das nahe soziale Umfeld, sind mit all ihren soziokulturellen Merkmalen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas äußerst bedeutsam. Es gilt als unbestritten, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen vermehrt unter einem zu hohen Körpergewicht leiden.

Ein wesentliches Kriterium des kindlichen Übergewichts bzw. der kindlichen Adipositas scheint die gemeinsame Zeit im Familienverband zu sein. So konnten die ungünstigen Auswirkungen festgestellt werden, die eine frühe Außer-Haus-Verpflegung von Kindern auf das individuelle Essverhalten nach sich zieht. Besteht beispielsweise keine gemeinsame Mahlzeit innerhalb der Familie, sind Kinder und Jugendliche besonders gefährdet.

Das allgemeine Erziehungsklima wie auch die Tatsache, ob Nahrungsmittel zur Belohnung und/oder Bestrafung eingesetzt werden, spielt ebenfalls eine Rolle. Für Kinder, deren Eltern bereits ein erhöhtes Körpergewicht besitzen, ist das Adipositasrisiko – sei es aufgrund von genetischen Einflussfaktoren oder der Übernahme eines ungesunden Lebensstils hervorgerufen - besonders hoch. Demnach weisen zahlreiche Studienergebnisse darauf hin, dass sowohl Übergewicht als auch Adipositas in Familien aus benachteiligten Strukturen, in schwierigen Lebenslagen oder mit Migrationshintergrund signifikant häufiger anzutreffen sind.³¹

2.5.1 Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Gesellschaftsstrukturen

In der groß angelegten „KIGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ wurde deutlich, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus

²⁸ Vgl. Kliche, T., Koch, U. (2007)

²⁹ Vgl. Goldapp C., Mann, R. (2005)

³⁰ Vgl. Siebenhofer-Kroitzsch, A., Abuzahra, M. et al. (2016)

³¹ Vgl. Klimont, J., Baldaszi, E. et al. (2016); Fröschl, B., Haas, S. et al. (2009)

häufiger von Adipositas betroffen sind als ihre Altersgenossen aus sozioökonomisch höher gestellten Familien. Die Studie wurde in den Jahren 2003 bis 2006 als Kinder- und Jugendgesundheitsurvey durchgeführt und wird seit 2009 als Bestandteil des Gesundheitsmonitoring am Robert-Koch-Institut fortgesetzt. Erhebungen zeigten, dass die Prävalenz für Adipositas in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen fast drei Mal so hoch war.³²

Diesem Aspekt sollte sowohl bei der Prävention als auch bei der Adaption bzw. Neuschaffung von niederschweligen Therapieangeboten Rechnung getragen werden, da es eventuell Hemmnisse geben könnte, eine Maßnahme in Anspruch zu nehmen, die nicht ausschließlich finanzieller Natur sein müssen.

2.5.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Untersuchungen deuten darauf hin, dass ein Muster in der Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nach Herkunftskulturkreis vorliegt – Kinder aus Familien aus südeuropäischen Kulturkreisen sind demnach häufiger übergewichtig. Prävention aber auch die Therapie von Übergewicht und Adipositas zielen immer auf Lebensstiländerungen in den Familien ab. Deswegen wäre es besonders bei Familien mit Migrationshintergrund wichtig, dass auch die Familiensoziologie miteinbezogen wird. Für österreichische Familien bewährte Vorgehensweisen, wie z.B. die Einbeziehung der Mütter, können unter Umständen nicht einfach auf andere Kulturverhältnisse übertragen werden. Das zeigt beispielsweise die Struktur in türkischen Familien: Hier teilen sich Vater und Mutter die Erziehung der Kinder in der Regel nach Geschlecht auf. Somit ist die Frau primär für die Tochter, der Vater vordergründig für den Sohn zuständig. Während die Tochter jedoch auch dem Vater gehorchen muss und von ihm diszipliniert werden kann, kann sich der Sohn den Aufforderungen der Mutter widersetzen. Eine optimale Therapie kann nur dann in sinnvoller Weise erfolgen, wenn eine Integration der jeweilig vorherrschenden kulturellen Einflüsse stattfindet.³³

³² Kurth, B.-M. (2007).

³³ Vgl. Winkler, G., Erb, J. (2008)

3 Grundlagen zu Untergewicht im Kindes- und Jugendalter

3.1 Epidemiologische Daten

Zur Darstellung des landesweiten Anteils untergewichtiger Kinder und Jugendlicher werden die Ergebnisse aus dem in periodischen Abständen publizierten Österreichischen Ernährungsbericht herangezogen. Die Prävalenz eines zu niedrigen Körpergewichts in dieser Altersgruppe befindet sich auf einem konstant niedrigen Niveau, jedoch sollten aufgrund der möglichen immensen Gesundheitsfolgen konkrete Betreuungsmaßnahmen angestrebt werden.

Es liegen zahlreiche Schulungsprogramme und Kampagnen für Kinder und Jugendliche, die an Übergewicht bzw. Adipositas leiden, vor, wohingegen Untergewicht in dieser Altersgruppe in der Öffentlichkeit kaum als medizinisch relevantes Thema behandelt wird.³⁴ In diesen sensiblen, für die körperliche und geistige Entwicklung wichtigen Lebensphasen kann Untergewicht jedoch ein immenses Gesundheitsrisiko darstellen. Die negativen Auswirkungen können deutlich höher sein als im Erwachsenenalter.

Gemäß den Daten aus dem Ernährungsbericht von 2012 wurden 3,8 Prozent der Buben und Mädchen im Alter von 7 bis 14 Jahren als untergewichtig eingestuft. 1,8 Prozent davon wurden als „ausgeprägtes Untergewicht“, definiert mit einem Gewicht unter der 3. Perzentile, klassifiziert. Generell ist Untergewicht bei den weiblichen Kindern und Jugendlichen mit 5 Prozent häufiger anzutreffen.

Gegenüber den Zahlen aus der „Österreichischen Studie zum Ernährungsstatus 2008“ ist es zu einer Verminderung der Prävalenz bekommen. Im Speziellen war das Auftreten von ausgeprägtem Untergewicht zu diesem Zeitpunkt von 5 auf mittlerweile 3,8 Prozent signifikant gesunken.³⁵ Im Ernährungsbericht 2000 wird die Prävalenz von Untergewicht mit 8 Prozent deutlich höher angegeben. Bei dieser Untersuchung wurde 6- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche miteingeschlossen.³⁶ Daraus könnte geschlossen werden, dass die Zahl der Betroffenen im höheren Alter ansteigt.

3.2 Definition und Diagnose

Zur Ermittlung des Körpergewichts wird, wie bereits im Kapitel 2.2 detailliert beschrieben, auf internationaler Ebene der BMI (Body-Mass-Index) empfohlen.

Der Einsatz des BMI erfordert wegen des Gestaltenwandels in der Kindheit eine altersgemäße sowie geschlechtsspezifische Normierung, die sich aus den Perzentilen (WHO „growth charts“ 2006/2007³⁷) für den BMI der verschiedenen Altersstufen ableiten lässt. Diese Kurven sollten von Geburt an über die folgenden Entwicklungsjahre seitens des Kinderarztes geführt werden.

Mittels der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen können die individuellen BMI-Werte eingeschätzt und beurteilt werden.³⁸ Als Richtwert für das anzustrebende Zielgewicht wird in der Regel die 25. Altersperzentile, nach Möglichkeit mindestens die 10. Altersperzentile genannt. Als Kriterium für Untergewicht wird ein Unterschreiten der 10. BMI-Perzentile bezeichnet. Als extremes Untergewicht sowie als Indikation für eine

³⁷ Vgl. WHO. (2007)

stationäre Behandlung ist das Unterschreiten der 3. BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen definiert.

Für Kinder und Jugendliche ergeben sich die folgenden Parameter zur Diagnose eines verminderten Körpergewichts:

Beurteilungskriterien

Ein unzulässiges Verhältnis von Körperlänge zu Gewicht mit einem Längen-Sollgewicht < 70-79 Prozent

Body-Mass-Index (BMI) < 3. Perzentile
Ein Gewicht < 3. Perzentile

Ein fehlender Zuwachs an Körperlänge und/oder Gewicht mit Abweichungen der Perzentile um > 2 Hauptperzentilen.

3.3 Mögliche Ursachen von Untergewicht

Untergewicht kann durch multifaktorielle Ursachen bedingt sein und ist je nach Betroffenen auch unterschiedlich medizinisch relevant. Zwar geht Untergewicht in vielen Fällen auch mit einer qualitativen Mangelernährung einher, aber dies muss nicht immer zutreffend sein: So können einige Menschen mit Veranlagung zu medizinisch definiertem Untergewicht durchaus ausreichend ernährt und damit auch optimal versorgt sein.

Unbestritten ist Untergewicht jedoch ein grundsätzlicher Risikofaktor für Malnutrition. Gerade im Kindesalter kann das schwerwiegende Gedeihstörungen nach sich ziehen und bedarf daher entsprechender Interventionsmaßnahmen – nämlich der Diagnose und der Therapie der Grunderkrankung sowie der Wahl einer Ernährungstherapie, die der Pathogenese entspricht.³⁹

Weltweit zählt die in zahlreichen Nationen herrschende Nahrungsmittelknappheit zu den wichtigsten Ursachen für Untergewicht. Aufgrund der Unterversorgung mit (Haupt-) Nährstoffen kommt es bei Betroffenen zu einem Abbau von Körperfett und auch von Muskelmasse, was schließlich zum medizinischen Untergewicht führt.

Dieser Ursache kommt in Österreich jedoch erwartungsgemäß eine äußerst geringe Bedeutung zu. Weitere mögliche Gründe für das Bestehen bzw. die Manifestation von Untergewicht werden in der nachfolgenden Zusammenfassung dargestellt.

Körperliche Erkrankungen

Dazu zählen beispielsweise chronische Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes wie Morbus Crohn oder Zöliakie.

Funktionsstörungen des Körperstoffwechsels

Dazu zählt beispielsweise die Hyperthyreose. Diese liegt vor, wenn es durch die Schilddrüse zu einer vermehrten Hormonbildung kommt. Die Schilddrüsenhormone bewirken eine Steigerung des Gesamtstoffwechsels und fördern aus diesem Grund auch das Wachstum und die Entwicklung.

³⁹ Vgl. Nützenadel, W. (2011)

Unverträglichkeiten, die in speziellen Fällen die Entstehung von Untergewicht fördern können

Hierzu gehören beispielsweise Histamin-, Laktose- und Fruktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und andere Nahrungsmittelintoleranzen.

Psychische Erkrankungen

Psychosoziale Beeinträchtigungen wie etwa Essstörungen können zu einem unterschiedlich stark ausgeprägten Untergewicht, in Kombination mit Malnutrition beitragen. Die medizinische Bandbreite der möglichen Ursachen ist äußerst vielfältig. Sie reicht von frühkindlichen Fütterungsstörungen (z.B. im Rahmen von Interaktionsschwierigkeiten zwischen Mutter und Kind; bei frühgeborene Säuglingen, die über einen längeren Zeitraum via Sonde ernährt wurden) bis hin zu Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa). Diese wiederum können multifaktoriell begründet sein.

Aber auch durch medizinisch auffälliges Essverhalten, wie etwa innerhalb einer Orthorexia nervosa, die nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer ICD-10 Klassifikation gilt, kann es zu einer Senkung des Körpergewichts unter den Normbereich kommen.

3.4 Gesundheitliche Auswirkungen

Geht Untergewicht mit einer qualitativen Unterernährung einher, so kann es in seinem Verlauf zu verschiedenen Folgeerscheinungen und Komplikationen kommen. Zu den negativen gesundheitlichen Auswirkungen gehören beispielsweise eine Mangelversorgung mit Mineralstoffen und Vitaminen. Diese könne in vielfältiger Form auf Stoffwechsel und Hormonhaushalt Einfluss nehmen, wodurch es bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen kommen kann.

Anhaltendes und ausgeprägtes Untergewicht kann ein herabgesetztes Immunsystem mit dem Resultat einer höheren Infektanfälligkeit nach sich ziehen und bedingen mitunter eine reduzierte Lebenserwartung. Außerdem kann sich das körperliche Wachstum verlangsamen. Zu den möglichen Komplikationen zählen somit eine chronische Immunschwäche und Missbildungen. Aufgrund der teilweise sehr hohen Komorbidität muss andauerndes Untergewicht in jedem Fall von einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde abgeklärt werden. Stellt sich das Untergewicht bei einem Betroffenen als behandlungsbedürftig heraus, so ist die Basis für eine gezielte Therapie in der Regel eine ausführliche Diagnostik der Ursachen des Untergewichts. Ziel einer medizinischen Behandlung ist es im weiteren Schritt, vorliegende Ursachen zu erkennen und zu bekämpfen. Liegen einem Untergewicht beispielsweise Erkrankungen oder Funktionsstörungen zugrunde, gehört die Therapie dieser zu den vordergründigen Behandlungszielen.

4 Nationale evidenzbasierte Leitlinien zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

4.1 (Be-)Handlungspfad für Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene der Medizinischen Universität Graz

Die evidenzbasierten Leitlinien für eine idealtypische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht bzw. Adipositas aus dem (Be-)Handlungspfad des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz dienen, wie bereits einleitend erwähnt, als wesentliche Grundlage des hier vorliegenden Berichts.

Im Vorfeld wurde durch das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Versorgungsforschung eine Recherche zu aktuellen (Be-)Handlungspfaden bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter unternommen. Aus dieser Recherche resultierten in Summe 23 internationale Leitlinien, deren wesentlichen Aspekte zu einer Synopse zusammengefasst wurden.⁴⁰ In diesem Kapitel erfolgt daher eine detailgetreue Abbildung durch Zitierung dieser Synopse.

4.1.1 Hintergrund zur Entwicklung des (Be-)handlungspfads

2016 wurden von der Medizinischen Universität Graz beauftragt durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die „(Be-)Handlungspfade für Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene“ entwickelt. Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung führte eine systematische Recherche nach themenrelevanten, evidenzbasierten Leitlinien durch. Diese ergab 2099 Treffer, aus denen letztlich 38 Publikationen mit 23 internationalen Leitlinien zu Übergewicht bzw. Adipositas als relevant eingeschlossen wurden. Daraus wurden schlussendlich 671 relevante Empfehlungen - davon 357 mit hohem Evidenzgrad - extrahiert. Basierend auf den Kernaussagen dieser Leitlinien konnten standardisierte Behandlungspfade für Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen entwickelt werden. Diese stellen die wesentliche Grundlage der folgenden Zusammenfassung der Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas dar.

4.2 Lebensstilinterventionsstufen

Die (Be-)Handlungspfade der Medizinischen Universität Graz sehen 4 Lebensstilinterventionsstufen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter vor. Allen Maßnahmen gemein ist die Wichtigkeit einer starken Einbeziehung des engen sozialen Umfelds, insbesondere der Erziehungsberechtigten.

Die Maßnahmen bestehen, ähnlich wie bei der Therapie Erwachsener auch, primär aus Lebensstilinterventionen betreffend Ernährung, Bewegung und Verhalten. Der Umfang und die Intensität der Therapie sind individuell und richten sich nach dem Alter des Kindes und dem Vorliegen von Begleiterkrankungen. Als Mindeststandard sollte diese jedoch eine Dauer von 6 Monaten aufweisen. Das Ziel bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren mit Übergewicht besteht in einer Stabilisation des Gewichts, bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren mit Adipositas in einer Gewichtsreduktion von einem halben bis

⁴⁰ Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

einem Kilogramm pro Woche. Bei Nichterreichen des Therapiezieles nach 6 Monaten wird eine Re-Evaluierung und Optimierung der Therapie empfohlen.

Die Lebensstilinterventionsstufen im „(Be-)Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene“ sehen folgende Therapieschritte vor:

Stufe 1

Prävention einer übermäßigen Gewichtszunahme.

Dies betrifft die Zielgruppe der übergewichtigen Kinder von 2 bis 18 Jahren:

- Ernährung mit altersentsprechender ausgeglichener Energiebilanz
- Anraten einer gesteigerten Aktivität

Stufe 2

Stabilisierung des Gewichts zur Prävention einer Gewichtszunahme.

Dies betrifft übergewichtige Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 18 Jahren nach erfolgloser Umsetzung von Stufe 1 bzw. adipöse Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren:

- Ernährung mit altersentsprechender ausgeglichener Energiebilanz inkl. Beratung und Follow up durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe)
- Empfehlung einer gesteigerten, moderaten bis intensiven körperlichen Aktivität
- Einschränkung der Zeiten mit sitzender Tätigkeit (Fernsehen, Computerspielen etc.)

Stufe 3

Reduktion des Gewichtes mit Hilfe eines medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans.

Dies betrifft adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren ohne Begleiterkrankungen:

- Maßnahmen zur familiären Verhaltensänderung
- Ernährung mit negativer Energiebilanz inkl. Beratung und Follow-up durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe)
- Verordnung einer gesteigerten moderaten bis intensiven körperlichen Aktivität
- Reduktion der Zeiten mit sitzender Tätigkeit

Stufe 4

Reduktion des Gewichts mit Hilfe eines umfassenden multifaktoriellen Programms.

Dies betrifft adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren mit Begleiterkrankungen bzw. adipöse Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren ohne Begleiterkrankungen nach erfolgloser Umsetzung von Stufe 3.

Die Therapie findet im Rahmen von Gewichtsreduktionsprogrammen statt, die die Familien miteinbeziehen und aus folgenden Komponenten bestehen:

- Ausgewogene Ernährung und gesunde Ernährungsweise
- Vermehrte körperliche Aktivität
- Reduktion der bewegungsarmen Zeit
- Verhaltensänderungsstrategien für Kinder und Jugendliche und ihre Familien

Die Entwicklung und Umsetzung der Gewichtsreduktionsprogramme erfolgt durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Qualifizierte Ernährungsfachkraft (z.B. Diätologe)
- Qualifizierte Fachkraft für Bewegungs- und/oder Sporttherapie (z.B. Physiotherapeut)

- Vertreter von Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. Psychotherapeut, Psychologe, Kinder und Jugendpsychiater)
- Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder Kinder-Pflegefachkraft

Ein regelmäßiger Kontakt mit Programmteilnehmern sollte aufrechterhalten werden

- Das Monitoring soll auf langfristige Erfolge abzielen. BMI-Messungen sollten erfolgen:
 - Zu Programmbeginn
 - Zu Programmende
 - 12 Monate nach Programmende
 - Im Rahmen von Routine-Ordinationsbesuchen

Für den Zeitraum von mindestens einem Jahr nach dem Abschluss des Programms sollen Follow-Up Sessions, die einfach erreichbar sind, angeboten werden.

Maßnahmen zur Förderung der Akzeptanz und Annahme von Gewichtsreduktionsprogrammen:

- Zur Verbesserung der Compliance, sollen Programme sowohl als Gruppen-, als auch als Einzelprogramme, abhängig von den Wünschen der Familien angeboten werden.
- Es sollen unterschiedliche Programme, angepasst an das Alter und den Entwicklungsgrad der Kinder und Jugendlichen angeboten werden.
- Die Programme sollen an Orten stattfinden, die leicht erreichbar sind und eine angenehme Atmosphäre sowie die nötigen Gerätschaften bieten.
- Die Programme sollen zu Zeiten angeboten werden, die auch für berufstätige Eltern annehmbar sind

Wenn nach 6 Monaten keine Verbesserung des Gewichtsstatus (BMI Perzentile) erreicht wurde, soll ein Wechsel des Gewichtsreduktionsprogramms in Betracht gezogen werden. Wenn nach Beendigung des Programms die BMI-Perzentile wieder ansteigt oder die Eltern Bedenken bzgl. des Gewichts bzw. der Beibehaltung des neuen Lebensstils äußern, soll eine neuerliche Überweisung zum gleichen Programm oder zu einem anderen Programm, das den Bedürfnissen der Familie besser gerecht wird, erfolgen.

4.3 Therapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas

4.3.1 Ernährungstherapie

Vor Beginn der Ernährungsumstellung sollten folgende Punkte erhoben werden:

- Essverhalten
- Lebensmittelpräferenzen
- Zusammensetzung und Energiegehalt der aktuellen Ernährungsweise
- Vorliegen von Nahrungsmittelallergien
- Körperliche Aktivität

Die Ernährungsumstellung sollte

- dem Alter des Kindes angepasst werden.
- im Allgemeinen den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung entsprechen.
- finanzierbar sein und kulturelle Unterschiede berücksichtigen.

Ernährungsempfehlungen:

- Eine Verringerung der Portionsgrößen, der Menge an energiereichen Nahrungsmitteln sowie zuckerhaltigen Getränken
- Eine vermehrte Aufnahme von Ballaststoffen.
- Tägliche Eingliederung eines Frühstücks mit Lebensmitteln hoher Nährstoffdichte

Restriktive Diäten und einseitige Ernährungsformen sollen dabei vermieden werden.

Ab der 2. Lebensstilinterventionsstufe sollte die Ernährungsberatung durch qualifiziertes Fachpersonal (z.B. Diätologen) erfolgen.

4.3.2 **Bewegung**

Die Erhöhung der körperlichen Aktivitäten stellt bei übergewichtigen und adipösen Menschen unabhängig von der Altersgruppe eine bedeutsame Therapiesäule dar. Aufgrund von Bewegungsreizen verbraucht der menschliche Körper vermehrt Energie, wodurch eine Gewichtsreduktion erleichtert wird. Aber auch in Ruhe verbrennt der menschliche Körper mehr Energie, wenn er einen höheren Anteil an Muskelmasse aufweist. Darüber hinaus reduzieren sich durch regelmäßige körperliche Belastungen die Risiken für Diabetes mellitus Typ 2 und kardiovaskuläre Erkrankungen. Die (Be-)Handlungspfade der Medizinischen Universität Graz fassen folgende Empfehlungen zur Bewegungstherapie zusammen:

Kinder und Jugendliche sollen generell dazu ermutigt und motiviert werden, körperlich aktiver zu sein – auch, wenn dadurch keine erfolgreiche Gewichtsreduktion erreicht werden kann.

Pro Tag wird mindestens eine Stunde körperliche Belastung empfohlen. Diese kann in Form von aktivem Spielen, Alltagsaktivitäten (z.B. Treppen steigen, Radfahren etc.) oder strukturierte Bewegung (Schwimmen, Fußball, Tanzen...) mit moderater bis intensiver Belastung erfolgen. Diese sollte entweder innerhalb einer Einheit stattfinden oder auf mehrere, über den Tag verteilten Einheiten mit mindestens 10 Minuten Dauer aufgeteilt werden. Der Fokus soll dabei auf einfach durchzuführenden Aktivitäten liegen, die den betroffenen Kindern und Jugendlichen Freude bereiten. Bei der Auswahl der Aktivitäten sollte auf eine Einbeziehung der Kinder geachtet werden. Dabei sollte auf individuelle Fähigkeiten und Vorlieben Rücksicht genommen werden.

Das Training sollte mit der Zeit gesteigert werden. In diesem Zusammenhang sollte jedoch vordergründig nicht die Intensität, sondern die Dauer der Einheiten gesteigert werden.

Zudem sollten auch Aktivitäten empfohlen werden, die Muskeln und Knochen stärken. Die Ausübung dieser Bewegungsformen sollte jedoch nur von qualifizierten Fachkräften in Bewegungs- bzw. Sporttherapie (z.B. Physiotherapeuten) vorgeschrieben und überwacht werden.

Damit sich ein klinischer Nutzen für den Betroffenen einstellt, muss die gesteigerte körperliche Aktivität über einen ausreichend langen Zeitraum erfolgen.

Bei adipösen Kindern und Jugendlichen sollen vor Beginn eines Bewegungsprogrammes folgende Untersuchungen erfolgen:

- Kardiovaskuläre, respiratorische und orthopädische Untersuchung
- Anamnese zur etwaiger Medikamenteneinnahme
- Messung der Ausdauerleistungsfähigkeit
- Messung der Muskelkraft
- Feststellung von möglichen internen und externen Hürden in Bezug auf körperliche Aktivität

Vor und während der sportlichen Einheiten eines Bewegungsprogrammes soll bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas eine Überwachung der Vitalparameter erfolgen.

4.3.3 Maßnahmen zur Verhaltensänderung

Eine Lebensstilmodifikation im Sinne einer Verhaltensänderung stellt neben ausgewogener Ernährung und regelmäßiger Bewegung die dritte wesentliche Säule in der Therapie von Übergewicht und Adipositas dar. Auch bei psychosozialen Interventionen ist es von enormer Bedeutung, das nahe soziale Umfeld in die Maßnahmen und Strategien einzuschließen. Verschiedene Kernelemente wie Verhaltensänderungstechniken, Training von positiven Erziehungsmethoden, Zielsetzung oder Identifikation von Ängsten sowie hemmenden Faktoren, und die Änderung des gewohnten Essverhaltens sollen im Rahmen der Verhaltenstherapie bearbeitet werden.

Im (Be-)Handlungspfad für Übergewicht und Adipositas der Medizinischen Universität Graz wurden die folgenden Inhalte zusammengefasst:

Es sollen strukturierte Verhaltensmaßnahmen angeboten werden. Dabei sollten verhaltenstherapeutische Interventionen von Personen aus Gesundheitsberufen mit einer PSY-Kompetenz (z.B. Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut) durchgeführt werden.

Diese verhaltensmodifizierenden Kriterien sollen im Verlauf der Therapie von Übergewicht und Adipositas berücksichtigt werden:

- Es sollen mehrere (Gruppen-)Sitzungen im Zeitraum von Wochen oder Monaten mit einem spezialisierten multidisziplinären Team stattfinden. Dies sollte unter Einbindung der Erziehungsberechtigten erfolgen.
- Nach erfolgreichem Abschluss des Programms soll eine Nachbetreuung im Sinne einer langfristigen Unterstützung mit Follow-Ups umgesetzt werden.
- Die Kursteilnahme sollte flexibel möglich sein, um Hemmnisse zu minimieren.
- Der inhaltliche Fokus der Sitzungen liegt auf den Themenbereichen Ernährung, Steigerung der körperlichen Aktivität, Änderung der Lebensweise oder einer Kombination aus diesen.
- Verhaltensänderungstechniken, mit deren Hilfe die Motivation und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Veränderung gestärkt wird, sollen erarbeitet und erlernt werden.
- Eltern und Erziehungsberechtigten soll die Möglichkeit geboten werden, positive Erziehungsmethoden inklusive Problemlösungskompetenzen anzuwenden und zu entwickeln.
- In den Sitzungen sollte dem Betroffenen und seinem engen sozialen Umfeld vermittelt werden, dass gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Betätigung von allen beteiligten Personen gemeinsam umgesetzt werden sollte.
- Ein detaillierter, an die individuellen Bedürfnisse angepasster Plan unterstützt das Kind bzw. den Jugendlichen während der Verhaltenstherapie. Außerdem sollen Betroffene dazu befähigt werden, sich eigenständig Ziele zu setzen, diese zu messen und ein entsprechendes Feedback zu erhalten. Diese Ziele sollen gemeinsam getroffen werden, realistisch, flexibel und motivierend sein. Weiterst sollten die Zielvereinbarungen regelmäßig überprüft werden, die Erreichung dieser speziell hervorgehoben werden und alle Ziele einer stetigen Adaption unterziehen.
- Es muss das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer langfristigen Verhaltensänderung geschaffen werden.

- Anwendung von Empowerment-Strategien im Rahmen von Schulung und Unterstützung von Selbstmanagement.
- Unterstützung und Schulung von Kindern ab 12 Jahren ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie ihren Aktivitätslevel eigenverantwortlich zu reflektieren (z.B. via Ernährungs- und Bewegungstagebuch etc.). Für jüngere Kinder sollen die Erziehungsberechtigten diese Aufgaben übernehmen, die Kinder aber gegebenenfalls einbeziehen.
- Identifikation von Ängsten und anderen hemmenden Faktoren.
- Information und Anleitung darin, beispielsweise Nährwertanalysen korrekt zu interpretieren und kulturell angemessene Rezepte günstig anzupassen.
- Hilfestellung in der Identifikation von Möglichkeiten zur Steigerung der körperlichen Betätigungen, u.a. auch im Alltag. Die Freude an der Bewegung stellt dabei einen wesentlichen Faktor dar.
- Steigerung der Lebensqualität unabhängig von der Gewichtsveränderung (Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Selbstbewusstsein sowie Körperwahrnehmung).
- Informationsbereitstellung für das nahe soziale Umfeld, das nicht selbst an dem Programm teilnimmt, mit dem Zweck, Hintergründe und Ziele besser zu verstehen.
- Schulung der kognitiven Restrukturierung von Jugendlichen.
- Training der Selbstreflexion sowie der Fähigkeit zur Problemlösung von Jugendlichen und der primären erwachsenen Bezugsperson/en.
- Positive Lenkung der Ernährungsgewohnheiten:
Die Besuche von Restaurants (insbesondere Fast Food Anbieter) sollen bei Bedarf reduziert werden.
Gemeinsame Mahlzeiten im Familienverband werden in den Vordergrund gerückt.

4.3.4 Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen

Generell werden Medikamente zur Gewichtsreduktion für Kinder im Alter von 2 bis 11 Jahren nicht empfohlen, bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren sind sie bei Bedarf eine Option, sollen jedoch auch in dieser Altersgruppe keinesfalls routinemäßig zum Einsatz kommen.

Als einzige pharmakologische Möglichkeit wird in den Behandlungspfaden der Medizinischen Universität Graz „Orlistat“ genannt. Dabei handelt es sich um einen Wirkstoff, der in Form einer Kapsel oder als Kautablette eingenommen wird. Diese Substanz blockiert im Magen und Dünndarm bestimmte Enzyme - sogenannte „Lipasen“ - die mit der Nahrung aufgenommen Fette spalten. Dadurch wird die Fettresorption im Darm reduziert und damit die Energieaufnahme herabgesetzt.

Folgende Punkte sind bei einem medikamentösen Einsatz zu beachten:

- Zielgruppe sind adipöse Kinder und Jugendliche über 12 Jahren mit schwerwiegenden körperlichen oder psychologischen Begleiterkrankungen. In dieser Zielgruppe kann neben der Lebensstilmodifikation eine zusätzliche Therapie mit Orlistat erfolgen.
- Die Einleitung der Therapie soll von einer speziellen pädiatrischen Einrichtung mit einem entsprechenden multidisziplinären Team vorgenommen werden. Die einzelnen Berufsgruppen sollten eine Expertise in der Verschreibung des Wirkstoffes in dieser Altersgruppe besitzen.
- In den ersten 6 bis 12 Monate soll die Therapie unter Studienbedingungen erfolgen. Danach kann die Therapie auf Primärversorgungsebene fortgesetzt werden.

- Nach Absetzen des Medikamentes muss eine ausreichende Unterstützung zur Gewichtsstabilisation angeboten werden.

4.3.5 Bariatrische Chirurgie

Innerhalb der bariatrischen Chirurgie werden **chirurgische** Maßnahmen zur Bekämpfung des krankhaften Übergewichtes (Adipositas) zusammengefasst. Sie ist ein Spezialgebiet der Viszeralchirurgie und beschäftigt sich mit der operativen Veränderung des Magen-Darm-Traktes mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion.

Grundsätzlich werden restriktive Verfahren (die die Menge der aufgenommenen Lebensmittel beschränken wie z.B. das Magenband) von malabsorptive Verfahren unterschieden. Zu den restriktiven Eingriffen zählen jene Verfahren, die die Quantität der aufgenommenen Nahrung positiv beeinflussen. Als Beispiel kann das „Gastric Banding“ oder auch Magenband genannt werden. Im Fall der malabsorptiven Methoden vermindert sich die Nährstoffaufnahme im Dünndarm. Es können auch Kombinationen aus beiden Techniken angewendet werden, die als restriktiv-malabsorptive Verfahren definiert sind.

Eine bariatrische Chirurgie zur Behandlung der Adipositas wird für Kinder generell nicht empfohlen. Bei postpubertären adipösen Jugendlichen mit einem BMI größer 40 oder größer 35 und bestehenden Begleiterkrankungen kann im Einzelfall ein bariatrische Eingriff eine Therapieoption darstellen. Als einziges Operationsverfahren wird das „Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB)“ empfohlen. Grundvoraussetzung hierbei ist die Ausschöpfung aller weiteren Therapiemaßnahmen im Rahmen der 4 Lebensstilinterventionsstufen. Nur wenn die in Kapitel 4.2 dargestellte Stufenbehandlung erfolglos bleibt, können Überlegungen hinsichtlich einer operativen Therapie angestellt werden.

Erfolgt gegenüber dem „Laparoscopic Adjustable Gastric Banding“ eine positive Entscheidung, sollten die folgenden Parameter unbedingt Berücksichtigung finden:

Präoperativ muss eine umfangreiche Untersuchung und Aufklärung stattfinden:

- Präoperative Abklärung inkl. Risiko-Komplikationen-Analyse
- Überprüfung der allgemeinen OP-Tauglichkeit
- Durchführung eines routinemäßigen Blutlabors inkl. Nährstoff-Screening unter Einbeziehung von: Eisen, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D, sowie optional Vitamin A und E
- Kardiopulmonale, gastrointestinale sowie endokrinologische Untersuchung
- Bestimmung der Knochendichte
- Durchführung einer exakten Ernährungsanamnese
- Ausschluss von Essstörungen
- Anamnese von psychosozialen Verhaltensmustern
- Gewährleistung einer psychologischen Unterstützung
- Durchführung eines Tumor-Screenings
- Erhebung genetischer Parameter zum Ausschluss seltener, therapierbarer Erkrankungen als Ursache der Adipositas
- Aufklärung über
 - das zur Anwendung kommende chirurgische Verfahren
 - den möglichen Gewichtsverlust und gesundheitliche Risiken
 - die Aspekte der erforderlichen postoperativen Ernährungsumstellung
 - die nach dem Eingriff nötigen langfristigen, regelmäßigen Kontrolluntersuchungen

Bestehende gewichtsreduzierende Programme sollen in der präoperativen Phase beibehalten werden. Die Therapie von etwaigen Begleiterkrankungen (erhöhter Blutzucker, Bluthochdruck etc.) sollte optimiert werden.

Wenn die betroffenen Jugendlichen bzw. deren Erziehungsberechtigten kein Einverständnis geben, ist der Eingriff zu unterlassen. Die Durchführung der Operation soll nur durch ein multidisziplinäres Team mit kinderklinischer Expertise erfolgen. Der Eingriff und das Follow-Up müssen so koordiniert werden, dass sie den Bedürfnissen des Jugendlichen und seinem nahen Umfeld entsprechen.

Im (Be-)Handlungspfad der Medizinischen Universität Graz werden Handlungsempfehlungen für das postoperative Vorgehen gegeben. Diese sehen folgende Aspekte vor:

- Es soll eine Nachbetreuung mit einer Kontrolle nach einem Monat, anschließend mit Kontrollen alle weiteren 3 Monate innerhalb des ersten Jahres stattfinden. Anschließend sollen weitere Sitzungen in Abständen von 6 bis 12 Monaten inklusive ernährungsmedizinischer Betreuung angedacht werden.
- Die Diätberatung soll gewisse Kriterien, wie die Anpassung der Empfehlungen an die Bedürfnisse des Betroffenen, das Monitoring möglicher Nährstoffdefizite sowie bei Bedarf die Empfehlung einer Supplementation, erfüllen.
- Auch bezüglich der körperlichen Aktivität sollen Beratungen erfolgen.
- Es soll eine Individuelle psychosoziale und psychologische Unterstützung zum Einsatz kommen.
- Betroffene und deren nahes Umfeld sollen über Beratungs- und Selbsthilfegruppen informiert werden.
- Das Risiko für bzw. Bestehen von Komorbiditäten soll festgehalten und durch eine Therapieoptimierung und gegebenenfalls Anpassung der Medikation behandelt werden.

4.4 Therapie durch ein interdisziplinäres Team

Die (Be-)handlungspfade auf Primärversorgungsebene verweisen auf die Wichtigkeit eines multidisziplinären Betreuungsansatzes. Das Therapieteam sollte sich aus entsprechend qualifizierten Fachkräften zusammensetzen. Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen sollte in engmaschiger Kooperation erfolgen. Ein interdisziplinäres Team, das sich aus einem Arzt, einer Ernährungsfachkraft, einem Bewegungstherapeuten und Gesundheitsberufen mit PSY-Kompetenz ist zu bevorzugen:

Diagnosestellung: Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

Weiterführende Anamnese: Verteilung gemäß der jeweiligen Aufgabengebiete; Arzt für Allgemeinmedizin, Diätologe, Physiotherapeut, Klinischer Psychologe/Gesundheitspsychologe/ Psychotherapeut

Aufklärung der Familie: Verteilung gemäß der entsprechenden Aufgabengebiete; Arzt für Allgemeinmedizin, Diätologe, Physiotherapeut

Therapieindikationen: Arzt für Allgemeinmedizin

Risikoabschätzung: Arzt für Allgemeinmedizin

Therapie von Begleiterkrankungen: Arzt für Allgemeinmedizin

Lebensstilinterventionen: Verteilung gemäß der jeweiligen Aufgabengebiete: Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologe, Physiotherapeut, Klinischer Psychologe/ Gesundheitspsychologe/ Psychotherapeut.

Pharmakologische gewichtsreduzierende Interventionen: Spezielle pädiatrische Einrichtung mit Expertise auf diesem Gebiet

Bariatrische Chirurgie: Multidisziplinäres Team mit Expertise im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde

Gewichtsreduktionsprogramme sollen von einem multidisziplinären Team entwickelt werden, das sich bestenfalls aus den folgenden Berufsgruppen zusammenfasst: Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologe, Physiotherapeut, Psychotherapeut/Gesundheits- oder Klinischer Psychologe/Kinder- und Jugendpsychiater.

5 Beleuchtung der aktuellen Versorgungssituation übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Österreich

5.1 Ergebnisse zur Recherche der Therapieangebote

Gemäß dem „(Be-)Handlungspfad für Übergewicht und Asipositas auf Primärversorgungsebene“, der im vorangegangenen Kapitel dieses Berichts im Detail behandelt wird, wurden internationale Qualitätsmerkmale für eine optimale Betreuung definiert. Mithilfe der vorliegenden Recherche konnte ein Überblick über den IST-Zustand in Österreich erstellt werden.

Zur Ermittlung der landesweiten Versorgungssituation wurden in den ersten Schritten eine Telefon- sowie Internetrecherche unternommen. Die telefonischen Befragungen wurden bei Sozialversicherungsträgern sowie Krankenanstalten mit pädiatrischem Schwerpunkt durchgeführt. Im Anschluss daran wurden weitere Angebote im Zuge einer Internetrecherche identifiziert. Letztere stützt sich in wesentlichen Teilen auf die im Jahr 2016 in aktualisierter Form publizierte Broschüre „Therapieangebote für übergewichtige Kinder und Jugendliche: Eine Auflistung und Kurzbeschreibung von Betreuungsstrukturen“. Diese wichtige Arbeit wurde von Silvana Staudinger, MSc., unter der Leitung der Initiative SIPCAN, des Department Medizinische Informatik und Technik sowie der Österreichischen Adipositasgesellschaft. Zusätzlich diente die Eingabemaske des Adipositas-Netzwerk Österreich (www.adipositasnetzwerk.at) als Hilfestellung.

5.1.1 Krankenanstalten mit pädiatrischen Einrichtungen

In den einzelnen Bundesländern Österreichs bestehen 38 Krankenanstalten mit spezialisierten Abteilungen bzw. Einrichtungen für Kinder- und Jugendheilkunde. Es erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme zur Erhebung konkreter Angebote.

Von einer Krankenanstalt wurden keine Auskünfte gegeben, weshalb die Zahl der im Folgenden eingeschlossenen Einrichtungen in Summe 37 beträgt.

Von diesen 37 Institutionen verweisen 33 auf ein stationäres und 29 auf ein ambulantes Therapieangebot für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Körpergewicht. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen stellt somit beide Therapieoptionen zur Verfügung. Tendenziell finden sich laut diesen Zahlen etwas mehr stationäre Betreuungsangebote. Dabei gilt allerdings zu bedenken, dass die Betroffenen meist aufgrund einer anderen Erkrankung stationär aufgenommen werden und das Fehlgewicht praktisch als „Nebendiagnose“ behandelt wird.

Die Umsetzung strukturierter Maßnahmen im Rahmen von Übergewichts- und Adipositastherapieprogrammen erfolgt zum Zeitpunkt dieses Berichts in 3 dieser Einrichtungen.

Das Angebot einer Ernährungsberatung durch Diätologen ist mit einer Zahl von 36 in fast allen Krankenanstalten realisiert. Während alle Angebote Einzelberatungen vorsehen, sind Gruppensettings in nur 2 Fällen möglich. Eine begleitende psychologische Betreuung findet bei 10 der Einrichtungen jeweils im Bedarfsfall statt. Bewegungsangebote sind in 2 Häusern etabliert. Eingriffe im Sinne der bariatrischen Chirurgie werden von 6 Krankenanstalten nach Indikationsstellung vorgenommen.

Innerhalb der Beratungsfrequenz kann eine deutliche Varianz festgestellt werden. In vielen Krankenanstalten und Ambulanzen kann nur ein Initialgespräch im Rahmen einer Einzel- oder Gruppensitzung gewährleistet werden. Im Vergleich dazu kann nur ein kleiner Teil der Krankenanstalten mehrere Therapieeinheiten zur Verfügung stellen. Als äußerst positiv kann hingegen der Faktor gewertet werden, dass alle Gesundheitseinrichtungen das nahe Umfeld ihrer Patienten miteinbeziehen und damit ein wesentliches Qualitätskriterium erfüllen.

Generell gibt es große Unterschiede in Bezug auf die Interdisziplinarität der Angebotspalette. Während in einigen Krankenanstalten verschiedenste Professionen wie Pädiater, Diätologen, Physiotherapeuten oder Klinische Psychologen an der Therapie der betroffenen Kinder beteiligt sind, kann dies nicht für alle Institutionen gewährleistet werden.

In den meisten Fällen (24) erfolgt die Zuweisung der Patienten durch die interne, beispielsweise endokrinologische Ambulanz für Kinder- und Jugendheilkunde. In 9 Krankenanstalten erfolgen die Überweisungen ergänzend bzw. ausschließlich durch externe Stellen oder werden nicht von der Fachambulanz durchgeführt.

Als Fazit lässt sich erkennen, dass die Versorgungsstrukturen in Krankenanstalten mit pädiatrischem Schwerpunkt innerhalb Österreichs hinsichtlich des Betreuungsangebots und -umfangs als uneinheitlich zu bewerten sind. Als mögliche Ursachen scheinen unter anderem zeitliche bzw. personelle wie auch finanzielle sowie strukturelle Hemmnisse in Frage zu kommen.

5.1.2 Weitere Angebote und Programme

Im Folgenden Teil dieses Berichts wird versucht, ein möglichst realistisches Abbild der aktuellen Versorgungslandschaft in Österreich darzulegen. Dies gestaltet sich durch die starke Varianz in der vorherrschenden Angebotspalette grundsätzlich schwierig, da sich zu wenige strukturelle Vorgaben finden. Außerdem kommt es bei einem breiten, uneinheitlichen Angebot natürlicher Weise zu steten Veränderungen. Aus diesem Grund wurde bei der Darlegung auf die Nennung konkreter Zahlen zum Teil bewusst verzichtet. Es gilt zu beachten, dass kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

Von öffentlicher Seite – Sozialversicherungsträger und Länder – werden österreichweit 9 Betreuungsmöglichkeiten angeboten. Diese reichen von reinen Ernährungsberatungsstellen für die Zielgruppe über interdisziplinäre Betreuungsprogramme bis hin zu Projekten, in die weitere Einrichtungen wie Schulen einbezogen sind. Es finden sich auch spezielle Angebote in weiteren Settings wie Sportvereinen oder Gesundheitszentren. Den größten Anteil der in Summe 109 recherchierten Angebote findet sich im niedergelassenen Bereich: Vordergründig in Gemeinschaftspraxen, ärztlichen Ordinationen und in den Praxen freiberuflich tätiger Diätologen. In diesen Bereichen wird das Kriterium der Multidisziplinarität zumeist vermisst.

Außerdem finden sich unter den Angeboten einige wenige umfassende Betreuungsprogramme, die sich bereits etabliert haben und den Grundstein für eine optimale Versorgung in Österreich legen. Beispiele dazu werden im Kapitel „Nationale Best Practice Modelle“ angeführt.

Die Behandlung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter findet auch im Zuge von darauf spezialisierten Ferien- bzw. Sommercamps statt. Aus wissenschaftlicher Sicht ist keine aussagekräftige Datenlage zum langfristigen Output dieser Betreuungsangebote gegeben. In Österreich konnten 9 entsprechende Feriencamps identifiziert werden.

Betreuungskosten

Die Kosten für die Therapieangebote variieren erheblich. Nur wenige Angebote sind mit dem jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger (zumindest teilweise) rückverrechenbar. In seltenen Fällen entstehen für Betroffene keinerlei Kosten. Bei den letztgenannten handelt es sich allerdings in erster Linie um Ernährungsberatungsstellen in den pädiatrischen Fachambulanzen. Die Kosten für freiberufliche Ernährungsfachkräfte wie Diätologen und Ernährungswissenschaftler werden – mit Ausnahme der Gewerblichen Sozialversicherung -

von den Sozialversicherungsträgern nicht übernommen. Bei Vorliegen von Zusatzversicherungen können Kostenzuschüsse nach Einreichung der entsprechenden Beträge erfolgen.

Feriencamps mit dem Ziel der Gewichtsreduktion werden teilweise und in sehr unterschiedlicher Höhe finanziert. Die Beträge reichen von 8,50 bis hin zu 28 Euro pro Tag. Der Selbstkostenanteil hängt von den Standards jenes Bundeslands ab, in dem sich der Wohnort des Betroffenen befindet.

Bei strukturierten Betreuungsprogrammen konnten Zuschüsse sowie eine gänzliche Finanzierung von Seiten der Sozialversicherungsträger ermittelt werden. Je nach Bundesland kommen neben den öffentlichen Trägern auch weitere Finanzierungsmaßnahmen in Frage, wie zum Beispiel durch den Rahmenpharmavertrag. Diese Finanzierungen unterliegen häufig einer zeitlichen Begrenzung und machen damit eine kontinuierliche Betreuung ungewiss.

Wie aus Kapitel 2 hervorgeht, finden sich gerade in benachteiligten Bevölkerungsschichten vermehrt übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. Gerade diesen Personengruppen wird der Zugang zu Betreuungsstrukturen aufgrund finanzieller Aspekte tendenziell verwehrt.

5.1.3 Ergänzungen der Recherche mittels Fragebogenerhebungen

Eine erste Beurteilung der Betreuungsangebote erfolgt unter Berücksichtigung der (Be-)Handlungspfade der Medizinischen Universität Graz nach Abschluss der österreichweiten Recherche. Zu diesem Zweck wurden Kriterien aus Konzept-, Prozess-, Struktur- sowie Ergebnisqualität ermittelt. Betreuungsangebote, die zwar keinen interdisziplinären Ansatz aufweisen, jedoch entsprechend der (Be-)Handlungspfade als erste oder zweite Interventionsstufe in Frage kommen wurden aus den gesamten Angeboten extrahiert.

Jene Programme, die nach dieser Beurteilung als besonders geeignet erschienen - wobei hierbei qualitative Fehleinschätzungen von den Verfassern dieses Berichts nicht gänzlich ausgeschlossen werden können – wurden anschließend in die Fragebogenerhebung eingeschlossen. Das Ziel dieser Erhebung bestand darin, eine noch realistischere Abbildung der Versorgungssituation zu erlangen und nach Möglichkeit weitere allgemeine, relevante Informationen zur Thematik zu erhalten. Außerdem ließen die detaillierten Erhebungen eine noch genauere Einschätzung des Angebots zu. Nähere Informationen zur Beurteilung finden sich in Kapitel 5.2.

In Summe wurden 31 Angebote als besonders geeignet identifiziert. Die jeweiligen Verantwortlichen erhielten den Fragebogen per E-Mail. 13 Personen bzw. Institutionen nahmen an der Erhebung teil. Die Rücklaufquote lag dementsprechend bei 41,9 Prozent.

Der im Vorfeld entwickelte Befragungsbogen kann im Anhang dieses Berichts eingesehen werden.

Ergebnisse der Fragebogenerhebungen

Die Ergebnisse werden in den folgenden Ausführungen anhand der einzelnen Fragestellungen dargestellt.

Identifikation von Hemmnissen und Schwierigkeiten im Rahmen der Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher

- Aufrechterhaltung der Motivation über einen gewissen Zeitraum (z.B. während Programmdauer)
- Nach Interventionsende Gefahr des Rückgriffs auf alte Verhaltensmuster

- Programme gestalten sich häufig sehr zeitintensiv, teilweise Unvereinbarkeit mit den Schulzeiten
- Einbindung der Erziehungsberechtigten bzw. der nahen Bezugspersonen
- Schwierige Erreichbarkeit der Zielgruppe, insbesondere bei bestehendem Migrationshintergrund und bei sozial benachteiligten Personengruppen
- Allgegenwärtige Präsenz der technischen Medien in der heutigen Zeit
- Kalorienreiche Ernährungsweise
- Fehlen gemeinsamer Mahlzeit bzw. zu wenig Zeit für die Speisenzubereitung
Häufiger Einsatz von Fertigprodukten
- Bewegungsarmut
- Spezielle psychosoziale Befindlichkeiten und Bedürfnisse

Aktuelle Umsetzung von Gewichtsreduktionsprogrammen

- 12 von 13 befragte Personen/Institutionen setzen Gewichtsreduktionsprogramme um.

Angebot ist Teil einer Kooperation

- In 8 Fällen besteht eine Zusammenarbeit mit weiteren Partnern/Organisationen/Kliniken etc.

Zeitliche Verfügbarkeit des Angebots

- Bezüglich des Maßnahmenbeginns herrschen erwartungsgemäß große Differenzen.
- Ein Angebot existiert bereits seit 16 Jahren, 3 weitere seit 11 Jahren. Jeweils eine Maßnahme besteht seit 9 bzw. 8 Jahren. 4 der erfassten Betreuungsmöglichkeiten bestehen seit 5 Jahren und eines seit nunmehr 4 Jahren innerhalb der Regelversorgung. Ein Programm befindet sich derzeit in Planung; eine Umsetzung ist ab 2018 anberaunt.

Kostenaufwand pro Teilnehmer

- Die Höhe der Kosten bzw. Selbstbehalte unterliegen einer starken Varianz. Die finanzielle Belastung steht mit Betreuungsdauer und –umfang in Zusammenhang. Der Kostenaufwand pro Person liegt zwischen 50 und 2000 Euro.

Kostenzuschuss durch zuständige Sozialversicherungsträger

- Bei 8 von 13 Angeboten besteht die Möglichkeit eines Zuschusses. Bei dieser Erhebung muss berücksichtigt werden, dass es sich nicht bei allen eingeschlossenen Maßnahmen um qualitätsgesicherte Angebote handelt.

Betreuungsstruktur

- 5 Programme werden im Rahmen eines nicht-klinischen Aufenthalts als Camp umgesetzt. Jeweils 6 von 13 Angeboten finden auf ambulanter Ebene oder im niedergelassenen Bereich statt. In 2 Fällen handelt es sich um eine stationäre Intervention.

Art der Betreuung im Sinne von Einzel- und Gruppenangeboten

- Bei 8 von 13 Angeboten bestehen jeweils die Möglichkeiten von Einzel- und Gruppensitzungen. In 3 Institutionen werden nur Einzelbetreuungen zur Verfügung gestellt. In einem Fall konnte ein spezielles Gruppenangebot für Eltern identifiziert werden.
- Die Gruppengrößen variieren deutlich zwischen 4 bis 6 sowie 15 Teilnehmern.

Dauer und Intensität der Betreuung

- Hinsichtlich der Betreuungsdauer lassen sich große Unterschiede erkennen. Diese reicht von reinen Tagesworkshops über ein mehrmonatiges Therapieausmaß bis hin zu einjährigen Angeboten bei 4 Institutionen.

Gewährleistung einer Nachbetreuung

- In 10 Fällen besteht die Möglichkeit einer Nachbetreuung über die eigentliche Therapie hinaus.

Interne und externe Zuweisungen zu den Angeboten

- In den meisten Fällen erfolgen Zuweisungen auf Eigeninitiative der Erziehungsberechtigten, durch den betreuenden Facharzt für Kinder und Jugendheilkunde oder den behandelnden Allgemeinmediziner.

Kriterien für die Teilnahme an der Maßnahme

- Zu den erwähnten Einschlusskriterien zählen das definierte Betreuungsalter sowie das Vorliegen von Übergewicht und/oder Adipositas, teilweise mit gleichzeitigem Vorliegen einer entsprechenden Begleiterkrankung. In einem Fall wurden ein Versicherungsanspruch und starkes Übergewicht genannt. 3 Anbieter haben zu dieser Fragestellung keine Angaben gemacht.
- Als Ausschlussgründe wurden psychische sowie physische Barrieren, die eine Teilnahme unmöglich machen, beschrieben. Auch eine generelle, schwierige psychosoziale Situation wurde hier erwähnt, ebenso ärztliche Diagnosestellungen, die eine Teilnahme obsolet machen. Als weitere Ausschlussgründe gelten mangelnde Zeitressourcen und Motivation von Seiten der Teilnehmer bzw. der nahen Bezugspersonen. 2 Institutionen definieren extreme Adipositas ebenfalls als Ausschlusskriterium.

Anmerkung: Die Ausschlusskriterien lassen darauf schließen, dass gerade Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Schichten höhere Chancen haben, nicht in eine „reguläre“ Maßnahme eingebunden werden zu können.

Zielgruppen der Betreuungsangebote

- In Bezug auf das Alter lassen sich erneut große Varianzen feststellen, die aber der Erwartungshaltung entsprechen. Als jüngste Zielgruppe werden Kleinkinder (im Fall einer Maßnahme ab dem letzten Kindergartenjahr) eingeschlossen. In den meisten Fällen können Teilnehmende ab dem Volksschulalter eingeschlossen werden. Nach oben hin erfolgt die Altersbeschränkung ab dem 18. oder auch 19. Lebensjahr.

Umsetzung von Therapiemaßnahmen

- In 12 von 13 Fällen beruht das Angebot auf den Therapiensäulen Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation.

Anmerkung: Teilweise wird ergänzend eine umfassende medizinische Betreuung angegeben. Diese Antwortmöglichkeit wurde bei der Erstellung des Fragebogens irrtümlicherweise als selbstverständlich angenommen, wodurch es wie bereits eingangs erwähnt zu Fehleinschätzungen kommen kann.

Einsatz von extrem energiereduzierten Diäten, Formuladiäten, Medikamenten, Nahrungsergänzungsmitteln. Durchführung einer bariatrischen Operation.

- Nur eine Maßnahme integriert Aspekte wie Medikamente, Formuladiäten und Nahrungsergänzungsmittel.

Einbindung des sozialen Umfelds

- Die Einbindung naher Bezugspersonen geschieht in 12 von 13 Institutionen.

Definierte Programmziele

- Gewichtsabnahme 11/13
- Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten 12/13
- Verbesserung des Bewegungsverhaltens 12/13

Vorliegen eines schriftlichen Curriculums zur Abhaltung der Interventionen

- 10 von 13 Angeboten umfassen ein solches Curriculum, allerdings lässt sich durch diesen alleinigen Aspekt noch keine Aussage über die Qualität der Inhalte treffen.

Bereitstellung eines interdisziplinären Betreuungsteams

- In 12 von 13 Fällen steht ein multidisziplinärer Betreuungsansatz im Vordergrund.
- Zu den involvierten Berufsgruppen zählen Mediziner (teilweise Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde), Diätologen/Ernährungswissenschaftler/Ernährungspädagogen, Physiotherapeuten/Fitnesstrainer/Bewegungstrainer/Wirbelsäulentrainer/Pilatesstrainer, Psychotherapeuten/Klinische Psychologen sowie sonstige Berufsgruppen mit PSY-Kompetenzen.

Ausbildung und Schulung des Betreuungsteams

- In 3 Institutionen erfolgen „Train the Trainer“- und Adipositastrainerausbildungen als parallele Maßnahmen. In weiteren 4 Institutionen sind ausschließlich „Train the Trainer“-Kompetenzen vorgesehen. Ein Angebot umfasst die alleinige Schulung zum Adipositastrainer. Einmalig wird die „Train the Trainer“-Ausbildung in Kombination mit pädagogischer Schulung angeboten. In den übrigen Betreuungsangeboten finden sich keine ergänzenden Ausbildungen.

Bereitstellung von Informationsunterlagen und bedarfsgerechte Materialien zur Maßnahme

- In allen Institutionen werden bedarfsgerechte Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt. 12 der befragten Betreuungsangebote können auf Informationsunterlagen für die Bezugspersonen der Zielgruppe verweisen. Von 5 Institutionen werden außerdem weitere Unterlagen für medizinisches Personal ausgegeben.

Dokumentation und Evaluation

- In sämtlichen der befragten Institutionen werden die Parameter Alter, Geschlecht, Körpergröße sowie das Gewicht vor und nach den Interventionen dokumentiert.
In 5 Institutionen werden im Detail auf Parameter wie BMI, Adipositas-assoziierten Erkrankungen und Risikofaktoren, Laborbefunde etc. eingegangen.
- Aktuell werden 10 Angebote einer Evaluation unterworfen. In den übrigen Institutionen erfolgte eine Bewertung in der Vergangenheit.

Zusammenfassend machen die Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen, auch wenn es sich hierbei nur um eine kleine Stichprobe handelt, die großen Unterschiede der einzelnen Versorgungsstrukturen deutlich. Allerdings wird parallel dazu auch sichtbar, dass tendenziell großer Wert auf eine Betreuungsqualität hinsichtlich der eingeschlossenen Berufsgruppen und der Inhalte der Maßnahmen gelegt wird.

5.2 Beurteilung der Betreuungsstrukturen

5.2.1 Qualitative und quantitative Qualitätskriterien

Gewichtsreduktionsprogramme sollten im Sinne der Sicherheit und der Wirksamkeit in der Anwendung einer Reihe von Qualitätskriterien, wie strukturelle und personelle Voraussetzungen, Wissenschaftlichkeit, Datendokumentation und Evaluierung entsprechen. Die Deutsche Adipositasgesellschaft, die Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin haben, um Gewichtsreduktionsprogramme bewerten zu können, bereits in der Vergangenheit wesentliche Qualitätskriterien identifiziert.

Auch die (Be-)Handlungspfade der Medizinischen Universität Graz spiegeln qualitative und quantitative Parameter zur Beurteilung von Übergewicht- und Adipositastherapieprogrammen wieder.

Als Qualitätskriterien konnten letztlich folgende Punkte zusammengefasst werden:

- Einsatz von Formula-Diäten zur Gewichtsreduktion/-kontrolle
Der Einsatz von speziellen Formula-Präparaten und Mahlzeitenersatz wurde als absolutes Ausschlusskriterium definiert.
- Bereitstellung einer interdisziplinären Betreuungsmaßnahme
- Einhaltung von Betreuungsstrukturen:
 - a. Dauer der Intervention
 - b. Durchführung in (altershomogenen) Gruppen oder Einzelbetreuung
 - c. Miteinbeziehung der Erziehungsberechtigten / des nahen sozialen Umfelds
 - d. Anwendung eines qualitätsgesicherten Curriculums
 - e. Gewährleistung einer qualitativen Nachbetreuung
 - f. Möglichkeit der Kostenübernahme oder einer teilweisen Rückverrechnung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger oder eine sonstige Einrichtung

5.2.2 Ergebnisse der Beurteilung

Nach Anwendung der im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Qualitätsmarker konnten 7 Betreuungsprogramme in Österreich analysiert werden, die diesen in Ihren Inhalten entsprechen, in dem sie die Erfordernisse, die aus den Leitlinien des „(Be-)Handlungspfad für Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene“ resultieren, in ihrer Gesamtheit erfüllen. Ein österreichweites Roll out jeder einzelnen Maßnahme könnte demnach empfohlen werden.

Zu diesen Angeboten zählen:

- In Form individuell
- Down & Up
- Enorm in Form
- Starke Freunde
- Kim-Kilo
- Du rockst
- x-Team

Die ersten beiden Therapieprogramme dieser Auflistung, „In Form individuell“ und „Down & Up“, werden im Folgenden Kapitel im Detail als „Best Practice Modell“ beleuchtet. In beiden Fällen fungieren die Programmleiter auch als Interviewpartner in diesem Bericht. Es wird jedoch eindrücklich darauf hingewiesen, dass die Auswahl der beiden Programme keine Bewertung innerhalb dieser 7 Betreuungsangebote darstellt.

5.3 Nationale Best Practice Modelle

Die Versorgung fehlgewichtiger Kinder und Jugendlicher gestaltet sich österreichweit uneinheitlich. Es lassen sich daraus keine nationalen Vorgaben für die Umsetzung ableiten. Innerhalb der in Summe 109 beleuchteten Therapieangebote konnten 7 extrahiert werden, die sich laut den (Be-)handlungspfaden der Medizinischen Universität Graz für eine österreichweite Ausrollung eignen. Von diesen werden zwei Programme, die in den Bundesländern Kärnten und Salzburg umgesetzt werden, vorgestellt:

- Salzburg: Programm „In Form individuell“ - Salzburger Landeskliniken und Kardinal Schwarzenberg Klinikum – Leitung: Dr. Daniel Weghuber
- Kärnten: Projekt „Up & Down“ – Leitung: Dr. Anna Cavini

5.3.1 In Form individuell - Salzburg⁴¹

Bei „In Form individuell“ handelt es sich um das erste interdisziplinäre, langfristige Therapieprogramm für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich. Es beinhaltet ein Betreuungskonzept, das auf die Bereiche Ernährung, Bewegung und Verhalten aufbaut. Die Umsetzung erfolgt durch die Salzburger Landeskliniken und das Kardinal Schwarzenberg Klinikum.

Vernetzungsstrukturen innerhalb des Programms

Im Rahmen des Programms „In Form individuell“ bestehen Kooperationen mit Sportvereinen der Dachverbände ASKÖ und Sportunion, des Universitätsinstituts für präventive und rehabilitative Sportmedizin der Privatmedizinischen Universität Salzburg und des Netzwerk Übergewicht der Obesity Academy Austria, der Universität Salzburg (Fachbereiche Psychologie und Sportwissenschaft) unter der medizinischen Leitung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Die Aktion „FitFürÖsterreich“ und die Stadt Salzburg unterstützen zudem das Programm.

Aufgrund der ausgezeichneten Vernetzung zu wesentlichen Kooperationspartner lässt sich „In Form individuell“ als umfassendes Therapieangebot umsetzen. So werden neben stadtteilbezogenen Bewegungsmaßnahmen auch Ernährungsberatungsangebote, die über reine Informationsvermittlung weit hinausreichen, angeboten. Die Ernährungstherapie zielt darauf ab, einen neuen, genussvollen Zugang zum Thema Essen anzueignen und diesen beizubehalten.

Betreuungsstrukturen und -maßnahmen

Neben individuell gestaltbaren Einzel- finden sich auch Gruppenangebote für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche sowie deren Erziehungsberechtigten. In jedem Fall besteht eine umfangreiche Versorgung mit einer Dauer von 2 Jahren. Außerdem konnten Nachsorgemaßnahmen etabliert werden, die einen Rückfall in alte Gewohnheiten verhindern. Neben ambulanten stehen auch stationäre Therapieoptionen im Vordergrund.

⁴¹Vgl. Sperl, W., Weghuber, D. et al. (2015).

Diese werden Betroffenen nach Bedarf zur Verfügung gestellt und gewährleisten eine optimale Betreuung von z.B. extrem adipösen Kindern und Jugendlichen.

In speziellen Fällen kann eine längerfristige Aufnahme an der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Außerdem besteht eine Kooperation mit einer Adipositas spezialklinik in Berchtesgarden, die eine Aufnahme in eine Reha-Einrichtung ermöglicht.

Wenn alle Therapiemöglichkeiten hinreichend ausgeschöpft wurden, besteht die Option einer bariatrischen Chirurgie. Diese kann laut den (Be-)Handlungspfaden der Medizinischen Universität Graz bei einem geringen Anteil der Betroffenen sinnvoll sein.⁴²

Der Betreuungsablauf

Die Betreuung durch das Therapieprogramm „In Form individuell“ gliedert sich in folgende Bereiche:

- Körperliche und laborchemische Diagnosestellung mit Ausschluss einer ursächlichen Grunderkrankung, die durch das Programm nicht oder nicht ausreichend beeinflusst werden könnte
- Klinisch-psychologisches Erstgespräch
- Sportmedizinische Untersuchung

Nach umfassender Information der nahen Bezugspersonen und der Zustimmung aller Beteiligten erfolgt der Programmstart. Kinder und Jugendliche werden dabei in entsprechende Altersgruppen eingeteilt und für die Dauer von 2 Jahren ärztlich, ernährungsmedizinisch, verhaltenstherapeutisch und in Bezug auf das persönliche Bewegungsverhalten betreut. Anschließend kommen Nachsorgemaßnahmen zum Tragen.

Die positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Programms sind bereits in Untersuchungen festgehalten.

5.3.2 Down & Up - Kärnten^{43,44}

Das Projekt „Down & Up“ wurde unter der Leitung von Fr. Dr. Anna Maria Cavini und Fr. Mag. Kerstin Kulterer-Prodnik initiiert und stellt eine äußerst umfassende Adipositasprävention und –intervention für Kinder und Jugendliche dar. Wie auch im Fall des zuvor vorgestellten Programms „In Form individuell“ basiert „Down & Up“ auf einem interdisziplinären Behandlungsansatz unter starker Einbindung der sozialen Bezugspersonen. Bei „Down & Up“ selbst handelt es sich um einen Verein, der durch Dr. Cavini begründet wurde. Nach Graz wird das Therapieprogramm nun in Kärnten – bislang in Klagenfurt und St. Veith an der Glan umgesetzt. In diesem Zusammenhang kann betont werden, dass für die Betroffenen bzw. deren Eltern mit Ausnahme eines kleinen Materialbeitrags in Höhe von 40 Euro keinerlei Kosten anfallen. Somit können auch bildungsferne und sozial benachteiligte Familien vom Angebot profitieren. Der Anmeldeprozess gestaltet sich via Online-Formular, wodurch ein niederschwelliger Ansatz umgesetzt wird.

Vernetzungsstrukturen innerhalb des Programms

Es besteht eine Zusammenarbeit mit den Kärntner Volkshochschulen, die sich für die Abrechnung mit dem Trainerpool von „Down & Up“ verantwortlich zeichnen. Außerdem erfolgt eine Kooperation mit dem Klinikum Klagenfurt am Wörthersee sowie mit den niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, den Allgemeinmedizinerinnen, der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde und der Jugendwohlfahrt.

⁴² Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

⁴³ Vgl. Cavini, A.M., Kulterer-Prodnik, K. (2015)

⁴⁴ Vgl. Andreitz, I. (2017)

Betreuungsstrukturen und Maßnahmen

In das Programm eingeschlossen werden Kinder- und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 17 Jahren, die einen BMI über der 90. Perzentile aufweisen, sowie deren Betreuungspersonen. Zu den Programmschwerpunkten zählen Medizin, Sport/Bewegung, Ernährung und Psychologie, die jeweils von dazu befähigten Berufsgruppen organisiert werden. Einen wesentlichen Eckpunkt bildet der Einbezug des nahen sozialen Umfelds.

Im Rahmen von „Down & Up“ wurde die Ausbildung zum Adipositrainer für Kinder und Jugendliche etabliert, die von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde empfohlen wird. Die Ausbildung beinhaltet Theorie- und Praxisseminare im Ausmaß von 50 Unterrichtseinheiten, die in Blöcken absolviert werden. Die Kosten pro Block betragen jeweils 450 Euro. Als Veranstaltungsort wurde der Bewegungskindergarten in St. Veith an der Glan gewählt. Die Fortbildung wird von den beiden Projektleiterinnen umgesetzt und mit einem Abschlussdiplom beendet. Sie richtet sich an medizinisches Personal ebenso wie beispielsweise an Psychotherapeuten, Sportpädagogen sowie Ernährungsfachkräfte wie Diätologen. Die Schulung umfasst ganzheitliche Aspekte der Adipositas therapie und lehrt vor allem auch praktische Kompetenzen.

Der Betreuungsablauf

Zu Beginn, während und am Ende des Programms wird eine fortlaufende medizinische Begleitung gewährleistet. Es werden wesentliche medizinische und laborchemische Parameter erhoben. Außerdem erfolgt die exakte Diagnose des bestehenden Übergewichts und es wird ein Muskelfunktionstest unternommen. Daneben enthält der Programmstart eine ausführliche Elternanamnese und Aufklärung.

Während der einjährigen Betreuung erfolgt auch immer wieder die Einbeziehung der nahen Betreuungspersonen durch beispielsweise gesonderte Eltern-Kind-Angebote wie Family-Weekend-Actions. Alle Maßnahmen – ob aus dem Bereich der Bewegung, Ernährung oder Verhaltenstherapie – sind so konzipiert, dass sie die praktische Lebensführung und das seelische Wohlbefinden der Teilnehmer positiv beeinflussen. Evaluationen zum Körpergewicht und dem Gesundheitsstatus der Kinder und Jugendlichen erfolgen zu Beginn, während und am Ende der Betreuungsmaßnahme.

5.4 Internationale Best Practice Modelle

Die Qualitätskriterien (s. Kap. 5.2.1) lassen sich auch auf internationale Übergewichts- und Adipositas therapieprogramme anwenden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt die folgenden Programme als Modelle bester Praxis:

- Insula – Rehabilitationsprogramm in Berchtesgarden
- Das Gruppenprogramm der Universitätsklinik Ulm
- OBELDICKS
- FITOC - Freiburg Intervention Trial for Obese Children
- Moby Kids

Das bereits seit 1998 bestehende Programm „Moby Kids“ und das Programm „OBELDICKS“ werden im nächsten Kapitel gesondert behandelt. Wie bereits bei der Auswahl der nationalen Best Practice Modelle wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dadurch keine Wertung innerhalb der oben angeführten Programme beabsichtigt wird.

5.4.1 Moby Kids (Deutschland)⁴⁵

Initiierung des Therapieprogramms „Moby Kids“

Dr. Christiane Petersen, eine erfahrene Schulärztin und Expertin für die Themen Übergewicht und Ernährung im Kindes- und Jugendalter, war federführend an der Entwicklung beteiligt.

Dr. Petersen beschäftigte sich bereits seit über 15 Jahren intensiv mit der Versorgung der Betroffenen und stellte Überlegungen zur Einbeziehung des nahen sozialen Umfelds. Ausgehend von diesem Hintergrund rief sie 1998 mit Unterstützung der Arbeiterwohlfahrt als Zielpatenschaft der Hamburger Gesundheitsbehörde die ersten Betreuungsgruppen von Moby Kids (die Benennung desselbigen erfolgte im Jahr 2016) ins Leben, das sich bis heute gleichermaßen als Therapie- und Präventionsprogramm versteht. Moby Kids wurde in engmaschiger Kooperation mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte sowie der Deutschen Adipositasgesellschaft umgesetzt.

Moby Kids stellt ein Netzwerk dar und bietet heute verschiedene Maßnahmen für Angehörige der Altersgruppe von 8 bis 17 Jahren an. Zudem besteht ein achtwöchiges Vorsorgeprogramm auf Ebene der Primärprävention.

Das einjährige „Moby Kids“ Gruppenprogramm

Bei diesem handelt es sich um das geläufigste Angebot des Netzwerkes. Es wird als ambulantes Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas umgesetzt. Sofern es der jeweilige Standort in Deutschland zulässt, werden die Teilnehmenden in Kinder- und Jugendgruppen eingeschlossen. Die Kindergruppe umfasst in der Regel 8- bis 12-jährige Teilnehmer, in der Jugendgruppe werden 13- bis 17-jährige betreut.

In diesen festen Gruppen finden über einen Zeitraum von einem Jahr jeweils einmal wöchentlich Treffen am Nachmittag statt. Ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung sind wesentliche Inhalte dieser Meetings. Neben theoretischer Ernährungslehre wird ein starker Bezug zur Praxis hergestellt, indem beispielsweise die gemeinsame Zubereitung gesunder, schmackhafter Speisen erfolgt. Auch im Fall der Bewegung wird die praktische Anwendung in den Vordergrund gestellt; so wird durch verschiedenste spielerische Aktivitäten in der Gruppe die Freude an der körperlichen Betätigung geweckt und Motivation dafür entwickelt. Als weitere Therapiesäule kommen verhaltenstherapeutische Maßnahmen zum Tragen. Mittels Verhaltenstraining werden Selbstvertrauen gestärkt und Selbstwirksamkeitskompetenzen sowie Eigenverantwortung vermittelt. Auch in den Ferienzeiten werden – abermals je nach Standortbedingungen - Angebote bereitgestellt, die ein erlebnisorientiertes Programm mit Ausflügen und Workshops beinhalten.

Das Programm sieht eine enge Einbindung der Erziehungsberechtigten bzw. des nahen sozialen Umfelds der betroffenen Kinder und Jugendlichen vor. Zu diesem Zweck werden Elternabende mit Fragerunden und Fortbildungen sowie Eltern-Kind-Nachmittage veranstaltet.

Das Ziel des Programms besteht in einer Senkung des Körpergewichts mit anschließender langfristiger Stabilisierung. Außerdem sollen gewohnte Verhaltensmuster durch neue ersetzt werden, um Ernährungs- sowie Freizeitverhalten, Konfliktfähigkeit und Selbstvertrauen zu optimieren. Es soll den Teilnehmenden ermöglicht werden, neue Potenziale zu entdecken und zu entfalten.

⁴⁵ Vgl. <http://www.mobykids.de/>. (2017)

Je nach Standort und den damit verbundenen vorherrschenden Bedingungen variieren die Kosten für das Programm. Grundsätzlich können sich alle Krankenkassen an den Kosten beteiligen und finanzieren das Programm im besten Fall vollständig kostendeckend.

Das achtwöchige „Moby Kids“ Präventionsprogramm

Die ambulanten Präventionskurse sehen acht Treffen á 45 Minuten in aufeinanderfolgenden Wochen vor. Auch hierbei wird großer Wert auf eine feste Gruppe gelegt. Ziel der Termine besteht schwerpunktmäßig darin, mittels verhaltenstherapeutischen Ansatzes Ernährungs- und Bewegungskompetenzen zu vermitteln. Der Praxisbezug gestaltet sich ähnlich wie im einjährigen Therapieprogramm von „Moby Kids“.

Die Kostenübernahme erfolgt größtenteils durch die Krankenkassen.

Qualitätssicherung

Im Rahmen des Programms wurden zur Gewährleistung eines optimalen Therapieangebots Qualitätsstandards entwickelt. Die Einhaltung dieser bildet die Grundvoraussetzung zur Umsetzung des Angebots.

Das bundesweite Netzwerk „Moby Kids“ wurde aufgebaut, um so vielen betroffenen Kindern und Jugendlichen wie möglich eine wohnortnahe Unterstützung bei Gewichtsproblemen anbieten zu können. Um mit dem Programm auch tatsächlich in möglichst vielen Regionen Deutschlands vertreten zu sein, besteht die Möglichkeit einer Netzwerkpartnerschaft. Grundsätzlich kann jede Person Netzwerkpartner werden, der betroffenen Kindern durch den Aufbau und die Organisation einer oder mehrerer Gruppen in einer Region Hilfestellung bieten möchte. Daneben können Institutionen und Vereine, wie Kinder- und Familienhilfszentren, (Eltern-)Schulen, Kulturhäuser, Jugendzentren und Organisationen, eine Netzwerkpartnerschaft eingehen.

Jede Person und eine große Zahl an Einrichtungen kann mit dem „Moby Kids“ Präventions- und Therapieprogramm kooperieren. Innerhalb der Programmtätigkeit, d.h. innerhalb der eigentlichen Umsetzung, werden folgende Berufsgruppen zugelassen:

- (Fach-)Ärzte
- Ökotrophologen (bzw. Diätologen)/Ernährungswissenschaftler
- Sportwissenschaftler
- Psychologen
- Pädagogen

Alle Netzwerkpartner verpflichten sich vertraglich, die vorgegebenen Aspekte zur Qualitätssicherung einzuhalten. Zu diesen Voraussetzungen zählen:

- Die jährliche Teilnahme an einer Schulung, die neben anderen relevanten Inhalten die Erneuerung der „Moby Kids“ Zertifizierung gewährleistet: Durch diese wesentliche Maßnahme kann landesweit auf langfristiger Basis eine gleichbleibend hohe Qualität aufrechterhalten werden. Die Schulung erfolgt durch die eigene „Moby Kids“ Akademie und beinhaltet Informationen über die neuesten Entwicklungen. Das anschließend ausgestellte Zertifikat besitzt eine Gültigkeitsdauer von einem Jahr.
- Die Entrichtung einer Einstiegsgebühr sowie einer weiteren, monatlich verrechneten Gebühr pro Teilnehmer

Im Gegenzug können die Netzwerkpartner die verschiedenen entwickelten und etablierten Schulungsprogramme von „Moby Kids“ nutzen. Außerdem erhalten sie Unterstützung beim Aufbau ihrer Gruppe/n und den notwendigen Kooperationen vor Ort sowie in der bundesweiten Marketing- und Pressearbeit.

Evaluation

Die Technische Universität München unternimmt eine Evaluation zur Therapie, außerdem nimmt das Programm „Moby Kids“ an der Evaluation der Universität Ulm teil.

5.4.2 Obeldicks (Deutschland)⁴⁶

Obeldicks wurde in der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln in Kooperation mit dem Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) als ambulantes Therapieprogramm entwickelt. Es wurde vom Medizinischen Dienst der Deutschen Krankenkassen geprüft und gilt durch diese als anerkannt. Die Wirksamkeit dieser umfassenden Maßnahme konnte in Studien bereits mehrfach sehr gut aufgezeigt werden. Untersuchungen belegen, dass es der Mehrzahl der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen gelingt, das bestehende Körpergewicht für einen langfristigen Zeitraum zu senken.

Obeldicks sieht innerhalb des einjährigen Programmablaufs, der als Schulung konzipiert ist, eine engmaschige Kontrolle durch den behandelnden (Fach-)Arzt vor. Das OBELDICKS Team gestaltet sich interdisziplinär und fordert im Sinne der Qualitätssicherung als mitwirkende Berufsgruppen (Fach-)Ärzte, Ökotrophologen, Sporttherapeuten und Psychologen ein.

Das Programm sieht demnach als Best Practice Modell eine mehrsägige Therapie vor, die sich gemäß den internationalen Behandlungsleitlinien auf die Themen Ernährung, körperliche Aktivität sowie Verhaltenstherapie stützt.

Die begleitende Ernährungstherapie basiert auf den Grundlagen der optimierten Mischkost, die innerhalb der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlen werden. Daneben bestehen, wie bereits erwähnt, eine psychomotorische Bewegungstherapie sowie ein kognitiv-behaviorales Verhaltenstraining.

Die Umsetzung des Programms orientiert sich nach einem bereits gut bewährten Konzept:

- Gruppenschulung einschließlich individueller Betreuung von Betroffenen und seinem nahen sozialen Umfeld.
- Gruppeneinteilung der Kinder und Jugendlichen erfolgt nach Geschlecht und Alter; demzufolge lassen sich zwei Altersbereiche definieren: 7- bis 10-jährige Kinder sowie 11- bis 16-jährige Kinder und Jugendliche.

Das einjährige Therapieprogramm Obeldicks

Feste Gruppen bestehend aus ca. 10 Betroffenen nehmen über einen Zeitraum von einem Jahr an einem mehrphasigen Übergewichts- und Adipositasstherapieprogramm teil. Auf die Einbindung des sozialen Netzwerkes wird dabei Wert gelegt.

Die Ziele des Programms sind äußerst vielfältig und konzentrieren sich nicht nur auf den Bereich der Gewichtsreduktion:

- Senkung des bestehenden Übergewichts – dieses Ziel wird bei Kindern und Jugendlichen im Wachstum durch eine (zeitlich begrenzte) Gewichtsstabilisierung erreicht wird
- Verringerung eventuell bestehender Komorbidität/en: Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes mellitus Typ 2, Polycystisches Ovarialsyndrom, orthopädische Probleme, psychosoziale Komplikationen
- Langfristige dauerhafte Umstellung von Verhaltensmustern und Erhöhung der Selbstreflexion
- Steigerung des Bewegungsausmaßes und Freude an der körperlichen Aktivität

⁴⁶ Vgl. Fehr, W. (2016)

- Vermeidung von unerwünschten Therapienebenwirkungen, wie z. B. die Manifestation einer Essstörung

Die Programmumsetzung lässt viele Vorteile - nicht nur gesundheitlicher Natur - für die Teilnehmenden erkennen. Zu diesen zählen:

- Langfristige Betreuung über ein Jahr ohne Trennung vom regulären Umfeld, wodurch ein Schulbesuch weiterhin ermöglicht wird und die sozialen Kontakte aufrechterhalten werden
- Intensive Einbeziehung der nahen Bezugspersonen in die Therapie von Übergewicht und Adipositas
- Interaktion und Austausch im Verband der Gruppe
- Einübung und Umsetzung des erlernten Essverhaltens direkt im familiären sowie schulischem Kontext
- Möglichkeit zur Inanspruchnahme spezieller Bewegungsangebote im Rahmen der Adipositas sowie von Selbsthilfeprogrammen

Auch der Kostenfaktor gestaltet sich im Vergleich zu stationären Kuraufenthalten und Einzeltherapien positiv.

Voraussetzungen für die Teilnahme am Adipositasschulungsprogramm

- Vorliegen einer extremen Adipositas (BMI > 99,5 Perzentile)
- Vorliegen einer Adipositas (BMI > 97 Perzentile) mit einer positiver Familienanamnese bei nahen Verwandten in Zusammenhang mit Stoffwechsel- und/oder kardiovaskulären Erkrankungen (z. B. Dyslipidämie, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2)
- Übergewichtige Kinder (BMI > 90 Perzentile) bei gleichzeitigem Bestehen von entsprechenden Begleiterkrankungen wie Dyslipidämie, Insulinresistenz, manifestem Diabetes mellitus 2 oder Hypertonie

Die Indikationsstellung zur Therapie erfolgt in allen Fällen durch den behandelnden (Fach-) Arzt.

6 Ergänzungen und Qualitätssicherung mittels Experteninterviews

Nach Abschluss der Recherchen zur aktuellen Versorgungssituation übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auf nationaler Ebene (s. Kapitel 5) wurde die enorme Heterogenität der Betreuungsstrukturen sichtbar. Innerhalb dieses breiten Angebots konnten einige Übergewichts- und Adipositastherapieprogramme identifiziert werden, die in Ihren Inhalten weitgehend den Leitlinien der Medizinischen Universität Graz entsprechen. An diesen waren und sind Fachärzte der Pädiatrie beteiligt, die reichlich Erfahrungen in der Betreuung der Zielgruppe aufweisen.

Neben der quantitativen Erhebung der Betreuungsangebote mit anschließender qualitativer Beurteilung wurden daher Experten ausgewählt, mittels deren Unterstützung ein umfassender Einblick in die Thematik gewonnen werden konnte.

6.1 Methodische Vorgehensweise und Auswahl der Interviewpartner

Als Voraussetzungskriterium für die Auswahl der Interviewpartner wurde im ersten Schritt eine Facharztausbildung für Pädiatrie festgelegt. Im nächsten Schritt wurden die Pädiater hinsichtlich ihrer Funktionen differenziert. Konnte aus dieser geschlossen werden, dass es sich um einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit gewissen Erfahrungen in der Behandlung von Übergewicht und/oder Adipositas handelt, wurden diese als mögliche Interviewpartner eingeschlossen. Außerdem wurde darauf geachtet, vor allem auch Pädiater einzuschließen, die aktuell an einem Therapieprogramm mitwirken. Letztlich konnten auf diesem Weg 5 Gesprächspartner ausfindig gemacht werden, die sich auf die unterschiedlichen Regionen aufteilen. Die Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde üben ihre Tätigkeiten in den Bundesländern Wien, Steiermark, Kärnten, Salzburg sowie Tirol aus. Diese Auswahl fördert einen ganzheitlichen Blick auf die in Österreich vorherrschenden Verhältnisse.

6.2 Inhaltliche Details zum Interviewleitfaden

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den Fragenkatalog zum Interviewleitfaden. Für das Interview konnten im Vorfeld - ausgehend von den Rechercheergebnissen zur aktuellen Versorgungssituation - folgende Fragestellungen als wesentlich identifiziert werden:

Gibt es neue Erkenntnisse und Forschungen im Hinblick auf die Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen (im Folgenden „KuJ“)?

Wie kann man eine übergewichtige Generation verhindern? Wo müsste man Ihrer Meinung nach ansetzen? Wer könnte etwas bewirken?

Wie würden Sie die aktuelle Versorgungssituation übergewichtiger und adipöser KuJ in Österreich beurteilen?

a. Sind qualitätsgesicherte Angebote vorhanden?

b. Von welchen Institutionen werden diese angeboten?

c. Sind Mängel erkennbar? Wenn ja, an welchen Stellen?

Was könnte verbessert werden?

Welche Kriterien zeichnen ein qualitatives Übergewichts- bzw. Adipositas-Therapieprogramm aus? Können Sie wesentliche Punkte nennen, die bei der Konzeption eines neuen Gewichtsreduktionsprogrammes auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten?

Welche übergeordneten/„politischen“ Voraussetzungen müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, um diese qualitative Betreuung möglichst flächendeckend und langfristig zu gewährleisten?

Ist es üblich, dass in Ihrer Einrichtung KuJ mit Adipositas stationär betreut werden?

- a. Wenn ja, wie sieht diese Betreuung aus?*
- b. Welche Voraussetzungen müssen vor Therapiebeginn erfüllt sein?*
- c. Besteht das Angebot auch im Fall von übergewichtigen PatientInnen?*
- d. Wenn nein, welche Hemmnisse bestehen?*
- e. Wenn nein, wäre der Bedarf gegeben?*

Ist eine ambulante Betreuung für KuJ mit Übergewicht/Adipositas vorgesehen?

- a. Wenn ja, wie sieht diese Betreuung aus?*
- b. Welche Voraussetzungen müssen vor Therapiebeginn erfüllt sein?*
- c. Nehmen die KuJ bzw. die Erziehungsberechtigten Ihr Angebot eigenmotiviert in Anspruch oder werden sie in der Regel von AllgemeinmedizinerInnen/FA für Innere Medizin/FA für Kinder- und Jugendheilkunde überwiesen?*

Erfolgt eine Zusammenarbeit mit einer oder mehreren weiteren Institution/en?

- a. Wenn ja, wie gestaltet sich diese Kooperation in der Praxis?*
- b. Wenn nein, warum nicht? Wäre eine Kooperation wünschenswert bzw. Ihrer Meinung nach sinnvoll?*

Aktuelle Daten verweisen auf die Wichtigkeit eines interdisziplinären Betreuungsansatzes.

- a. Deckt sich diese Aussage mit Ihren Vorstellungen bzw. Erfahrungen?*
- b. Wie ließe sich dieser aus Ihrer Sicht am besten gestalten?*

Mit welchen Maßnahmen kann/können das soziale Umfeld/die Erziehungsberechtigten der betroffenen KuJ frühzeitig eingebunden werden?

Können Sie (inter-)nationale Therapieprogramme für diese Zielgruppe nennen, die als Best Practice Modelle für Gesamtösterreich fungieren könnten?

Möchten Sie abschließend noch etwas zum Thema Übergewicht/Adipositas ergänzen?

6.2.1 Darstellung der Ergebnisse aus den Befragungen

Es wurden Interviews mit 5 Experten geführt, die zu weitgehend einheitlichen Befragungsergebnissen geführt haben. Im Folgenden Teil dieses Berichts werden die Interviewpartner erwähnt und die gesammelten Aussagen in einer Zusammenfassung dargestellt.

Interviewpartner

Priv.-Doz. Dr. med.univ. **Daniel Weghuber** – Leitender OA Beirat für Pädiatrie der Österreichischen Adipositas Gesellschaft, Projektleiter des Adipositastherapieprogramms „In Form individuell“

Dr.in med.univ. **Anna Maria Cavini** – OÄ an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Projektleiterin des Adipositaspräventionsprogramms „Down & Up“

Dr.in med.univ. Dipl. oec. troph. **Sabine Scholl-Bürgi** – Department für Kinder- und Jugendheilkunde, Bereich für angeborene Stoffwechselstörungen am Universitätsklinikum in Innsbruck

Dr.in med.univ. **Maria Fritsch** – Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie, Bereich Diabetologie am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendheilkunde des Allgemeinen Krankenhauses Wien

Ass.-Ärztin Priv.-Doz.in Dr.in med.univ. **Elke Fröhlich-Reiterer** – Leitung Ambulanz für Endokrinologie, Diabetes und Adoleszentenmedizin am Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz.

Zusammenfassung der Interviews

In allen Gesprächen herrscht grundsätzliche Einigkeit darüber, dass es laufend aktuelle Forschungsergebnisse zur Betreuung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher gibt. Allerdings verweisen auch sämtliche Interviewpartner auf die Notwendigkeit strukturierter Betreuungsmaßnahmen für ganz Österreich. Diese sollten sich an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Bundesländer orientieren. Besonders weitläufige Regionen wie der Tiroler Bereich vermissen solche individuellen Angebote.

Als Voraussetzung für die Therapie der Zielgruppe wird ein interdisziplinärer Betreuungsansatz genannt. Das Team sollte sich aus folgenden Berufsgruppen zusammensetzen: Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologen/Ernährungswissenschaftler, Physiotherapeuten/Sportmediziner, Psychologen/Psychotherapeuten und alle entsprechenden Professionen mit ähnlichen bzw. gleichwertigen Kompetenzen. Drei Experten berichten von der Ausbildung zum Adipositastrainer für Kinder und Jugendliche. Eine umfassende Schulung wird beispielsweise in Kärnten durch das Projekt „Down & Up“ für alle an der Behandlung beteiligten Professionen angeboten. Die genannte Ausbildung wird auch von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde empfohlen. Bezüglich Ausbildung gilt zu beachten, dass die Versorgung der Zielgruppe weitgehend im niedergelassenen Bereich organisiert wird. Mediziner und andere Berufsgruppen benötigen einen – unter Umständen finanziellen – Anreiz zur Absolvierung der Schulung. Letztere wird in der Regel nicht finanziert.

Ein Experte verweist zudem auf die Wichtigkeit der Zertifizierung von Betreuungsangeboten. Diese sollte sich wie im Fall der Deutschen Adipositasgesellschaft nach den aktuellen Qualitätsstandards richten und Voraussetzung für eine Kostenübernahme bzw. einen Kostenzuschuss durch Sozialversicherungsträger und andere öffentlichen Stellen sein.

Aus dem multidisziplinären Team lassen sich in den Gesprächen auch die wesentlichen Therapiesäulen ableiten: Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation. Alle Schritte sollten unter engmaschiger Einbindung der nahen Bezugspersonen eines Betroffenen stattfinden; im Idealfall sind beide Elternteile mit den Behandlungsmaßnahmen vertraut und in diese integriert. Gerade bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen sozialen Schichten und vorliegendem Migrationshintergrund erweist sich dieser wichtige Faktor häufig als schwierig. Manchmal kommen aber auch andere Hürden, wie die finanzielle Situation der

Eltern gekoppelt mit geringen finanziellen Ressourcen, in Frage. Im Vorfeld sollte daher bereits speziell auf die Einhaltung von Einschluss- und Ausschlusskriterien geachtet werden. Betroffenen, denen eine ambulante Therapie beispielsweise nicht zugemutet werden kann, sollten dieser in der Praxis auch nicht zugeführt werden. Natürlich sollten hierbei vor allem psychosoziale Beeinträchtigungen Berücksichtigung finden.

Als wesentlicher Marker für den Erfolg einer Therapie wird das Alter des Betroffenen benannt. Je früher Interventionen stattfinden (z.B. innerhalb des Vor- und Volksschulalters), desto eher besteht die Chance auf eine langfristige Senkung des Körpergewichts bzw. Verbesserung der allgemeinen Gesundheit. Stichwort Gesundheit – neben der Gewichtsreduktion sollten generell weitere Faktoren berücksichtigt werden, um den Erfolg einer Behandlungsmaßnahme zu messen. So können beispielsweise Komorbiditäten positiv beeinflusst werden, auch ohne dass es zu einem nennenswerten Rückgang des Körpergewichts kommt. Aber auch weitere Parameter wie das seelische Wohlbefinden oder die körperliche Fitness sollten zur qualitativen Beurteilung eines Programms einbezogen werden.

In Bezug auf die Umsetzung konkreter Maßnahmen innerhalb Österreichs betonen die Interviewpartner einen Ansatz, der auf allen politischen Ebenen greifen muss. In erster Linie muss es einen allgemeinen Konsens darüber geben, das steigende Problem von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Angriff zu nehmen. Zudem wäre es sinnvoll, eigenständige Funktionen mit dem Monitoring und der Unterstützung dieser Maßnahmen einzurichten. Vor allem Bund und Länder sollten in enger Kooperation stehen. Letztlich müssen Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Vereine, medizinische Einrichtungen und viele mehr an einem Strang ziehen, um eine optimale Betreuung langfristig zu gewährleisten. Strukturelle Maßnahmen im Sinne von Gesetzesanpassungen sollten an mehreren Stellen erfolgen: Im Bereich der Schulverpflegung und der nahen Umgebung von schulischen Einrichtungen (z.B. Fast Food Anbieter etc.), in Bezug auf die Verkehrssicherheit, um über diesen Umweg das Bewegungsverhalten zu verbessern sowie im Rahmen des industriellen Nahrungsmittelangebots. Um alle wesentliche Akteure miteinzubeziehen und sinnvolle Maßnahmen langfristig umsetzen zu können, könnte die Entwicklung eines nationalen Aktionsplans Adipositas neben jenen für Ernährung und Bewegung geplant werden.

Alle Experten, die an der Befragung teilgenommen haben, sprechen innerhalb Österreichs von Versorgungslücken. Zwar bestehen qualitätsgesicherte Angebote, jedoch fungieren diese entweder als Projekte oder werden nicht ausreichend unterstützt, um in einem größer angelegten Rahmen stattfinden zu können. Es mangelt an einem Gesamtkonzept für alle österreichischen Bundesländer. Als möglichen Ansatz zur Umsetzung geeigneter Versorgungsmaßnahmen wurde von einem Experten die Verzahnung spezialisierter Adipositaszentren mit Reha-Einrichtungen empfohlen. Aktuell bestehen in Österreich dazu keine Umsetzungsmöglichkeiten, Beispiele aus Deutschland zeigen aber, dass es sich dabei um eine sinnvolle Strategie handeln könnte.

Ein weiterer Punkt, der in den Gesprächen häufig thematisiert wurde, ist die Nachbetreuung der Kinder und Jugendlichen. Aktuell sehen die Interviewpartner auch in diesem Bereich viel Potenzial. Benötigt werden strukturierte Nachsorgeangebote, die über einen längeren Zeitraum bestehen.

Eine Einleitung neuer Institutionen und Maßnahmen - Adipositaszentren, spezialisierte Reha-Zentren ausschließlich für die Zielgruppe, Ausweitung der Ausbildungsangebote zum Adipositastrainer, die Implementierung einer täglichen, verpflichtenden Aktiveinheit und vieles mehr – könnte im ersten Schritt in Modellregionen erfolgen. Auf die städtischen Bereiche müsste nach Meinung mancher Experten kein spezieller Fokus gelegt werden, da diese zumeist besser versorgt sind als ländliche Gebiete. Allerdings sollte sich das Angebot auch an der Nachfrage orientieren, was wiederum Ballungsräume in den Vordergrund stellt.

Alle Experten berichten davon, wie die Betreuung in Ihren Institutionen aussieht. Dabei können große Unterschiede verzeichnet werden, die auch mit den örtlichen Gegebenheiten und Strukturen innerhalb eines Bundeslandes zusammenhängen. Jedoch gibt es in allen Institutionen stationäre sowie ambulante Therapieangebote. Drei Experten erwähnen, dass sich aufgrund von Ressourcenmängeln in Bezug auf Zeit und Personal keine umfassenden Angebote umsetzen lassen, diese aber zumindest angedacht sind. Als Best Practice Modelle werden von den Interviewpartnern „In Form individuell“ (Salzburg), „Down & Up“ (Kärnten) sowie „Enorm in Form“ (Wien) genannt. Die beiden erstgenannten Programme werden im Kapitel „Nationale Best Practice Modelle“ näher beleuchtet.

Abschließend können folgende Kernaussagen definiert werden:

- Österreich benötigt ein Gesamtkonzept für die Versorgung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher, in dem die individuellen Unterschiede zwischen den Bundesländern Berücksichtigung finden.
- Therapieangebote im Rahmen von Programmen sollten langfristig umgesetzt werden, einen interdisziplinären Ansatz verfolgen und damit auf mehreren Therapiesäulen aufbauen, eventuell zertifiziert sein. Qualitative Programme sollten entsprechend (teil-)finanziert werden.
- Die Ausbildung zum Adipositrainer sollte vorangetrieben werden und Anreize zur Inanspruchnahme gebildet werden.
- Die aktuellen Betreuungsstrukturen sollten weiter ausgebaut werden, um dem Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Dies erfordert eventuell auch die Schaffung neuer Einrichtungen wie spezialisierten Reha-Angeboten und Adipositaszentren.
- Übergewicht und Adipositas sind sozialpolitische Probleme und sollten daher auf mehreren Ebenen behandelt werden. Kinder und Jugendliche sollten eine lebenswerte Umwelt vorfinden, die sie zu regelmäßiger Bewegung und einem ausgewogenen Essverhalten motiviert.

7 Umsetzungsvorschläge zur Optimierung der Versorgung

7.1 Gegenüberstellung: Soll- und Ist-Zustand

Der Soll-Zustand

Der „(Be-)Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene“⁴⁷ des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz definiert den „Soll-Zustand“ einer qualitativ hochwertigen Betreuung. Die Details zu dieser Maßnahme werden im Kapitel 4 näher erläutert.

Die Studie führte eine systematische Recherche von evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen, internationalen Leitlinien zu diesem Thema durch. Daraus ergaben sich 23 Leitlinien, die in weiterer Folge zu einer Synopse zusammengefasst wurden. Die Empfehlungen kamen aus unterschiedlichen Ländern und von unterschiedlichen Institutionen, zeigten jedoch weitgehend einheitliche Ergebnisse. Für Kinder und Jugendliche wurden dabei folgende Qualitätskriterien definiert:

- Die Therapie soll durch ein multidisziplinäres Team mit entsprechend qualifizierten Fachkräften erfolgen
- Die Therapie muss an die individuelle Situation der betroffenen Person angepasst sein.
- Die Therapie muss in jedem Fall mit Einbeziehung der Eltern bzw. der gesamten Familie erfolgen.
- In der Regel wird ausschließlich eine Lebensstilintervention empfohlen:
- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie (mit Fokus auf den/die Erziehungsberechtigten)
- Eine medikamentöse Gewichtsreduktion kann nur im Einzelfall (frühestens ab dem 12. Lebensjahr, nur bei Vorliegen schwerer Begleiterkrankungen, zusätzlich zur Lebensstilintervention und ausschließlich in spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen) in Betracht gezogen werden.
- Die bariatrische Chirurgie stellt bei Kindern und Jugendlichen primär keine Therapieoption dar. Bei postpubertären Jugendlichen mit einem BMI ≥ 40 kg/m² oder ≥ 35 kg/m² bei bestehenden Begleiterkrankungen kann im Einzelfall ein Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB) stattfinden, wenn im Vorfeld der Therapie bereits alle konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft wurden.
- International wird davon ausgegangen, dass Ärzte und andere Gesundheitsberufe meist nicht ausreichend vorbereitet sind, um eine erfolgreiche Betreuung von Personen – im Speziellen Kindern und Jugendlichen - mit Übergewicht und Adipositas zu gewährleisten. Insbesondere zeigt sich bezüglich Ausbildung in Verhaltensänderung, interdisziplinärer Teamarbeit und unzutreffenden Meinungen über adipöse Patienten Handlungsbedarf.⁴⁸ Die folgende Erhebung betrachtet die derzeitigen Betreuungsangebote in Österreich im Detail. Durch die dadurch darstellbare Lücke zwischen Soll- und Ist-Zustand kann der Handlungsbedarf für Verbesserungen in Österreich definiert werden.

Der Ist-Zustand

Die österreichweite Recherche des Competence Center Integrierte Versorgung der StGKK hat Informationen über insgesamt 109 Betreuungsangebote für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich zusammengefasst. Dabei zeigte sich eine weitgehend

⁴⁷ Vgl. Jeitler, K., Stigler, F. et al. (2016)

⁴⁸ Vgl. Dietz, W.H., Baur L.A. et al. (2015)

uneinheitliche Versorgungslandschaft bezüglich der Betreuung der Betroffenen in Einrichtungen. Im weiteren Verlauf des Berichts werden unter dem Begriff Einrichtungen alle Institutionen aus der Recherche (s. Kap. 5.2) zusammengefasst.

Erfüllte Qualitätskriterien: Bezogen auf die zuvor beschriebenen Qualitätskriterien zeigten sich drei davon einheitlich erfüllt. So wurden Ernährungsmaßnahmen beinahe immer angeboten; auf Medikamentenverschreibungen wurde in den meisten Fällen verzichtet und - soweit angegeben - wurden fast immer Angebote zur Einzel- inkl. Familienbetreuung bereitgestellt.

Teilweise erfüllte Qualitätskriterien: Nur etwa 40 Prozent der Angebote inkludierten Bewegungsmaßnahmen und nur etwa 60 Prozent Verhaltensmaßnahmen. Somit zeigte sich die Hauptmaßnahme – die Durchführung einer Lebensstilintervention inklusive Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensmaßnahmen – nur unzureichend erfüllt. Weiterst ist eine Nachbetreuung zwar meist vorhanden, diese wird jedoch unter variierenden Bedingungen und in einem heterogenen Ausmaß angeboten. Der Behandlungspfad empfiehlt hier für alle Kinder und Jugendliche zumindest für ein weiteres Jahr Follow-Up Sessions zur BMI Kontrolle nach Nachbetreuung.

Nicht erfüllte Qualitätskriterien: In vier von fünf Einrichtungen ist das Qualitätskriterium der Interdisziplinarität nicht gegeben. Zwar inkludieren 70 Prozent die Betreuung durch einen Arzt, jedoch fehlten meist qualifizierte Ernährungsfachkräfte (z.B. Diätologen), Bewegungs-/Sporttherapeuten (z.B. Physiotherapeuten), Gesundheitsberufe mit PSY-Kompetenz (z.B. Psychotherapeuten, Gesundheits- oder klinische Psychologen oder ein Kinder- und Jugendpsychiater). In Summe haben 9 Einrichtungen angegeben, für Kinder und Jugendliche eine bariatrische Chirurgie anzubieten, welche nur in sehr speziellen Einzelfällen indiziert sein kann.

Im Folgenden werden die vom evidenzbasierten Behandlungspfad definierten Qualitätskriterien und die Erfüllung dieser Aspekte in den 109 identifizierten Einrichtungen zusammengefasst:

- Multidisziplinäres Team: Bei 22,9 Prozent wird der interdisziplinäre Ansatz verfolgt. Bei weiteren 11 Prozent wurde keine Angabe gemacht.
- Individuelle Therapieanpassung: 79,7 Prozent bieten Einzelbetreuung an, bei weiteren 7,3 Prozent konnten keine gesicherten Daten erhoben werden. Jedoch erlaubt der Aspekt der Einzelbetreuung noch keinen Rückschluss auf die Therapiequalität.
- Einbeziehung der Erziehungsberechtigten: In weniger als der Hälfte der Fälle (37,6 Prozent) findet keine Inklusion der Erziehungsberechtigten statt. In weiteren 60,6 Prozent wurde keine Aussage getroffen.
- Ernährungstherapie: Beinahe alle Angebote (96,3 Prozent) umfassen Ernährungsberatung. Bei 3,7 Prozent der recherchierten Einrichtungen wurde keine Angabe gemacht. Es ist nicht bekannt, ob die aktuellen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen zum Tragen kommen.
- Bewegungstherapie: 40 Prozent der Angebote beinhalten ein Bewegungskonzept. Es lässt sich keine Aussage darüber treffen, inwiefern wissenschaftliche Leitlinien angewendet werden.
- Verhaltenstherapie: 55,5 Prozent beinhalten das Angebot einer Verhaltenstherapie. Bei 8,5 Prozent wurde keine Angabe gemacht.
- Medikamentöse Therapie: In 1,8 Prozent erfolgt eine medikamentöse Therapie. In weiteren 3,7 Prozent erfolgte keine Angabe.

- Bariatrische Chirurgie: 8,3 Prozent der Einrichtungen bieten chirurgische Maßnahmen an. 2,8 Prozent liefern keine Angabe.

Die nächsten Schritte: Prinzipien

Als übergeordnete Ziele lassen sich nachstehende Prinzipien definieren. Einerseits geht es darum, das Angebot dem Bedarf anzupassen, andererseits darum, die Qualität des Angebots den Qualitätskriterien anzupassen.

7.2 Darstellung der Bedarfssituation in Österreich

In Österreich sind etwa 12,2 Prozent der Schüler übergewichtig und weitere 2,6 Prozent adipös.⁴⁹ Hochgerechnet auf eine Gesamtpopulation von 1,48 Millionen in Österreich⁵⁰ ergibt das etwa 181.000 übergewichtige sowie 38.000 adipöse Kinder und Jugendliche.

Das derzeitige Angebot: Die Anzahl der Einrichtungen pro Bundesland deutet auf eine Heterogenität bezüglich des Angebotsumfangs durch Einrichtungen hin. So gibt es z.B. in Oberösterreich zwanzig und in Salzburg sieben dieser Einrichtungen. Auch zwischen den einzelnen „Institutionen“ zeigt sich eine Heterogenität bezüglich des Angebots. Wie oft die empfohlenen Maßnahmen informell (nicht in Form einer „Einrichtung“, sondern durch eine flexible Kooperationen von Gesundheitsberufen) angeboten werden, ist unklar. Auch auf die Behandlungsqualität lassen sich keine konkreten Rückschlüsse ziehen.

Die Nutzung des derzeitigen Angebots: Wie viele Kinder und Jugendliche bereits an Behandlungsmaßnahmen teilgenommen haben bzw. jedes Jahr daran teilnehmen, ist derzeit nicht bekannt. Wie groß die Lücke zwischen Angebot und Bedarf (Strukturqualität) ist und wie viel Prozent der übergewichtigen und adipösen Kinder die empfohlenen Maßnahmen in Anspruch nehmen (Prozessqualität), ist deshalb nicht genau bestimmbar.

7.3 Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis

7.3.1 Die Qualität des Angebots an die Qualitätskriterien anpassen

Wie zuvor erwähnt sollte das Ziel darin bestehen, ein interdisziplinäres Angebot mit Einbeziehung des nahen sozialen Umfelds im Bereich Ernährung, Bewegung und Verhaltensänderung anzubieten und für eine strukturierte Nachbetreuung zu sorgen. Da das derzeitige Angebot durch Einrichtungen die meisten dieser Faktoren aktuell nicht erfüllt, ist hier das Potential für Qualitätsverbesserungen vorhanden. Auch andere Faktoren wie eine professionelle Evaluierung, einer Re-Evaluierung im Sinne des QMS, ein qualitätsgesichertes Curriculum und ein wertschätzender (Stigma-freier) Umgang mit übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen kann z.B. für eine Zertifizierung von Einrichtungen, die den geforderten Qualitätsstandards entsprechen, dienen.

Die nächsten Schritte: Ziele

Die vorliegende Gegenüberstellung von Soll- und Ist-Zustand und der daraufhin vorgeschlagene Zugang, das Angebot an den Bedarf und an die entsprechenden

⁴⁹ Vgl. Ramelow, D., Deutsch, F. et al. (2015)

⁵⁰ Vgl. Kaindl, M., Schipfer, R.K. (2017)

Qualitätskriterien anzupassen, ergibt Andockmöglichkeiten in der Struktur, den Prozessen und den Ergebnissen des Adipositasmanagements.

7.4 Strukturmaßnahmen

Neue Institutionen einrichten

Viele der in diesem Bericht identifizierten Einrichtungen sind eigenständige Institutionen oder Programme. Die Ausweitung solcher Einrichtungen ist eine mögliche Handlungsoption, sowohl durch die Schaffung von kleinen, dezentralen als auch von großen, zentralisierten Einrichtungen. Eine besondere Stellung nimmt die Betreuung morbid adipöser Kinder und Jugendlicher in Österreich ein. Durch die Schaffung spezieller Reha-Zentren eigens für diese gefährdete Zielgruppe könnte eine standardisierte, qualitative Therapie erreicht werden. Mit den Vorteilen des erweiterten Angebots gehen jedoch auch Gefahren durch eine verstärkte Fragmentierung des Gesundheitswesens einher.

Funktionierende Versorgungsmodelle fördern

Die vorliegende Studie hat viele bereits existierende Einrichtungen und Institutionen identifiziert. Gut funktionierende, den Qualitätskriterien entsprechende Einrichtungen können einerseits gefördert und unterstützt werden und andererseits auch als Vorbild für die Schaffung neuer Einrichtungen dienen. Zu beachten ist, dass die vorliegende Studie vor allem nach Einrichtungen und nicht explizit nach dezentralen, lose organisierten Zusammenarbeitsformen (z.B. Gesundheitsberufe, die bereits jetzt formell oder informell zusammenarbeiten und Adipositas-Programme anbieten) gesucht hat. Beispiele für Einrichtungen, die bereits die Qualitätskriterien erfüllen:

- Salzburg: „Inform individuell“ - Salzburger Landeskliniken und Kardinal Schwarzenberg Klinikum
- Kärnten: „Up & Down“ – Dr. Anna Cavini
- Wien: „Enorm in Form“ - WGKK

Es ist zu erwarten, dass es auch im niedergelassenen Bereich bereits jetzt schon Zusammenarbeitsformen gibt, die den Qualitätskriterien entsprechen. Auch diese können gefördert werden oder als Vorbild dienen.

Vorhandene Strukturen nutzen

Der Behandlungspfad Adipositas ist inhaltlich grundsätzlich „struktur-neutral“. Es wird darin, wie auch in den internationalen Behandlungsempfehlungen, die in den Bericht eingeflossen sind, der Prozess beschrieben, der stattfinden soll. Es wird auch die „idealtypische“ Berufsgruppe angeführt, die diese Tätigkeit ausführen sollte. Die Art der Einrichtung oder Zusammenarbeitsform, in der diese Tätigkeiten stattfinden sollen, wird jedoch nicht beschrieben. Deshalb ist eine mögliche Handlungsoption die Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen sowohl was den Ort der Behandlung betrifft als auch die beteiligten Personen. Konkret würde das bedeuten, dass vorhandene Allgemeinmediziner, Diätologen, Physiotherapeuten und Psychologen, die bereits jetzt in der Primärversorgung (bzw. anderen Versorgungsebenen) tätig sind, neue Anreize gesetzt bekommen, die entsprechenden Behandlungen durchzuführen. Dabei kann es nötig sein, die vorhandenen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen dementsprechend zu erweitern.

7.5 Prozessanpassungen

Prozesse in Einrichtungen verbessern

Durch fortlaufende Evaluierung und Organisationsentwicklung können die Abläufe und Prozesse den im Behandlungspfad Adipositas beschriebenen Qualitätskriterien angepasst werden.

Prozesse zwischen Einrichtungen verbessern

Durch Evaluierung und der Entwicklung eines umgesetzten (klar definierten und eventuell verpflichtenden oder mit Anreizen versehenen) Behandlungspfades können die Abläufe und Prozesse den im Behandlungspfad Adipositas beschriebenen Qualitätskriterien angepasst werden. Dadurch kann die Kooperation innerhalb der Primärversorgung als auch zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen verbessert werden.

7.5.1 Ergebnisqualität

Im Behandlungspfad Adipositas werden viele Qualitätsziele beschrieben, unter anderem die Durchführung von Interventionen wie Verhaltensänderungsmaßnahmen (bezüglich Ernährung und Bewegung) und regelmäßigen Follow-Ups, als auch Ergebnisqualitäts-Ziele wie die Stabilisierung oder Reduktion des Gewichts. Auf Basis dieser Empfehlungen können klar definierte Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien für eine Evaluierung des Programmerfolges herangezogen werden.

Die nächsten Schritte: Umsetzung

Die Umsetzung von Strukturmaßnahmen und Prozessanpassungen kann grundsätzlich auf mehreren Wegen stattfinden. Sie kann durch Institutionalisierung, Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsberufe („human resources“), durch die Schaffung von finanziellen Anreizen sowie durch Maßnahmen, die auf unterversorgte Regionen abzielen, erfolgen.

Institutionalisierung

Eine Form der Institutionalisierung von Adipositasmanagement wäre die Schaffung einer Koordinationsstelle bzw. die Ernennung eines Koordinators, mit einem spezifischen, zuvor definierten Auftrag zur Verbesserung des Adipositasmanagements.

Human resources

Um das Angebot dem Bedarf anzupassen, wäre es notwendig, entsprechende Gesundheitsberufe auszubilden bzw. für diese Aufgabe abzustellen. Hier könnte an die bestehende Ausbildung zum Adipositrainer angeknüpft werden. Diese Ausbildung wird unter anderem vom Best Practice Modellprojekt „Up & Down“ innerhalb Österreichs bereits umgesetzt und setzt insbesondere auf Verhaltensebene an.

Das an erster Stelle genannte Vorhaben könnte im Rahmen eines umfassenden, strukturierten Planes geschehen, der nicht nur Adipositasmanagement, sondern alle Aufgaben des Gesundheitswesens umfasst. Es wäre dabei wesentlich zu definieren, welche Aufgaben notwendig sein werden, welche davon bereits jetzt schon erfüllt werden und welche bzw. wie viele Gesundheitsberufe gebraucht werden, um diese Lücke zu schließen. Damit kann es notwendig werden, neue Stellen und Zeitressourcen zu schaffen.

Unterversorgte Regionen stärken

Ein weiterer, wichtiger Aspekt im Rahmen der Umsetzung betrifft den Fokus solcher Reformen. Ein Zugang kann der Fokus auf derzeit unterversorgte Regionen, zum Beispiel in ländlichen Gebieten, sein. Dafür braucht es zuerst die Identifizierung dieser Regionen und

daraufhin Maßnahmen und Investitionen, die gezielt versuchen, diese Ungleichheit zu reduzieren.

7.6 Langfristige Einbettung präventiver Maßnahmen

Die Ursache von Adipositas liegt vor allem im Lebensstil der Betroffenen (insbesondere Ernährung und Bewegung) und somit auch im lokalen und gesellschaftlichen Umfeld (insbesondere Preis und Verfügbarkeit von Lebensmitteln in Supermärkten, Restaurants sowie in Kindergärten, Schulen und am Arbeitsplatz), das unsere persönlichen Lebenswelten beeinflusst. Nachhaltige Verbesserungen bezüglich der Prävalenz und den Spätfolgen von Adipositas können somit nur durch nachhaltige gesamtgesellschaftliche Veränderungen erreicht werden. Gesundheitsförderung und Prävention im Setting (beispielsweise innerhalb des Projekts „Frühe Hilfen“ und des nationalen Programms „Richtig Essen von Anfang an“) sowie gesundheitsförderliche Gesetze, Steuern und Subventionen sind wichtiger Bestandteil einer ganzheitlichen Adipositas-Strategie.

8 Anhang

8.1 Fragebogen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas



Fragebogen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas:

Übergewicht und Adipositas stellen in den frühen Lebensjahren ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar und können massive Folgen für das psychosoziale Wohlbefinden haben. Seit geraumer Zeit wird in Österreich ein Anstieg der Betroffenen beobachtet. Unter diesem Hintergrund beleuchtet das *Competence Center Integrierte Versorgung* aktuell die Betreuungssituation von übergewichtigen sowie adipösen Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel, qualitätsgesicherte Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten (oder gegebenenfalls von dem/der Programmverantwortlichen ausfüllen zu lassen) und bis Mo., dem 28.08.2017, an uns zu retournieren. Sollten Sie keine Gewichtsprogramme für Kinder und Jugendliche anbieten, bitten wir Sie um kurze Mitteilung per Mail.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Jasmin Briesner, BSc.
Diätologin der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse
Tel.: 0316/8035-5438
E-Mail: jasmin.briesner@stgkk.at

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung!

Können Sie im Rahmen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht bzw. Adipositas Schwierigkeiten und Hemmnisse identifizieren? Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Führt Ihre Institution zum aktuellen Zeitpunkt Gewichtsreduktionsprogramme für diese Zielgruppe durch?

Ja Nein

Falls ja, fügen Sie diese/s bitte in die Tabelle ein:

	Titel	Anbieter / Kontakt
Programm 1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Programm 2	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Programm 3	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte führen Sie in diesem Schritt anhand der nachstehenden Punkte Details zu Ihrem Angebot / Ihren Angeboten an:

Programm:

Handelt es sich um eine Kooperation?

Ja Nein

Kooperationspartner: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Das Programm besteht seit: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kostenaufwand pro TeilnehmerIn: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Gibt es einen Kostenzuschuss von Seiten des Sozialversicherungsträgers?

Ja Nein

In Höhe von: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Betreuung gestaltet sich

Ambulant Stationär Im niedergelassenen Bereich

Im Rahmen eines nicht-klinischen Aufenthalts (z.B. Camp)

Art der Betreuung

Gruppenangebot Einzelangebot

Gruppengröße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte geben Sie Details zur Betreuungsdauer und –intensität bekannt:

Die Betreuung erstreckt sich über: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Tage/Wochen.

Im Falle einer Betreuung im ambulanten/niedergelassenen Bereich:

Das Angebot umfasst: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Treffen/Termine.

Besteht die Möglichkeit einer Nachbetreuung?

Ja Nein

Umfang (Dauer der Nachbetreuung): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie erfolgt die Überweisung der betroffenen Kinder/Jugendlichen zum Programm?

Eigeninitiative der Erziehungsberechtigten

Betreuender Kinderarzt/betreuende Kinderärztin

Betreuender Allgemeinmediziner/betreuende Allgemeinmedizinerin

Welche Teilnahmebedingungen gibt es?

Einschlusskriterien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ausschlusskriterien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zielgruppe (Alter): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Auf welchen Therapiesäulen beruht das Programm?

Ernährung

Bewegung

Verhaltensänderung

Seite 2 von 4

Weitere: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sind ein oder mehrere der folgenden Aspekte Bestandteil(e) des Konzeptes?

Medikamente zur Gewichtsreduktion

Formuladiäten („Shakes“)

Nahrungsergänzungsmittel

Extrem energiereduzierte Kost

Chirurgische Eingriffe

Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird das soziale Umfeld der TeilnehmerInnen integriert bzw. werden die Eltern /Erziehungsberechtigten beraten?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form erfolgt die Einbindung?

Beratungsgespräch/e

Vorträge

Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Ziele sind im Programm definiert?

Gewichtsabnahme

Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten

Verbesserung des Bewegungsverhaltens

Sonstige Ziele: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besteht ein schriftliches Curriculum/Manual für den Ablauf?

Ja Nein In Erarbeitung

Steht ein interdisziplinäres Betreuungsteam zur Verfügung?

Ja Nein

Welche Berufsgruppen sind involviert?

Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde

DiätologIn

ErnährungswissenschaftlerIn

ErnährungspädagogIn

Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im Ernährungsbereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PhysiotherapeutIn

FitnesstrainerIn

Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im Sportbereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PsychotherapeutIn

Klinische PsychologIn

Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im psychosozialen Bereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie wird das Betreuungsteam auf das Programm vorbereitet?

„Train the Trainer“ Ausbildung

Keine Ausbildung

Sonstige Ausbildung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Erhalten die TeilnehmerInnen bedarfsgerechte Materialien/Unterlagen?

Ja Nein

Wird eine Informationsunterlage angeboten (z.B. in Form einer Broschüre)?

Ja, für Erziehungsberechtigte

Ja, für medizinisches Personal

Ja, für Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche der folgenden Parameter werden dokumentiert?

Alter

Geschlecht

Körpergröße

Gewicht vor dem Programm

Gewicht nach dem Programm

BMI vor dem Programm

BMI nach dem Programm

BMI-Perzentile vor dem Programm

BMI Perzentile nach dem Programm

Adipositasassoziierte Erkrankungen und Risikofaktoren

Laborbefunde

Untersuchungsbefunde

Einstellung, Wissen und Verhalten der Teilnehmerin in

Bezug auf Ernährung und Bewegung

Wie wird das Programm evaluiert?

Laufende Evaluierung Evaluierung in der Vergangenheit

Keine Evaluation

An dieser Stelle können Sie persönliche Anmerkungen ergänzen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum Mo., 28.08.2017, an
jasmin.briesner@stgkk.at.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

9 Literaturverzeichnis

Rust, P., Hasenegger, V. et al. (2017). Österreichischer Ernährungsbericht 2017. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/5/0/CH1048/CMS1509620926290/erna_ngsbericht2017_web_20171018.pdf (Zugriff am 08.11.2017).

Elmadfa, I. et al. (2012). Österreichischer Ernährungsbericht 2012. In: https://nutrition.univie.ac.at/uploads/media/oesterr_ernaehrungsbericht_2012.pdf (Zugriff am 28.08.2017).

Robinson, K. (2017). 10 facts on obesity. In: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> (Zugriff am 25.10.2017).

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

World Health Organization. (2017). Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health. In: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/ (Zugriff am 20.10.2017).

Lehner, P. (2014). EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/2/1/CH1435/CMS1394444939022/eu_action_plan_on_childhood_obesity_2014.pdf (Zugriff am 20.10.2017).

Staudinger, S. (2015). Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich. In: http://www.adipositas-austria.org/pdf/1509-adipositas-therapieangebote_kinder-jugendliche-sipcan.pdf (Zugriff am 20.10.2017).

Dietz, W.H., Baur, L.A., Hall, K., Puhl, R.M., Taveras, E.M., Uauy, R., Kopelman R. (2015). Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. In: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61748-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61748-7.pdf) (Zugriff am 20.10.2017).

Elmadfa, I. et al. (2012). Österreichischer Ernährungsbericht 2012. In: https://nutrition.univie.ac.at/uploads/media/oesterr_ernaehrungsbericht_2012.pdf (Zugriff am 28.08.2017).

Brogan, C. (2017). Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO. In: http://www3.imperial.ac.uk/newsandeventspggrp/imperialcollege/newssummary/news_610_017-15-55-51 (Zugriff am 19.10.2017).

Sperl, W., Weghuber, D., Riedler, J., Gattinger, E.A., Ring-Dimitriou, S. (2015). Umfassendes Therapiekonzept zur Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher im Bundesland Salzburg. Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, SALK, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus, Obesity Academy Austria (Hrsg.).

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

Cavini, A.M., Kulterer-Prodnik, K. (2015). Down & Up. Adipositas-Prävention und –Intervention für Kinder und Jugendliche.

Andreitz, I. (2017). Evaluationsbericht Down & Up (Durchgang 2014-2015).

Nützenadel, W. (2011). Gedeihstörungen im Kindesalter. In: Deutsches Ärzteblatt International 2011; 108(38): 642–9. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0642 (Zugriff am 19.10.2017).

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

Staudinger, S. (2015). Therapieangebote für übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche in Österreich. In: <http://www.adipositas-austria.org/pdf/1509-adipositas-therapieangebote-kinder-jugendliche-sipcan.pdf> (Zugriff am 07.08.2017).

Elmadfa, I. et al. (2012). Österreichischer Ernährungsbericht 2012. In: https://nutrition.univie.ac.at/uploads/media/oesterr_ernaehrungsbericht_2012.pdf (Zugriff am 15.03.2017).

Abarca-Gómez, L., A Abdeen, Z. et al. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. In: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)32129-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)32129-3.pdf) (Zugriff am 06.11.2017).

Arrouas, M., Weber, A. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/3/3/CH1048/CMS1509621215790/cosi_2017_20171019.pdf (Zugriff am 08.11.2017).

Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A., Wolfram, G. (2007). Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. In: <http://www.oege.at/images/PDF/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf> (Zugriff am 28.08.2017).

Wabitsch, M., Kunze, D. (federführend für die AGA). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015; www.a-g-a.de.

World Health Organization. (2007). Growth references 5-19 years. In: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/. (Zugriff am 30.08.2017).

Ziegler, E.E., Nelson, S.E. (2007). Die neuen Wachstumsstandards der WHO. In: <https://www.karger.com/Article/Pdf/163025> (Zugriff am 06.10.2017).

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

Wabitsch, M., Kunze, D. (federführend für die AGA). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015; www.a-g-a.de.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilk* 149:807-818.

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.)

World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894, Genf 2000.

Kliche, T., Koch, U. (2007). Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland. In: http://www.bzga.de/botmed_60648000.html (Zugriff am 22.03.2017).

Goldapp, C., Mann, R. et al. (2005). Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: http://www.bzga.de/botmed_60644000.html (Zugriff am 12.05.2017).

Klimont, J., Baldaszi, E., Ihle, P. (2016). Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/3/CH1099/CMS1474300969368/athis_analyse_08092016_.pdf (Zugriff am 28.08.2017).

Fröschl, B., Haas, S., Wirl, C. (2009). In: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf. (Zugriff am 07.09.2017).

Kurth, B.M. (2008) Gibt es eine gesundheitliche Benachteiligung von Kindern? Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Gesundheit und Sicherheit - von der Wissenschaft zum Verbraucher. Ansprachen und Vorträge* anlässlich der BLL-Jahrestagung 2008., Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e. V. (Hrsg.). In: <https://www.kiggs-studie.de/literatur.html> (Zugriff am 12.05.2017).

Winkler, G., Erb, J. (2008). In: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2008/10_08/EU10_592_598.qxd.pdf. (Zugriff am 06.11.2017).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin.

Moby Kids. Gesundheitsprogramme für Kinder, Jugendliche und Familien. URL: <http://www.mobykids.de/> (Zugriff am 07.11.2017).

Fehr, W. (2016) *Obeldicks. Ein Schulungsprogramm für übergewichtige Kinder und ihre Eltern.* URL: <http://www.obeldicks-rhein-neckar.de/Willkommen.html> (Zugriff am 07.11.2017).

Jeitler, K., Stigler, F., Abuzahra, M., Domke, A., Horvath, K., Semlitsch T. (2016) (Be-) Handlungspfad Übergewicht und Adipositas auf Primärversorgungsebene. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.).

Dietz, W.H, Baur, L.A, Hall, K., Puhl, R.M., Taveras, E.M., Uauy, R et al. (2015) Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet 2015; 385(9986): 2521-2533.

Ramelow D, Deutsch F, Hofmann F, Felder-Puig R. (2015) Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

Kaindl, M., Schipfer, R.K. (2017) Familien in Zahlen 2016. Statistische Informationen zu Familien in Österreich. Österreichisches Institut für Familienforschung (Hrsg.).