

## **Betreuungsstrukturen für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich**

Eine Bestandsaufnahme der Therapieangebote

### Kontakt:

Mag. Sabine Dämon, MAS  
*SIPCAN save your life - Initiative für ein gesundes Leben*  
Special Institute for Preventive Cardiology And Nutrition  
Guggenbichlerstraße 8/15, 5026 Salzburg  
Tel. 0664/2365507  
Mail [office@sipcan.at](mailto:office@sipcan.at)  
Web & Download [www.sipcan.at](http://www.sipcan.at)

### Publikation:

Dämon S.: Betreuungsstrukturen für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich.  
In: Kiefer I., Rieder A., Rathmanner T., Meidlinger B., Baritsch C., Lawrence K., Dorner T.,  
Kunze M.: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige  
Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Verein Altern mit Zukunft (Hrsg.),  
August 2006. ([www.alternmitzukunft.at](http://www.alternmitzukunft.at))

### Datengrundlage:

Dämon S.: Therapieprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich.  
Eine Bestandsaufnahme. Masterthesis am Interfakultären Fachbereich Sport- und  
Bewegungswissenschaft, Universität Salzburg, 2005.

## **Betreuungsformen und Settings in der Adipositas therapie**

Programme und Betreuungsangebote zur Adipositas therapie im Kindes- und Jugendalter finden in unterschiedlichen Formen und Settings statt:

### Ambulante oder stationäre Therapie

Die Adipositas therapie lässt sich prinzipiell im ambulanten als auch im stationären Setting wie beispielsweise in Krankenhäusern oder Rehazentren durchführen. Unter den ambulanten Betreuungsformen, insbesondere in Kinderkliniken und -abteilungen, kann zusätzlich zwischen strukturierten Adipositas-Trainingsprogrammen und individuellen Einzelbetreuungen unterschieden werden (*Zwiauer, 2000*). Eine Untersuchung dazu kam zu dem Ergebnis, dass 6- bis 15-jährige übergewichtige Kinder und Jugendliche ohne Betreuung (Kontrollgruppe) und solche mit einer individuellen Betreuung und großen Beratungsintervallen (wie in der Ambulanzpraxis meist der Fall) ihren BMI-SDS über 2 Jahre nicht reduzieren konnten, während Kinder nach einem speziellen, multidisziplinären und familienbezogenen, einjährigen Trainingsprogramm sowie nach einem Jahr Nachkontrolle signifikant weniger übergewichtig waren (*Reinehr et al., 2003b*).

Ambulante und stationäre Therapieformen haben Vor- aber auch Nachteile. So können in einer ambulanten Schulung die Eltern parallel einbezogen werden, während dies im stationären Rahmen durch die oft größeren Entfernungen zum Heimatort nicht so leicht möglich ist. Bei einem stationären Aufenthalt können andererseits Verhaltensübungen in einem geschützten Rahmen erprobt und vom pädagogisch geschulten Personal supervidiert werden. Darüber hinaus fördert die soziale Unterstützung durch den gemeinsamen Aufenthalt mit Gleichbetroffenen die Selbstsicherheit der TeilnehmerInnen und den Austausch von Erfahrungen und wirksamen Strategien. Für eine ambulante Programmdurchführung spricht wiederum, dass die Kinder das Gelernte unter ihren gewohnten Lebensbedingungen, das heißt im familiären Alltag, erproben, einüben und etablieren können. Eine intensive Freizeitgestaltung mit angeleiteter „Aktivierung“ sowie die Erholung vom bisherigen Alltag sind weitere Vorteile der stationären Adipositas therapie (*Warschburger et al., 1999*). In bestimmten Fällen kann bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen eine stationäre Therapiemaßnahme sehr sinnvoll und vorteilhaft sein, z.B. bei bestehender Komorbidität, Notwendigkeit einer hohen Schulungsintensität oder zur Förderung einer selbständigen Mitarbeit durch einen kurzzeitigen Aufenthalt außerhalb der Familie (*AGA, 2004*).

Betrachtet man die Therapieangebote in Deutschland, so ist ein relativ hoher Anteil an stationären Behandlungseinrichtungen auffällig (*Reinehr & Wabitsch, 2003*). Neben 119 ambulanten Einrichtungen bieten 56 eine stationäre Behandlung an, darunter vor allem Rehabilitationseinrichtungen (57 %) sowie Kinderkliniken (32 %) und psychiatrische Einrichtungen (11 %). Etwa 30 % der ambulanten Einrichtungen bieten initial auch eine stationäre Behandlung an.

### Reha-Zentren

Eine stationäre Langzeitrehabilitation, wie sie in Deutschland durchgeführt wird, ist insbesondere bei Vorliegen einer extremen Adipositas – mit auffälligem Essverhalten, extrem eingeschränkter Bewegungsmöglichkeit und schwerwiegenden psychosozialen Folgen – häufig die einzige Möglichkeit, um einen therapeutischen Prozess in Gang zu bringen, ehe letztendlich nur noch chirurgische Maßnahmen anvisiert werden können. Zudem sind die Familien dieser Jugendlichen mit der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen meist weitgehend überfordert (*Siegfried et al., 2002*). Einer ambulanten Reha-Vorbereitung sowie Reha-Nachbetreuung kommt im Sinne einer Langzeitbetreuung große Bedeutung zu (*KGAS, 2004*).

### Diät- bzw. Feriencamps

Eine Alternative zu einer stationären Aufnahme in einem Krankenhaus oder Reha-Zentrum stellen Ferien- bzw. Diätcamps dar, wobei in einem kontrollierten Setting ähnliche Therapieprinzipien wie in anderen Programmen Anwendung finden können. Der Aufenthalt in einem Diätcamp ist besonders für ältere Kinder geeignet, die das Wegsein von zu Hause akzeptieren und die zur Bildung von sozialen Netzwerken mit Gleichaltrigen befähigt sind (IASO, 2004).

Diätcamps sind typischerweise durch drei Therapiephasen gekennzeichnet: In der Vorbereitungsphase vor dem Camp werden motivierte PatientInnen aufgenommen und erfahren ambulant erste Beratungen. Auch individuelle Zielsetzungen werden festgelegt. Der tatsächliche Campaufenthalt (zwischen 2 und 5 Wochen in den Sommerferien) bildet den Rahmen für die Teilnahme an einem strukturierten, umfassenden Therapieprogramm unter Aufsicht eines multidisziplinären Schulungs- bzw. Betreuerteams. Zusätzlich ist eine aktive und erlebnisorientierte Freizeitgestaltung möglich. Die dritte Phase bildet die Nachbetreuung, wo regelmäßige Treffen mit Erfahrungsaustausch und Problembesprechung stattfinden (Zwiauer, 2000). Bisher liegen jedoch kaum Langzeitevaluierungen zu Ergebnissen dieser Therapieformen vor (IASO, 2004).

### Sonstige

Programme zur Adipositas therapie finden auch in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenkassen, Gesundheitsämtern usw. oder auch in privaten Praxen von Ärzten oder Ernährungsfachkräften statt (Reinehr & Wabitsch, 2003). Zudem werden großteils einmalige Projekte, initiiert von Vereinen und öffentlichen Institutionen, im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsförderung unterstützt (Elmadfa et al., 2003).

## **Betreuungsstrukturen in Österreich**

Während in Deutschland bereits Übersichtsarbeiten über vorhandene Therapieeinrichtungen für übergewichtige Kinder und Jugendliche vorliegen (Reinehr et al., 2002; Reinehr & Wabitsch, 2003), gibt es in Österreich erst seit Kurzem eine Arbeit, die alle vorhandenen Betreuungsstrukturen und Therapieprogramme in Österreich beschreibt (Dämon, 2005). Dabei wurden nach umfassender Recherchearbeit das jeweilige Setting, die Zielgruppen sowie verschiedenste Informationen zu Programmstruktur, -aufbau und -inhalten bzw. zu Finanzierung und Evaluierung mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben (Erhebungszeitraum: 06.-11. 2004; inkl. beendeter Programme bis 2003) und versucht, die Ergebnisse mit den derzeit gültigen Leitlinien und Qualitätskriterien zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu vergleichen (AGA, 2004; Barlow & Dietz, 1998 bzw. Wabitsch, 2000; Böhler et al., 2004a und b, ECOG 2004; IASO 2004; KGAS, 2004; Reinehr et al., 2002).

*Anmerkung zur Untersuchungsmethodik:* Der Fragebogen wurde nicht standardisiert bzw. validiert und daher sind potentielle Fehlerquellen der Fragebogentechnik durch eine vorsichtige Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Dennoch liefert diese Erhebung eine erste grundlegende Übersicht. Nicht in die Auswertung inkludiert wurden psychologische Beratungsstellen, da diese hauptsächlich Selbsthilfegruppen, individuelle Beratungen und Einzelaktionen wie Workshops usw. anbieten und ihr Schwerpunkt meist im Bereich Anorexie/Bulimie liegt. Beispiele sind dennoch im Anhang angeführt.

Die Erhebung zeigt, dass – als Reaktion auf die drastisch zunehmende Adipositasprävalenz – in den letzten Jahren zahlreiche Therapieprogramme und Betreuungsangebote für übergewichtige Kinder und Jugendliche initiiert worden sind (Tab.1).

Einrichtungsart	Einrichtungen		Therapieangebote	
	n	(%)	n	(%)
Krankenhäuser	42	55,3	58	61,1
ambulant, davon:				
<i>individuelle Betreuung</i>	40	52,6	40	42,1
<i>strukturiertes Programm</i>	12	15,8	12	12,6
<i>chirurgische Therapie</i>	6	7,9	6	6,3
öffentliche Institutionen, Vereine	20	26,3	22	23,2
privatrechtliche Unternehmen	13	17,1	14	14,7
Reha-Zentrum (D)	1	1,3	1	1,1
<b>Summe</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

**Tab. 1:** Anzahl an Einrichtungen und Therapieangeboten nach Einrichtungsart (absolut und in %)

Betrachtet man die Anzahl der durchführenden Einrichtungen, so werden von insgesamt 76 Betreuungseinrichtungen 95 Therapieangebote durchgeführt (darunter 86 zum Zeitpunkt der Erhebung laufende Programme, 4 beendete und 5 Programme im Aufbau). Mit 61,1 % wird der Großteil der Therapieformen im klinischen Setting, das heißt in Kinderkliniken und -abteilungen angeboten, wobei hauptsächlich eine individuelle, ambulante Betreuung erfolgt (42,1 % aller Angebote; Umfang, Intensität und Inhalte nach Bedarf, meist beschränkt auf klinische Abklärung und Ernährungsberatung, kaum psychologische Betreuung). Nur 12,6 % aller Therapieformen nehmen strukturierte, umfassende Programme im klinischen Bereich ein (in nur 12 von 42 erfassten Kinderabteilungen; festgelegter Therapieplan hinsichtlich Umfang und Häufigkeit der einzelnen Schulungsbausteine, meist Gruppenprogramme). 6 Kliniken bieten bereits chirurgische Adipositas-therapie für Jugendliche an. Unter den 42 Krankenhäusern (55,3 % aller Einrichtungen) gaben gut ein Fünftel an (9 bzw. 21,4 %) eine eigene Adipositasambulanz für übergewichtige Kinder und Jugendliche zu führen.

Knapp ein Viertel (23,2 %) aller Therapieprogramme wurde von öffentlichen Institutionen oder Vereinen (z.B. Jugendrotkreuz, Krankenkassen, Gesundheitszentren, Caritas, Kinderfreunde, Eltern-Kind-Zentren, Arbeitskreise für Vorsorgemedizin usw.) und 14,7 % aller Therapieangebote von privatrechtlichen Unternehmen (z.B. Selbständige DiätologInnen, Gesundheitspraxen, Hotel/Kuranstalten usw.) initiiert, wobei alle 36 Programme in strukturierter Form durchgeführt werden.

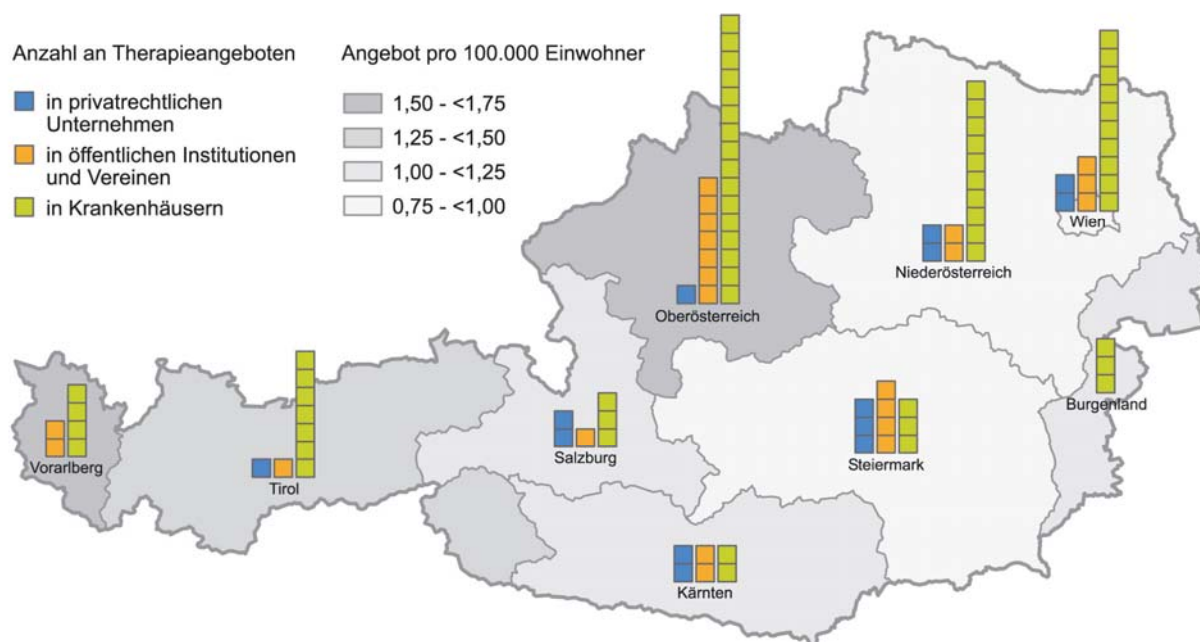
60 Einrichtungen (78,9 %) bieten je eine Therapieform an, während 16 Einrichtungen (21,1 %), darunter 13 Krankenhäuser, mehr als ein Therapieangebot durchführen (insgesamt 35 Therapieformen).

Im Vergleich zu den im Jahr 2003 publizierten Daten aus Deutschland (*Reinehr & Wabitsch, 2003*) liegen in Österreich kaum stationäre Therapieangebote vor. Diese finden auch nicht im klinischen Setting sondern „nur“ in Form von Feriencamps (11x, mit teilweise langjähriger Programm erfahrung sowie vielen betreuten Patienten) sowie als Aufenthalt in einem Kurzentrum (1x) bzw. einem Hotel (1x) statt. Rehabilitationseinrichtungen, die 57 % der stationären Behandlungseinrichtungen in Deutschland einnehmen, gibt es in Österreich nicht. Das ebenso erfasste deutsche Reha-Zentrum, welches nahe zu Österreich liegt (Berchtesgaden) und erfolgsversprechende Ergebnisse erzielt, ist jedoch auch für österreichische Patienten zugänglich (*Siegfried et al., 2002*).

In Österreich überwiegt hingegen die ambulante Therapie, wobei fast alle Kinderkliniken und -abteilungen eine individuelle Betreuung anbieten. Diese ist jedoch, wie bereits erwähnt, in der Praxis hauptsächlich auf eine ärztliche und ernährungsmedizinische Abklärung und Betreuung mit oft nur einmaligen Beratungen oder großen Betreuungsintervallen beschränkt, wobei sich in Studien zeigte, dass gerade diese Kriterien (häufige Beratungseinheiten mit kurzen Intervallen dazwischen – unter anderem auch die Compliance der Patienten widerspiegelnd) eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg darstellen (Denzer et al., 2004; Reinehr et al., 2003b; Valverde et al., 1998).

Bei Betrachtung der regionalen Verteilung (Abb. 1) liegt der Schwerpunkt mit einem Viertel aller Therapieangebote (25,3 %) in Oberösterreich, gefolgt von Wien und Niederösterreich mit jeweils etwa 15 %. Im Burgenland werden mit 3,2 % die wenigsten Programme angeboten. Relativ zur Einwohnerzahl zeigt sich eine bessere Versorgungslage in Oberösterreich und Vorarlberg im Vergleich zu Wien, Niederösterreich oder der Steiermark. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich bei den Therapieangeboten in Krankenhäusern hauptsächlich um individuelle Einzelbetreuungen, also um keine umfassende, multidisziplinäre Therapieform im eigentlichen Sinn bzw. gemäß den allgemein gültigen Leitlinien handelt.

Bei dem einzigen bundesweiten Angebot (nicht in der Grafik berücksichtigt) handelt es sich um ein Programm, welches zentral von einer Institution im Bundesland Wien konzipiert wurde und in privaten Praxen von niedergelassenen ÄrztInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen oder PsychologInnen mit einem Buch zur Anleitung durchgeführt werden kann (Schoberberger et al., 1997).



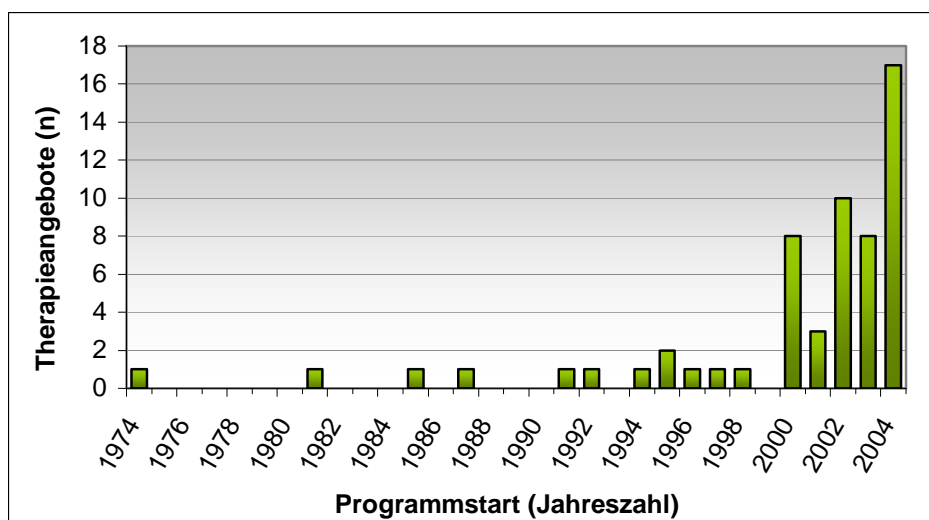
**Abb. 1:** Therapieangebote nach Bundesland und Einrichtungsarten (n = 58, Reha-Zentrum in Deutschland und bundesweites Angebot nicht berücksichtigt)

Im Rahmen der Erhebung wurden von 50 Einrichtungen **60 Fragebögen mit Detailinformationen** zu den unterschiedlichen Therapieangeboten retourniert (Rücklaufquote 63,3 %; 11 Einrichtungen mit minimaler, individueller Behandlung wurden nicht beschickt, eine telefonische Ablehnung; 23 Fragebögen wurden nicht retourniert, davon 16 Krankenhäuser mit individueller Einzelbetreuung). Die folgenden Ergebnisse beziehen sich daher auf eine Stichprobenzusammensetzung von 26 klinischen Therapieformen (43,3 %; 12 individuelle, ambulante Behandlungsangebote; 10 strukturierte und 4 chirurgische Therapieangebote), 21 strukturierten Programmen von öffentlichen Institutionen/Vereinen (35,0 %) bzw. 12 von privatrechtlichen Unternehmen (20,0 %) und einem Reha-Zentrum (1,7 %) (darunter 52 zum Zeitpunkt der Erhebung durchgeführte Programme, 3 bereits beendete bzw. 5 Programme im Aufbau).

Neben dem Setting „Krankenhaus“ (26 Angebote bzw. 43,3 %) werden 11 Programme im Rahmen eines „Feriencamps“ (18,3 %) durchgeführt. In 8 Fällen (13,3 %) wird das Setting „Schule“ inkludiert. Je 6 Therapieangebote (10 %) finden in einem Verein bzw. einem universitären Umfeld statt (4 davon in der Univ. Kinderklinik in Wien) und 26 Therapieangebote in anderen Settings (Sport- und Freizeitstätten, Fitnessbetriebe, Gesundheitszentren, Gemeinde, Reha-/Kurzentrums, private Praxen, Sozial- und Gesundheitsberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren, Hotel) (*Mehrfachnennungen möglich*).

Während 46 Programme (76,7 %) laufend durchgeführt werden, ist ein Teil der Angebote (8 bzw. 13,3 %) aufgrund begrenzter Ressourcen nur einmalig für einen bestimmten Zeitraum verfügbar (meist 1 bis 2 Jahre, für einen bestimmten Zeitraum geförderte Projekte, z.B. durch den Fonds Gesundes Österreich). Daher, und aufgrund der verschiedenen Programmstrukturen, gestalten sich die Möglichkeiten eines Therapieeinstiegs unterschiedlich. Immerhin 46,7 % der Programme bieten einen jederzeitigen Therapiebeginn, während ein Einstieg häufig auch nur einmal jährlich (26,7 %, z.B. bei Feriencamps) oder unregelmäßig (11,7 %, z.B. je nach Erreichen einer notwendigen Gruppengröße) möglich ist.

Bezüglich der zeitlichen Entwicklung des Therapieangebotes in Österreich bzw. der Programmerfahrung (Erfahrungsjahre) der durchführenden Einrichtungen lässt sich feststellen, dass – parallel zum rasanten Anstieg der Adipositasprävalenz – die meisten Programme in den letzten 5 bis 6 Jahren initiiert wurden (Abb. 2).



**Abb. 2:** Entwicklung des Therapieangebotes: Anzahl an initiierten Programmen nach Jahreszahlen (absolut, n = 58 retournierte Fragebögen; keine Angabe: n = 2)

Der kumulierte Prozentsatz für den Zeitraum ab dem Jahr 2000 entspricht 79,3 % der Programme (n = 46 von 58; inkl. 5 Programme im Aufbau / gerechnet als 2004). Die mittlere Programmerrfahrung beträgt dabei  $4,5 \pm 6,1$  Jahre (n = 53; Angabe „2004“ mit 0,5 Jahren gerechnet, „2003“ mit 1 Jahr, „2002“ mit 2 Jahren usw.; bei Ausschluss der noch im Aufbau befindlichen Programme). Sieben Einrichtungen haben mit ihrem jeweiligen Programm über 10 Jahre lang Erfahrungen gesammelt, darunter vor allem klinische Einrichtungen (z.B. Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien / Ambulanz seit 1974, Krankenhaus St. Pölten in Kooperation mit dem Institut Sacre Coeur der Erzdiözese / Ferienlager seit 1981, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz / Ambulanz seit 1985, Caritas Linz / Diätwochen seit 1987, Reha-Zentrum in Berchtesgaden / stationäre Aufnahme seit 1992 usw.).

Die Anzahl der betreuten Kinder beträgt insgesamt etwa 10.690 übergewichtige Kinder und Jugendliche seit 30 Jahren (inklusive 1.078 Jugendliche in Deutschland). Mit 63,3 % aller Kinder (n = 6.766) nimmt die Betreuung im klinischen Setting den Großteil ein, wobei berücksichtigt werden muss, dass 52,8 % aller Kinder individuell nach Bedarf betreut wurden (n = 5.646, teilweise anhand von durchschnittlichen Jahresangaben geschätzt). Aufgrund von Erfahrungen bzw. Mitteilungen der Programmdurchführenden kann angenommen werden, dass diese Betreuung minimal verläuft und häufig aus nur wenigen bis einmaligen Kontakten besteht. Dem gegenüber ist die Betreuung von 10,3 % aller Kinder (n = 1.100) im Rahmen von strukturierten, umfassenden klinischen Programmen wie auch in öffentlichen Institutionen/Vereinen (n = 2.428 bzw. 22,7 %) sowie in privaten Unternehmen (n = 418 bzw. 3,9 %) intensiver und damit von größerer Bedeutung. Beachtlich ist die Zahl an über 1.000 stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen im Reha-Zentrum in Berchtesgaden (n = 1.078 bzw. 10,1 %). Ebenso erwähnenswert sind die Angaben der Feriencamps mit 850 bzw. 800 betreuten Kindern bei der Caritas Linz bzw. unter der Leitung des Krankenhauses St. Pölten, aber auch 300 bzw. 350 Kinder beim Wiener bzw. Österreichischen Jugendrotkreuz (Ferienlager in Kärnten). Den kleinsten Anteil nimmt derzeit in Österreich die chirurgische Adipositasstherapie ein, mit aber immerhin 20 operierten Jugendlichen an 4 Kliniken – ein Therapieangebot, welches relativ jung ist (9 Jugendliche in einem strukturierten Programm seit 2004 und 3, 6 und 2 Jugendliche in je einer Klinik mit operativen Therapieverfahren seit 2004, 2002 und 1996).

Die Frage nach Kooperationen beantwortet von den erfassten 60 Therapieangeboten etwa ein Drittel mit Schulen (n = 21 bzw. 35 %) (60 % der Programme nennen SchülerInnen als Zielgruppe), gefolgt von 13 Programmen mit ÄrztInnen (21,7 %) bzw. 5 mit Krankenhäusern (meist zur medizinischen Abklärung bzw. Eingangsuntersuchung), 11 mit Gemeinden, je 9 mit Fitnessbetrieben bzw. Vereinen, 6 mit Krankenkassen, 4 mit Land/Gesundheitsämtern und 6 mit anderen Institutionen (*Mehrfachnennungen möglich*). Ein Ausbau der Kooperation mit ÄrztInnen (vor allem niedergelassene Kinder- und HausärztInnen, auch SchulärztInnen) wäre wünschenswert, um auf der einen Seite die ärztliche Betreuung in den Programmen zu gewährleisten bzw. zu intensivieren und auf der anderen Seite mehr übergewichtige Kinder an adäquate Therapieeinrichtungen zuzuweisen. Ebenso kann eine verstärkte Kooperation mit Fitnessbetrieben den Einstieg in und die nachhaltige Bindung der Kinder und Jugendlichen an eine Fitnessseinrichtung fördern und zudem eine geeignete Lösung für Programme mit fehlendem Personal bzw. fehlender Infrastruktur im Sportbereich darstellen.

Den größten Teil der Zielgruppen nehmen neben SchülerInnen (bei 36 Programmen bzw. 60 %) Kinder und Jugendliche aus der Region ein (bei 41 Programmen bzw. 68,3 %), sinnvoller Weise aufgrund der Notwendigkeit einer engmaschigen Betreuung, die nur in relativer Nähe zur Einrichtung möglich ist. Dadurch ergibt sich jedoch auch der Bedarf nach einem dichten

Angebotsnetz, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Die gesamte Familie wird in 26 Programmen (43,3 %) als konkrete Zielgruppe definiert. Lehrlinge werden von 8 Therapieangeboten (13,3 %) und bei 10 Programmen (16,7 %) (auch) andere Zielgruppen angesprochen (*Mehrfachnennungen möglich*).

Als Einschlusskriterien werden die Abklärung von Bereitschaft und Motivation zur Gewichtsabnahme bzw. eine ärztliche Eingangsuntersuchung (Ausschluss von Kontraindikationen) von einem Großteil der Programme (91,7 bzw. 88,3 %) durchgeführt, die diesbezüglich somit konform mit den Empfehlungen der Fachgesellschaften und Experten gehen. Als weitere Einschränkung zur Therapieteilnahme gelten meist Altersgrenzen (bei 51 Programmen bzw. 85,0 %), wobei für 8- bis 15-Jährige die meisten Therapieangebote vorliegen (Chirurgische Therapie und Aufenthalt im Reha-Zentrum Berchtesgaden ist erst ab mindestens 13 bis 14 Jahren möglich). Es wäre daher wünschenswert, zukünftig verstärkt auch Programme für jüngere Kinder anzubieten, um möglichst früh der Adipositasentwicklung gegensteuern zu können.

Bei mehr als der Hälfte der Therapieangebote (n = 34 bzw. 56,7 %) ist der Schweregrad des Übergewichts ein Kriterium (für die chirurgische Therapie sowie das Reha-Zentrum werden nur die „schwersten“ Fälle mit einem BMI ab 35 bis 40 bzw. ab der 99,5. Perzentile zugelassen) wobei neben dem Body Mass Index unterschiedliche Referenzperzentilen zum Einsatz kommen (Cole, 2000; Kromeyer-Hauschild et al., 2001; Rolland-Cachera, 1991). Obwohl die Verwendung der internationalen IOTF-Kriterien nach Cole diskutiert wird (IASO, 2004; ECOG, 2004), sollte – gemäß der AGA-Leitlinien – die Beurteilung der Gewichtssituation im Kindes- und Jugendalter einheitlich nach den deutschen Kromeyer-Hauschild-Referenzwerten erfolgen (AGA, 2004).

Bei 8 Programmen (13,3 %) sind noch andere Einschlusskriterien entscheidend (psychologische Diagnostik, Gruppenfähigkeit, Motivation der Eltern usw.) (*Mehrfachnennungen möglich*).

Die Zuweisung zur Therapie erfolgt bei 83,3 % der Programme (n = 50) durch den Arzt, bei 65,0 % (n = 39) durch allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und bei 43,3 % bzw. 18,3 % (n = 26 bzw. 11) durch die Einbindung von Schulen bzw. der Aktion „Gesunde Gemeinde“. Andere Zuweisungen (n = 14 bzw. 23,3 %) erfolgen über Jugend-/Gesundheitsämter, diverse soziale Vereine, Verbände, Freizeitbetreuungseinrichtungen, über Mundpropaganda, Krankenkassen und über Schulärzte (nur in 2 Fällen!) (*Mehrfachnennungen möglich*).

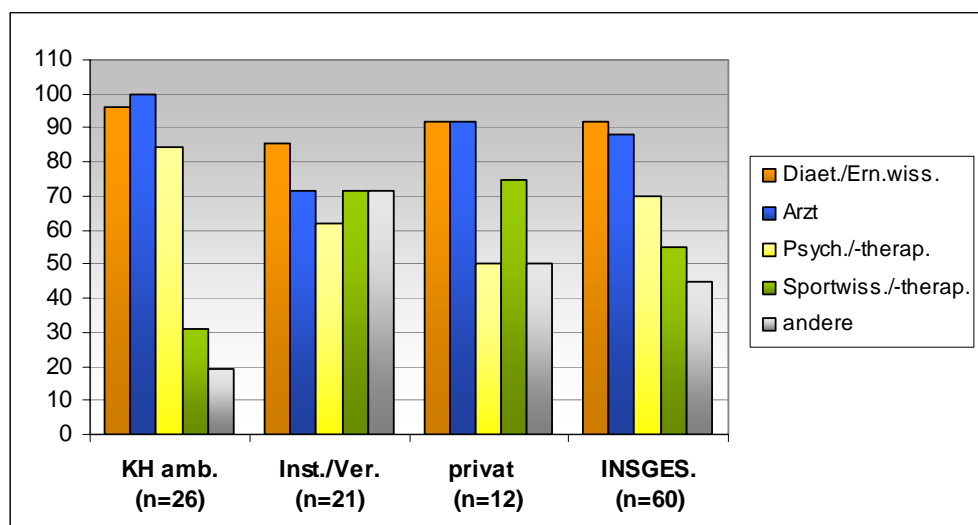
Betrachtet man die Programmformen (Einzel- bzw. Gruppentherapie) in Österreich, so nutzen mehr als zwei Drittel aller Therapieangebote (n = 42 bzw. 70,0 %) die Vorteile einer Gruppentherapie (Erfahrungsaustausch, gegenseitiges Lernen und Motivation, Rollenspiele usw.) (Warschburger et al., 1999). Während alle Angebote von privaten Unternehmen (n = 12) und fast alle von öffentlichen Institutionen/Vereinen (n = 20 von 21) in Form von Gruppentherapien stattfinden (auch das Reha-Zentrum in Berchtesgaden), bieten nur 9 Kinderkliniken Gruppen- und 17 Kinderkliniken Einzeltherapien an (darunter auch 4x chirurgische Therapie, der Rest größtenteils individuelle Einzeltherapie). Einzeltherapie, die von insgesamt 18 Programmen ausschließlich und von mehreren Programmen auch zusätzlich angeboten wird (n = 12; *die Vollständigkeit dieser Angabe ist jedoch fraglich*) wird als eine empfohlene Gesprächsform zur Diagnostik bzw. bei individuell auftretenden Problemen betrachtet (Warschburger et al., 1999).

Zur Frage nach den beteiligten Berufsgruppen wurde bei 55 Therapieangeboten (91,7 %) die aktive Tätigkeit eines/einer Diätolog/-in und/oder eines/einer Ernährungswissenschaftlers/-in angegeben. Fast alle (n = 53 bzw. 88,3 %) haben auch einen Arzt bzw. eine Ärztin dabei (Abb.



3, *Mehrfachnennungen möglich*). Ein(e) PsychologIn/PsychotherapeutIn ist in gut zwei Drittel (n = 42 bzw. 70 %) aller Schulungsteams inkludiert, während SportwissenschaftlerInnen bzw. -therapeutInnen (inkl. SportärztInnen, SportpädagogInnen) in etwas mehr als der Hälfte aller Programme (n = 33 bzw. 55 %) involviert sind. Andere Professionen kommen in 45 % der Programme (n = 27) vor (11x unterschiedliche Professionen aus dem Bewegungsbereich wie Fitness-/Gesundheits-/VereinstrainerInnen, FitlehrwartInnen, RhythmikerIn, TurnleiterIn; 8x diverse PädagogInnen wie Sozial/Sonderheil-/Heil-/Kunst-/SpielpädagogInnen, 6x diverse Berater wie NLP- und Gesundheitscoaches, Lebens- und Sozialberater und FamilientherapeutInnen, sowie 3x PhysiotherapeutInnen, 3x StudentInnen verschiedenster Fachrichtungen, 2x KöchInnen sowie je 1x Erzieher, Clubanimateur, Apothekerin und Soziologin).

Während Ernährungsfachkräfte und ÄrztInnen in allen klinischen Schulungsteams vorhanden sind, kommen Sportfachkräfte nur in 8 von 26 Programmen (30,3 %, vor allem in den strukturierten) in insgesamt 6 Krankenhäusern vor. Dieser geringe Anteil ergibt sich vermutlich daher, dass Fachkräfte im Sportbereich nicht im allgemeinen klinischen Routinebetrieb beteiligt sind. 4 Krankenhäuser (mit 5 Therapieangeboten) kooperieren daher mit Fitnessbetrieben. PsychologInnen kommen hingegen in einem Großteil der klinischen Therapien vor (n = 22 von 26 bzw. 84,6 %; bei individueller Betreuung tlw. nur nach Bedarf), jedoch in nur 6 von 12 bzw. 13 von 21 Angeboten von privatrechtlichen Unternehmen bzw. öffentlichen Institutionen (50 bzw. 61,9 %). Auch hier kommt vermutlich zu tragen, dass – im Gegensatz zu privaten Praxen und öffentlichen Institutionen – in Krankenhäusern meist klinische und GesundheitspsychologInnen zur Verfügung stehen.



**Abb. 3:** Häufigkeit der Professionen im Schulungsteam insgesamt und nach Einrichtungstyp (in % der Programme in den unterschiedlichen Einrichtungen, Reha-Zentrum nicht extra angeführt)

Die Kriterien und Richtlinien und der Fachgesellschaften zum Einsatz eines multidisziplinären Schulungsteams aus Arzt/Ärztin, PsychologIn, Ernährungsfachkraft, Sportfachkraft wird – streng genommen – von nur einem knappen Drittel aller Therapieangebote (n = 19 bzw. 31,7 %) vollständig erfüllt. Weitere 14 Programme (23,3 %) haben davon drei Berufsgruppen inkludiert, ergänzt mit anderem Personal (darunter div. Fitness-/TrainerInnen, PhysiotherapeutInnen, PädagogInnen, diverse Berater usw.). Bei 12 klinischen Programmen (20 %, inkl. aller chirurgischen Therapieangebote) kommt keine Profession aus dem Bewegungsbereich zum Einsatz (vermutlich aus den oben genannten Gründen).

Während die Schulungsbausteine in allen Programmen eine Ernährungsschulung beinhalten (davon 50 % mit praktischen Kochkursen, kaum aber im klinischen Setting), sind psychologische Einheiten (v. a. Verhaltenstherapie, oftmals jedoch nur nach Bedarf) in 78,3 % (n = 47) und aktive Bewegungseinheiten in 73,3 % (n = 44) der Programme Bestandteil der Therapie. Bewegungsprogramme werden dabei vor allem bei Therapieangeboten von öffentlichen Institutionen/Vereinen bzw. von privaten Unternehmen durchgeführt (100 % bzw. 91,7 %), aber nur in weniger als der Hälfte aller klinischen Therapieformen (42,3 %; vermutlich aus den oben genannten Gründen). *(Die medizinische Betreuung wurde aufgrund schwieriger Abgrenzung zur reinen Eingangs-/Ausgangsuntersuchung nicht als eigener Schulungsbaustein ausgewertet).* Insgesamt bieten zwei Drittel aller Angebote (n = 40 bzw. 66,7 %) ein umfassendes, multidisziplinäres Programm aus den Bausteinen Ernährung, Psychologie und Sport (bzw. andere) und erfüllen so die von den Fachgesellschaften und Experten geforderten Qualitätsrichtlinien hinsichtlich der notwendigen Schulungsschwerpunkte (Tab. 2). Darunter befinden sich 10 von 12 Programmen der privaten Unternehmen, 17 von 21 der öffentlichen Institutionen/Vereine aber nur 11 von 26 klinischen Angeboten. Die restlichen, vor allem individuellen, klinischen Betreuungsformen (mit meist psychologischer Betreuung nur nach Bedarf) enthalten einen nur unzureichenden Schulungsumfang (andere Kombinationen betreffen vor allem die chirurgische Adipositasstherapie; Chirurgie + Ernährung + teilweise Psychologie).

Schulungsbausteine	Therapieangebote	
	n	%
Ernährung + Psychologie + Sport + andere	1	1,7
Ernährung + Psychologie + Sport	39	65,0
Ernährung + Psychologie	5	8,3
Ernährung + Sport	4	6,7
Ernährung	6	10,0
Andere	5	8,3

**Tab. 2:** Die am häufigsten vorkommenden, verschiedenen Kombinationen von Schulungsbausteinen (absolut und in % der retournierten Therapieangebote, n = 60)

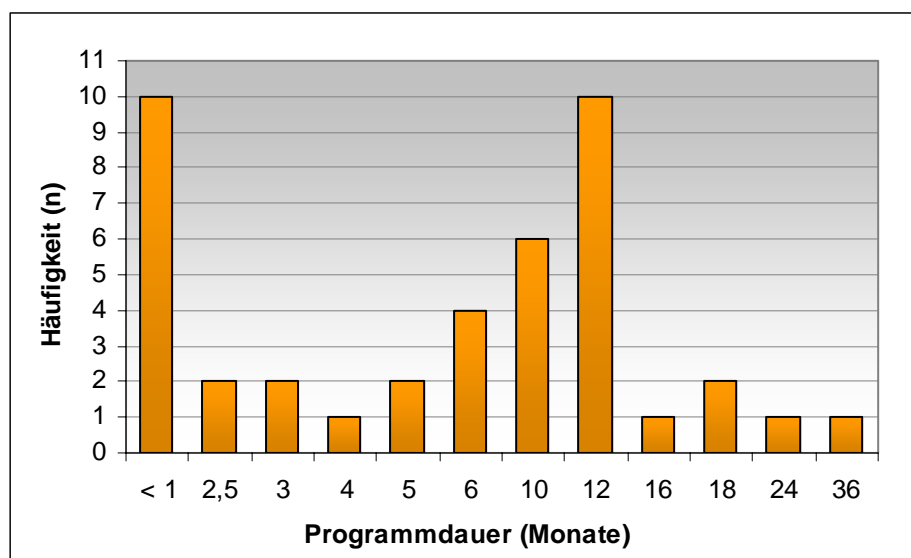
Die in den Fragebögen beschriebenen Schulungsinhalte stimmen prinzipiell größtenteils mit den Therapieleitlinien überein. Relativ einheitlich steht die Vermittlung einer altersgerechten, optimierten, fettmodifizierten Mischkost im Vordergrund, während hinsichtlich körperlicher Aktivität vor allem Ausdauer, Kraft und Koordination trainiert werden. Dabei stellen spielerische und erlebnisorientierte Bewegungsformen bzw. das Kennenlernen neuer Sportarten in über zwei Drittel aller Bewegungsprogramme (72,7 % bzw. n = 44) den Mittelpunkt dar - eine Methode, die der besonderen, unbedingt zu berücksichtigenden Situation des übergewichtigen Kindes im Sport entgegen kommt (KGAS, 2004). Die psychologischen Schulungsbausteine entsprechen nur teilweise den Forderungen, Verhaltenstherapie sowie Entspannungsübungen und Stressmanagement als wichtige Elemente in der Adipositasstherapie anzubieten (in 61,7 %, 46,8 % bzw. 44,7 % aller Therapieangebote).

Aufgrund der insgesamt doch sehr heterogen erscheinenden Programmarten und -konzepte können die sehr unterschiedlichen Angaben zu Schulungsumfängen und -häufigkeiten schwer verglichen und beurteilt werden. Allgemein kann jedoch festgestellt werden, dass der Einsatz

von Sportfachkräften in derzeit etwas mehr als der Hälfte der Programme (55,0 %) sowie die Durchführung von Bewegungsprogrammen im klinischen Setting – im Hinblick auf die enorme Bedeutung von körperlicher Aktivität in der Adipositastherapie – ausgebaut werden sollte. Weitere wünschenswerte Verbesserungen wären die verstärkte Durchführung praktischer Kocheinheiten (vor allem auch im klinischen Setting) sowie die Wissensvermittlung zur körperlichen Aktivität (*wurde von keinem Programm ausdrücklich erwähnt, vermutlich aber nicht bedacht*), die ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Bewegungsschulung sein soll (KGAS, 2004). Alle Programme sollten versuchen, ihr Schulungskonzept in Richtung der derzeit empfohlenen Leitlinien zu optimieren.

Die Schulung der Eltern wird als essentieller Bestandteil in der Therapie von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen gefordert, da das unmittelbare Umfeld bzw. die unmittelbaren Betreuungspersonen eine große Rolle in der Prägung des Gesundheitsverhaltens spielen (McLean et al., 2003; Reinehr et al., 2003a). Erfreulicher Weise scheint die aktive Einbindung der Eltern für fast alle Therapieprogramme (n = 59 von 60) selbstverständlicher Bestandteil zu sein (*Dennoch wird die Familie nur von 43,3 % aller Programme konkret als Zielgruppe angegeben!*).

Keine Bewertungen können hinsichtlich der verschiedenen Angaben zur Programmdauer (Abb. 4, n = 42 Programme bzw. 70,0 % mit fixer Dauer; weiters 15 Programme bzw. 25 % mit variabler Dauer, ein Programm mit „anderer“ Dauer und 2 Programme k. A.) abgegeben werden, da keine evidenzbasierten Informationen zu einer optimalen Interventionsdauer, insbesondere zur Mindestdauer, vorliegen (Böhler et al., 2004a).

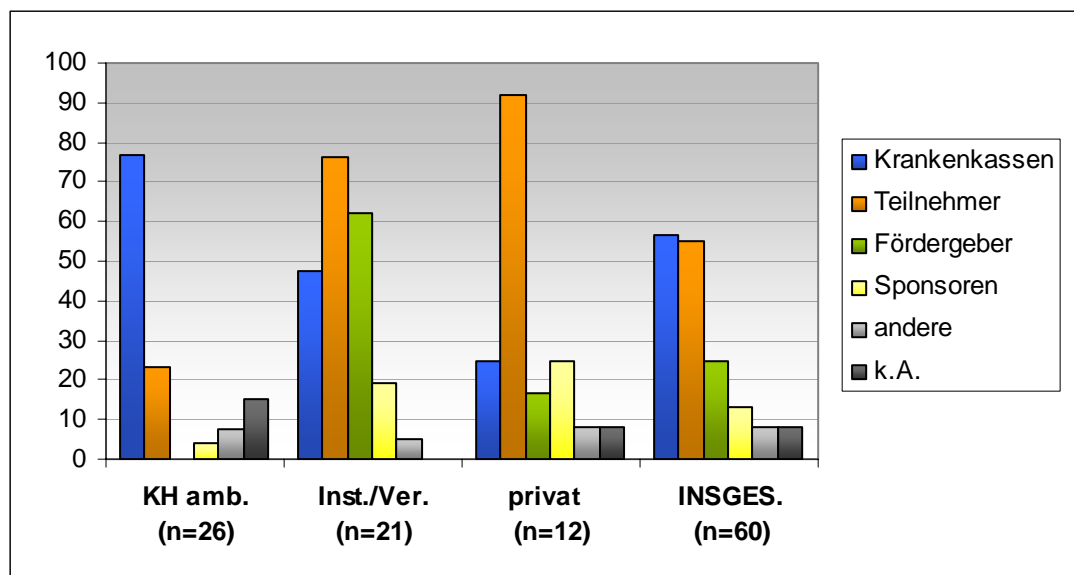


**Abb. 4:** Anzahl an Therapieangeboten nach fixer Programmdauer in Monaten (absolut, n = 42, Kurzprogramme zwischen 1 und 3 Wochen wie z.B. Feriencamps unter „< 1 Monat“ berücksichtigt)

Demgegenüber wird in den Leitlinien das Vorliegen eines langfristigen Therapiekonzeptes einschließlich einer Nachbetreuung als entscheidendes Qualitätskriterium gefordert. Mehr als zwei Drittel der erfassten Programme (71,3 %) geben an, eine Nachbetreuung an das eigentliche Programm angeschlossen zu haben, wobei in unterschiedlicher Dauer und Form Kontakte zum Therapeutenteam sowie Kontrollen stattfinden (oftmals nach Bedarf). Eine adäquate Nachbetreuung sollte – in Hinblick auf die Adipositas als chronische Erkrankung – in

jedem Falle zukünftig verstärkt berücksichtigt und Teil eines jeden Programmkonzeptes sein. Insbesondere sollten meist kurz dauernde Diät- bzw. Feriencamps (2 bis 3 Wochen) oder andere stationäre Kurzaufenthalte keine isolierten Maßnahmen darstellen sondern von einem umfassenden, langfristigen Betreuungskonzept begleitet werden (Zwiauwer, 2000).

Die Gewährleistung eines adäquaten Therapiekonzeptes ist, insbesondere mit dem Angebot einer langfristigen Nachbetreuung, sehr häufig (vor allem auch bei einmalig geförderten Projekten) durch unzureichende finanzielle Ressourcen eingeschränkt (Abb. 5). Da in Österreich die Finanzierung der Adipositastherapie von Seiten des Gesundheitssystems nicht geregelt ist, sind Programmdurchführende oftmals gezwungen, sich auf die mühsame Suche nach Fördergebern und Sponsoren zu machen, um die Teilnehmerbeiträge, die meist sozial schwächer gestellte Patienten betreffen, so gering als möglich gestalten zu können. Dennoch stehen öffentliche Mittel von Fördergebern (z.B. von Land, Stadt, Gemeinde, Fonds Gesundes Österreich, Jugendrotkreuz usw.) nur für ein Viertel aller Programme (n = 15) und Sponsor-gelder (z.B. von Banken, diversen Firmen, Versicherungen, Bio-Produzent/-Handel, Apotheke usw.) nicht einmal für jedes 7. Programm zur Verfügung (n = 8). Mehr als die Hälfte der Programme (n = 33 bzw. 55,0 %) ist also auf Teilnehmerbeiträge angewiesen (darunter einige private Einrichtungen ausschließlich!). Die angegebene (Mit-) Finanzierung durch Krankenkassen (56,7 % bzw. n = 34) betrifft insbesondere das klinische Therapieangebot (im Rahmen der „normalen“ Patientenversorgung, n = 20 bzw. 76,9 %) und weniger Programme von öffentlichen Institutionen bzw. Vereinen (n = 10 bzw. 47,6 %) oder gar von privaten Unternehmen, die am wenigsten unterstützt werden (n = 3 bzw. 25 %). Im Vergleich zu Österreich sind diese Bemühungen in Deutschland bereits erfolgreicher, wie die geregelte Finanzierung des Aufenthalts im Reha-Zentrum Berchtesgaden durch die deutschen Krankenkassen zeigt. Als andere Finanzierungsquellen (n = 5) werden beispielsweise Krankenhauserhalter, Sozialamt oder Eigeninitiative angegeben (*Mehrfachnennungen möglich*).



**Abb. 5:** Häufigkeit der Finanzierungsquellen nach Einrichtungsarten (in % der Einrichtungsarten, Reha-Zentrum nicht extra angeführt; k.A./keine Angabe: n = 5)

Die Chance auf positiv erledigte Finanzierungsansuchen kann durch die Vorlage von Evaluierungsergebnissen potentiell unterstützt werden, da diese als Wirksamkeitsnachweis, der von Kostenträgern wie beispielsweise Krankenkassen zunehmend gefordert wird, die Therapiemaßnahmen rechtfertigen. Eine standardisierte Evaluation der Ergebnisqualität wird – neben der Erfüllung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität (Ausstattung, Personal, Ablauf usw.) – insbesondere auch im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen für erfolgreiche Gewichtsmanagementprogramme im Kindes- und Jugendalter gefordert. Tatsache ist jedoch, dass die meisten Therapiemaßnahmen entweder gar nicht bzw. nur unzureichend evaluiert werden, das heißt die Frage, ob die Therapieansätze überhaupt wirksam sind, wenn ja, welche Wirkungen damit erzielt werden und wie lange diese Wirkungen überhaupt aufrecht erhalten werden können, kann zumeist nicht beantwortet werden. Zwar geben 76,7 % aller Programme die Durchführung einer Evaluierung an (am wenigsten darunter individuelle Betreuungsformen in Ambulanzen und insbesondere in den Bereichen Bewegung und Psychologie), die Methoden werden teilweise jedoch nicht bzw. unklar angegeben (*Der hohe Prozentsatz mit positiver Antwort scheint in manchen Fällen auf ein Miss- bzw. Fehlverständnis von „Evaluierung“ und zwar nicht im Sinne der empfohlenen AGA-Leitlinien sondern eher als Verlaufsdocumentation und -protokollierung zurückzuführen sein*). Einer entsprechenden Evaluierung werden dabei eher Programme unterzogen, deren Zuständige einen wissenschaftlichen Ausbildungshintergrund haben und/oder die im klinischen, universitären Setting bzw. in Kooperation mit Universitäten arbeiten. Publierte Ergebnisse, wie sie international und auch aus Deutschland vorliegen (*Barnow et al., 2003; Epstein et al., 1990; Gately et al., 2000; Gutin et al., 2002; Kaspar et al., 2003; Korsten-Reck et al., 2005; Lehrke et al., 2002; Petersen, 2000; Reinehr et al., 2003a und b; Reinehr et al., 2005; Siefried et al., 2002; Stauber et al., 2001; Summerbell et al., 2003; Tiedjen et al. 2000; Valverde et al., 1998; Warschburger et al., 2001; Weyhreter et al., 2003*) gibt es in Österreich nur wenige (*Denzer et al., 2004; Dietrich et al., 2003; Dietrich & Widhalm, 2004; Widhalm et al., 2004; Widhalm & Eisenkölbl, 2003; Zwiauer et al., 1988; Zwiauer et al., 1989*).

Angaben zu Veränderungen des Body-Mass-Index bzw. des BMI-SDS (optimaler, da altes- und geschlechtsneutral) wurden nur von 12 bzw. 5 Programmen gemacht (in 4 Fällen beides, d.h. insgesamt 13 Programme). Dabei zeigte sich im Vergleich, dass durch eine intensive, stationäre Rehabilitationstherapie, durch ein Therapiekonzept mit Formuladiät oder durch die chirurgische Adipositasstherapie vermutlich erfolgsversprechendere Ergebnisse erzielt werden können. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass in diesen Programmen die „schwersten“ Fälle und ältere Patienten behandelt wurden. Rückschlüsse aus den beschriebenen Programmresultaten auf ein „erfolgreichstes“ Therapiekonzept zu ziehen, erweist sich daher als schwierig. Ähnlich wie in der Literatur diskutiert (*Böhler et al., 2004a; IASO, 2004*), beziehen sich die Ergebnisse auf unterschiedliche Patientensammlungen (Alter, Geschlecht, Ausgangs-BMI), teilweise sehr kleine Fallzahlen und großteils uneinheitliche Evaluierungs- und Messmethoden. Zudem liegen meist nur Daten nach Programmende und nur in 3 Fällen auch Langzeitergebnisse vor.

Ziel wäre es daher, die verwendeten Evaluierungsinstrumente und -parameter zu vereinheitlichen, um einen Vergleich der Therapieergebnisse zu ermöglichen. Programmdurchführenden, insbesondere aus dem nichtwissenschaftlichen Sektor, sollte die Bedeutung einer Evaluierung klargestellt und das nötige Know-how zur Verfügung gestellt werden (Im Rahmen eines aktuellen Salzburger Forschungsprojektes der SOAF/Qualitätsnetzwerk Übergewicht zur Qualitätssicherung in der Adipositasstherapie und Prävention werden beispielsweise mit diesem Ziel standardisierte Evaluierungstools bzw. Messinstrumente in interdisziplinärer, wissenschaftlicher Zusammenarbeit entwickelt). Es soll vermittelt werden, dass eine Evaluierung nicht nur der evidenzbasierten Durchführung und Weiterentwicklung dient sondern auch zur grundlegenden

Argumentationsbasis für die Kostenübernahme und damit letztlich zur Sicherung der Angebote für Adipositas therapie notwendig ist. Evaluier te, praxisbezogene Konzepte stellen zudem auch ein nützlich es Werkzeug für die Therapeuten selbst dar, um die richtige Entscheidung für eine geeignete Therapie treffen zu können (KGAS, 2004).

Als Ergänzung zu einer umfassenden, optimalerweise einheitlichen Evaluierung wäre für eine zukünftig adäquate Adipositas therapie in Österreich ein regelmäßiges Monitoring aller Therapieeinrichtungen bzw. -angebote z.B. durch eine standardisierte, zentral von einer Fachgesellschaft bzw. -organisation gesteuerte und kontrollierte Erhebung wünschenswert (vgl. APV-Programm in Deutschland, *Reinehr et al., 2004*). Ein erster Schritt in diese Richtung bzw. die Basis dafür stellt die vorliegende Bestandsaufnahme dar, die zukünftig in Form einer regelmäßig aktualisierten Zusammenstellung aller Therapieangebote in Österreich (siehe Broschüre: Kontaktadressen und Kurzbeschreibung der Therapieangebote) über die Initiative „SIPCAN save your life“ (Special Institute for Preventive Cardiology and Nutrition, Salzburg) und mit Unterstützung der Österreichischen Adipositasgesellschaft verfügbar sein soll (Download auf [www.sipcan.at](http://www.sipcan.at)). Einerseits soll eine regelmäßige Aktualisierung die Versorgungs- und Angebotssituation in Österreich beschreiben und so Optimierungsmöglichkeiten und laufende Veränderungen aufzeigen, andererseits aber auch eine breite Vernetzung und einen wichtigen Erfahrungsaustausch zwischen allen aktiven Fachkräften fördern, die wiederum entscheidend zur Optimierung bestehender und zur Initiative neuer, erfolgreicher Therapieangebote beitragen.

Eine **erste Aktualisierung** der Erhebungsergebnisse aus dem Jahre 2004 wurde **im Frühjahr 2006** (03.-05.2006) vorgenommen. Sämtliche, bereits bekannte und auch neu recherchierte Betreuungsstrukturen wurden mit der Bitte kontaktiert, diverse Änderungen im Therapieangebot rückzumelden bzw. den Fragebogen für neue Programme zu retournieren (Kontaktaufnahmen und Rückmeldungen per E-Mail und Telefon). Dabei zeigten sich folgende Ergebnisse:

- Zu 28 Therapieangeboten (29,5 % der 95 im Jahre 2004 erhobenen) wurden diverse Änderungen bekannt gegeben (Zielgruppen, Einstiegszeitpunkt, Personaländerung/-einschränkung, Programmausweitung, Umbenennung der zuständigen Institution usw.).
- Insgesamt 8 Einrichtungen (8,4 %) nutzten die Gelegenheit der Aktualisierung, um den bisher nicht ausgefüllten Fragebogen für ihr Betreuungsangebot nachzureichen (in der Broschüre durch „Δ“ gekennzeichnet).
- 6 Therapieangebote (6,3 %) mussten seit der letzten Erhebung im Jahre 2004 ihr Programm beenden (2 aufgrund abgelaufener Projektzeit; in der Broschüre durch „beendet!“ gekennzeichnet).
- Von 10 Betreuungsangeboten (10,5 %; individuelle Einzeltherapien/medizinische Abklärung in Ambulanzen) wurden keine konkreten Rückmeldungen getätigt (Bestätigungen/Änderungen).
- Die restlichen 43 Programme (45,3 %) bestätigten die Angaben als noch aktuell.
- Zu den bereits bekannten Angeboten konnten insgesamt 22 Therapieangebote neu erhoben werden (= neue und neu recherchierte Programme, 15 retournierte Fragebögen; in der Broschüre durch „NEU!“ gekennzeichnet). Diese verteilen sich relativ gleichmäßig auf die unterschiedlichen Einrichtungsarten, wobei erstmals auch ein klinisches, stationäres Therapieprogramm angeboten wird (Tab. 3). In Oberösterreich konnten 5 Programme, in der Steiermark 4 und in Niederösterreich 3 Programme ergänzt werden, in Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Kärnten jeweils 2 Programme und in Wien sowie als österreichweites Angebot je ein Programm (zusätzlich wird demnächst ein Therapieangebot aus Wien auf die Bundesländer ausgeweitet).

Von den insgesamt erhobenen 117 Therapieangeboten handelt es sich bei 10 um bereits beendete Programme und bei 7 um Programme, die zum Zeitpunkt der Aktualisierung im Aufbau waren (die restlichen 100 waren im Laufen). Etwas mehr als ein Drittel aller erfassten Krankenhäuser (n = 15 bzw. 35,7 %) gab insgesamt an, eine Adipositasambulanz zu führen (Erhebung 2004: 9 Kliniken).

Einrichtungsart	Einrichtungen		Therapieangebote	
	n	(%)	n	(%)
Krankenhäuser	42	50,0	66	56,4
ambulant, davon:				
<i>individuelle Betreuung</i>	40	47,6	40	34,2
<i>strukturiertes Programm</i>	15	17,9	17	14,5
<i>chirurgische Therapie</i>	8	9,5	8	6,8
stationär	1	1,2	1	0,9
öffentliche Institutionen, Vereine	22	26,2	28	23,9
privatrechtliche Unternehmen	19	22,6	22	18,8
Reha-Zentrum (D)	1	1,2	1	0,9
<b>Summe</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

**Tab. 3:** Anzahl an Einrichtungen und Therapieangeboten nach Einrichtungsart (absolut und in %) nach Aktualisierung im Frühjahr 2006

## Fazit

Trotz der Zunahme an Therapieangeboten kann angesichts der bereits im Kindes- und Jugendalter drastisch zunehmenden Adipositasprävalenz eine nur unzureichende Betreuung für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich gewährleistet werden. Einerseits ist die regionale Netzdichte der Therapieangebote zu gering (eine erfolgreiche Adipositastherapie benötigt engmaschige Betreuung, die nur in relativer Nähe zum Wohnort des Patienten möglich ist), die Programme sind nur für bestimmte Altersgruppen zugänglich und das Angebot ist aufgrund oftmals nur begrenzten Projektlaufzeiten teilweise sehr eingeschränkt. Andererseits werden aber auch zum Teil die geforderten Qualitätskriterien für die Adipositastherapie bei Kindern und Jugendlichen nicht erfüllt.

Therapeuten stehen zumeist vor dem Problem, dass die fehlenden finanziellen Ressourcen (und damit die personellen Ressourcen sowie die benötigte Infrastruktur) einer adäquaten Programmdurchführung im Wege stehen. Viele Programme, die von großteils motivierten und engagierten Fachkräften mit großem, persönlichem Einsatz geplant werden, scheitern bereits vor deren Beginn an der Verfügbarkeit entsprechender Finanzierungsmittel. Manche Gruppentherapieprogramme kommen nicht zustande, weil sich die meist sozial schwächer gestellten Patienten die Teilnehmerbeträge nicht leisten können und Krankenkassen (sogar bei morbid adipösen Patienten) eine Therapiefinanzierung ablehnen. Auf diesem Weg wird sogar motivierten Patienten eine Therapie unmöglich gemacht. Zudem liegen insbesondere für schwere Adipositasfälle, die eine intensive, wenn möglich stationäre Behandlung benötigen (Siegfried *et al.*, 2002), kaum adäquate Betreuungsangebote vor. In Österreich gibt es daher hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten für übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche enormen Aufholbedarf.

Die Schaffung neuer, adäquater Strukturen unter der Leitung qualifizierter, erfahrener Fachkräfte sollte daher dringend geplant und gefördert werden. In den bestehenden Programmen sind – ähnlich wie in Deutschland (*Reinehr & Wabitsch, 2003*) – in vielen Bereichen Verbesserungen hinsichtlich einer Annäherung an die derzeit empfohlenen, wissenschaftlichen Leitlinien und Konzepte wünschenswert. Insbesondere sollte die Durchführung der Programmevaluierungen geklärt, forciert und vor allem einheitlich durchgeführt werden. Auch wenn finanzielle Ressourcen derzeit in Österreich den limitierenden Faktor darstellen, sollten Programme nicht zu Lasten der Therapiequalität (und damit der Patienten) durchgeführt werden, sondern von allen Seiten Bemühungen um die Optimierung von bestehenden und die Initiierung und Förderung von neuen Therapieangeboten im Vordergrund stehen.



## Literatur

- AGA - Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2004): Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, <http://www.a-g-a.de> (Leitlinien)
- Barlow, S.E., Dietz, W.H. (1998): Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics*, 1002 (3), e29.
- Barnow, S., Bernheim, D., Schröder, C., Lauffer, H., Fusch, C., Freyberger, H.-J. (2003): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse einer multimodalen Interventionsstudie in Mecklenburg-Vorpommern. *Psychother Psych Med*, 53, 7-14.
- Böhler, T., Alex, C., Becker, E., Hoffmann, S., Hutzler, D., Jung, C., Laufersweiler-Lochmann, F., Radu, C. (2004a): Qualitätskriterien für ambulante Schulungsprogramme für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche. *Gesundheitswesen*, 66, 748-753.
- Böhler, T., Wabitsch, M., Winkler, U. (2004b): Konsensuspapier - Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Arbeitsgruppe „Präventive und therapeutische Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche - eine Konsensusfindung“. Berlin.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-1243.
- Dämon, S. (2005): Therapieprogramme für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Masterthesis am Interfakultären Fachbereich für Sport- und Bewegungswissenschaft, Universität Salzburg (unveröffentlicht).
- Denzer, C., Reithofer, E., Wabitsch M., Widhalm, K. (2004): The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. *Eur J Pediatr*, 163, 99-104.
- Dietrich, S., Bartsch, A., Hary, T., Widhalm, K. (2003): The Optifast800-Junior Program. *Int J Obes*, 27 (suppl. 2), S21.
- Dietrich, S., Widhalm, K. (2004): Multidisciplinary therapy for morbidly obese children and teenagers: results after 7 months. *International Paediatrics*, 19, 83-89.
- ECOG: Flodmark, C.E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A., Widhalm, K. (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *Int J Obes*, 28, 1189-1196.
- Elmadfa, I., Freisling, H., König, J., et al. (2003): Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien, 1. Auflage.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R., McCurley, J. (1990): Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *JAMA*, 264, 2519-2523.
- Gately, P.J., Cooke, C.B., Butterly, R.J., Mackret, P., Carroll, S. (2000): The effects of a children's summer camp programme in weight loss, with a 10 month follow-up. *Int J Obes*, 24, 1445-1452.
- Gutin, B., Barbeau, P., Owens, S., Lemmon, C.R., Bauman, M., Allison, J., Kang, H.S. (2002): Effects of exercise intensity on cardiovascular fitness, total body composition, and visceral adiposity of obese adolescents. *Am J Clin Nutr*, 75, 818-826.
- IASO - International Obesity Task Force (IOTF): Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R. (2004): Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*, 5 (suppl. 1), 4-85
- IOM - Institute of Medicine, Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and Treat Obesity; Thomas, P.R., ed. (1995): Weighing the options. Criteria for Evaluating Weight-Management Programs. National Academy Press, Washington.

- Kaspar, T., Korsten-Reck, U., Rücker, G., Jotterand, S., Bös, K., Berg, A. (2003): Sportmotorische Fähigkeiten adipöser Kinder: Vergleich mit einem Referenzkollektiv und Erfolge des Therapieprogramms FITOC. *Aktuel Ernähr Med*, 28, 300-307.
- KGAS: Stübing, K., van Egmond-Fröhlich, A., Stachow, R., Wabitsch, M., für die Konsensusgruppe Adipositaschulung (2004): *Trainermanual Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher*. AID / DGE, Bonn.
- Korsten-Reck, U., Kromeyer-Hauschild, K., Wolfarth, B., Dickhuth, H.H., Berg, A. (2005): Freiburg Intervention Trial for Obese Children (FITOC): results of a clinical observation study. *Int J Obes*, 29, 356-361.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H.C., Hesse, V., v. Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, M.J., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A., Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd*, 149, 807-818.
- Lehrke, S., Becker, S., Laessle, R.G. (2002): Strukturierte Verhaltenstherapie bei übergewichtigen Kindern: Therapieeffekte zur Nahrungsaufnahme. *Verhaltenstherapie*, 12, 9-16.
- McLean, N., Griffin, S., Toney, K., Hardeman, W. (2003): Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *Int J Obes*, 27, 987-1005.
- Petersen, C. (2000): Moby Dick – Hilfe für übergewichtige Kinder. *Ernährungslehre und -praxis*, 6, 21-24.
- Reinehr, T., Brylak, K., Alexy, U., Kersting, M., Andler, W. (2003a): Predictors to success in outpatient training in obese children and adolescents. *Int J Obes*, 27, 1087-1092.
- Reinehr, T., Kersting, M., Alexy, U., Andler, W. (2003b): Long-term Follow-Up of Overweight Children: After Training, After a Single Consultation Session, and Without Treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 37 (1), 72-74.
- Reinehr, T., Kersting, M., Wollenhaupt, A., Alexy, U., Kling, B., Ströbele, K., Andler, W. (2005): Evaluation der Schulung „Obeldicks“ für adipöse Kinder und Jugendliche. *Klin Pädiatr*, 217, 1-8.
- Reinehr, T., Wabitsch, M. (2003): Strukturierte Erfassung der Therapieangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. Projekt der Arbeitsgemeinschaft im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd*, 151, 757-761.
- Reinehr, T., Wabitsch, M., Andler, W., Beyer, P., Böttner, A., Chen-Stute, A., Fromme, C., Hampel, O., Keller, K.M., Kilian, U., Kolbe, H., Lob-Corzilius, T., Marg, W., Mayer, H., Mohnike, K., Oepen, J., Povel, C., Richter, B., Riedinger, N., Schauerte, G., Schmahlfeldt, G., Siegfried, W., Smuda, P., Stachow, R., van Egmond-Fröhlich, A., Weiten, J., Wiegand, S., Witte, S., Zindel, V., Holl, R. (APV-Study Group) (2004): Medical care of obese children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 163, 308-312.
- Reinehr, T., Wollenhaupt, A., Chahda, C., Kersting, M., Andler, W. (2002): Ambulante Adipositaschulungen im Kindesalter. Vergleichskriterien zur Entwicklung validierter Behandlungsempfehlungen. *Klin Pädiatr*, 214, 83-88.
- Rolland-Cachera, M.F., Cole, T.J., Sempe, M., Tichet, J., Rossignol, C., Charraud, A. (1991): Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr*, 45 (1), 13-21.
- Schoberberger, R., Schoberberger, C., Kiefer, I., Zwiauer, K., Fleiß, O., Kunze, M. (1997): *Schlank ohne Diät für Kinder*. Kneipp Verlag, Leoben-Wien-Stuttgart, 2. Auflage.
- Siegfried, W., Hebebrand, J., Siegfried, A. (2002): Stationäre Langzeittherapie der extremen Adipositas. *Kinderärztliche Praxis*, 1, 21-27.

- Stauber, T., Petermann, F., Haase, A., Hampel, P. (2001): Kombiniertes Adipositas- und Anti-Stress-Training im ambulanten Bereich – Eine Pilotstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 10 (4), 240-247.
- Summerbell, C.D., Ashton, V., Campbell, K.J., Edmunds, L., Kelly, S., Waters, E. (2003): Interventions for treating obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Tiedjen, U., Petermann, F., Sievers, K., Stachow, R. (2000): Langfristige Effekte der Adipositas therapie in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 9 (2), 94-101.
- Valverde, M.A., Patin, R.V., Oliveira, F.L.C., Lopez, F.A., Vitolo, M.R. (1998): Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. *Int J Obes*, 22, 513-519.
- Wabitsch, M. (2000): Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Empfehlungen einer US-amerikanischen Expertentruppe zur Diagnostik und Therapie. *Klin Pädiatr*, 12, 287-296.
- Warschburger, P., Fromme, F., Wojtalla, N., Oepen, J. (2001): Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioural training programme for children and adolescents with obesity. *Int J Obes*, 25 (suppl. 1), S93-S95.
- Warschburger, P., Petermann, F., Fromme, C., Wojtalla, N. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Weyhreter, H., Tannhäuser, S., Muche, R., Debatin, M., Heinze, E., Strittmatter, U., Räkel-Rehner, S., Wabitsch, M. (2003): Ergebnisse einer ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas. *Klin Pädiatr*, 215, 57-64.
- Widhalm, K., Dietrich, S., Prager, G. (2004): Adjustable gastric banding surgery in morbidly obese adolescents: experiences with eight patients. *Int J Obes*, 28, S42-45.
- Widhalm, K., Eisenkölbl, J. (2003): Das „Optifast 800“ – Junior Programm. Erste Erfahrungen an Jugendlichen mit morbider Adipositas. *Aktuel Ernähr Med*, 28, 151-156.
- Zwiauer, K. (2000): Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 159 (suppl. 1), S56-68.
- Zwiauer, K., Szvjatko, E., Widhalm, K. (1988): Long-term results of the „Diäferien“ in the treatment of obese children and adolescents. *Ernährung/Nutrition*, 12, 563-567.
- Zwiauer, K., Szvjatko, E., Widhalm, K. (1989): Diätferien für übergewichtige Kinder und Jugendliche – ein verhaltenstherapeutisches Interventionsmodell – Teil I. *Päd Praxis*, 39, 7-12.