

## Fakten und Folgen eines gewichtigen Problems: Der Österreichische Adipositasbericht 2006

A. L. MEYER

---

### Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat die Prävalenz von Übergewicht weltweit stetig zugenommen und dieser Trend hält weiter an. Wie andere Industriestaaten sieht sich auch Österreich diesem Problem gegenüber gestellt: Etwa die Hälfte der männlichen und mehr als ein Viertel der weiblichen Bevölkerung über 40 Jahre ist als übergewichtig anzusehen.

Ziel des 2006 erschienenen Ersten Österreichischen Adipositasberichts ist daher neben einer Erfassung der nationalen und internationalen Häufigkeit und Trends auch eine Darstellung der Folgen für die individuelle Gesundheit und das staatliche Gesundheitssystem. Das Problem des Übergewichts ergibt sich in der Tat in erster Linie aus den damit assoziierten Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II und kardiovaskulären Dysfunktionen. Insofern werden auch Therapiemaßnahmen eingehend besprochen und bewertet und die Notwendigkeit präventiver Public-Health-Maßnahmen aufgezeigt, um Möglichkeiten für eine effektivere Bekämpfung der Adipositasepidemie aufzuzeigen.

### Kennwörter:

Adipositas, Prävalenz, Prävention, Gewichtsreduktionsprogramme, Folgeerkrankungen, Public Health

### Summary

Worldwide, the incidence of overweight has been increasing during the last years and like other industrialised countries Austria also faces this trend. Approximately half of its male and more than a quarter of the female population over the age of 40 years can be qualified as overweight. Therefore, the First Austrian Report on Obesity that was published in 2006 aims not only at presenting the national and international data on the prevalence of this disease but also of the consequences for individual and national health. Indeed, the major problem of obesity arises from the diseases associated with it like, for instance, diabetes mellitus type II and cardiovascular disturbances. Hence, therapeutic measures are discussed and assessed and the need for preventive public health programmes is emphasised to provide the means for efficient solutions against obesity.

### Keywords:

obesity, prevalence, prevention, bodyweight reduction programmes, associated diseases, public health

---

Wie in den meisten Industriestaaten ist auch in Österreich eine stetig wachsende Zahl an übergewichtigen und adipösen Personen zu beobachten. Ein interdisziplinäres Fachautorenteam verfasste den Bericht unter der Leitung von *Univ.-Doz. Dr. Ingrid Kiefer* und *Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder*, beide vom Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien. Der im August 2006 erschienene Erste Österreichische Adipositasbericht will nicht nur die aktuelle Situation darstellen und Risiken aufzeigen, sondern auch Anregungen für Therapie und Prävention geben. Die Relevanz des Berichtes ergibt sich aus der Tatsache, dass je nach Datenquellen 20–64 % der Männer in Österreich als übergewichtig, 3–23 % gar als adipös gelten müssen. Bei den Frauen ergibt sich ein ähnliches Bild mit 20–40 % Übergewichtigen bzw. 2–24 % Adipösen.

### Definition und Bestimmungsmethoden für Übergewicht und Adipositas

Die großen Schwankungsbreiten ergeben sich aus zeitlichen und regionalen Unterschieden in den Erhe-

bungsmethoden, die die Vergleichbarkeit der Daten oft stark einschränken. So liegen die von den Teilnehmern selbst berichteten Gewichtsangaben häufig niedriger als die tatsächlich gemessenen Werte, dagegen wird die Körpergröße oft überschätzt. Auch die Grenzwerte für die Einteilung von Übergewicht weichen z. T. voneinander ab. Während Adipositas allgemein als eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper definiert wird, gibt es unterschiedliche Methoden zur Bestimmung und Risikoabschätzung. Auf Grund ihrer einfachen Anwendbarkeit sind anthropometrische Verfahren, wie der Body-Mass-Index (BMI), der Bauchumfang und der Taille-Hüft-Quotient (Waist-to-Hip-Ratio) immer noch das Mittel der Wahl. Sie erlauben eine Abschätzung des Körperfettgehalts, eine genauere Bestimmung ist mittels Hautfaltdickemessungen oder der Bioelektrischen Impedanzanalyse möglich. Nach den von der WHO definierten internationalen Referenzwerten zur Beurteilung des Körpergewichts liegt Übergewicht geschlechtsunabhängig bei einem BMI  $\geq 25$ , Adipositas ab einem BMI

von 30 vor. Über den Taillenumfang kann die abdominale Adipositas bestimmt werden: Als Grenze gelten bei Frauen Werte ab 88 cm und bei Männern Werte ab 102 cm. Eine Überschreitung der Optimalwerte von unter 80 cm bei Frauen bzw. unter 94 cm bei Männern geht mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck und koronaren Herzerkrankungen einher. Neueren Erkenntnissen zufolge wurden diese Grenzwerte an ethnische Unterschiede angepasst, da z. B. Asiaten mehr subkutanes Fett aufweisen. Als weiteres Maß für die Fettverteilung dient der Taille-Hüft-Quotient (Waist-to-Hip-Ratio), der das Verhältnis des Taillen- zum Hüftumfang angibt. Dabei ist ein abdominales Verteilungsmuster im Sinne einer Stammfettsucht stärker mit Begleiterkrankungen assoziiert als ein hüftbetontes. Dementsprechend gilt hier ein Grenzwert von  $<0,85$  für Frauen bzw. von  $<1$  für Männer.

### **Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in Österreich und weltweit**

Die Zahlen für das Vorliegen von Übergewicht in Österreich stammen aus einer Reihe von Erhebungen, die im Zeitraum zwischen 1999 und 2006 durchgeführt wurden, wie z. B. dem Österreichischen Ernährungsbericht 2003, des Mikrozensus Gesundheit 1999 oder der WHO-CINDI-Studie in Vorarlberg, um nur einige zu nennen. Übergewicht ist bei den Männern, von denen etwa 50 % einen BMI über 25 aufweisen, häufiger als bei den Frauen, bei denen die Prävalenz zwischen 30 und 40 % liegt, allerdings erst ab einem Alter von 40 Jahren. Hinsichtlich der Adipositas zeigen sich dagegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Eine Herkunft aus sozial schwachem Umfeld und eine niedrige Bildung sind vor allem bei Frauen begünstigende Faktoren. So sind sozial benachteiligte Migranten und ethnische Minderheiten häufiger von Übergewicht betroffen. Dieser Effekt macht sich schon in der Jugend bemerkbar, da Kinder von Migranten höhere Raten an Übergewicht aufweisen – ein Trend, der mit dem Alter zunimmt. In Österreich kann v. a. in Hinblick auf die Adipositasprävalenz ein Ost-West-Gefälle beobachtet werden: Die meisten Adipösen stammen aus dem Burgenland, gefolgt von Niederösterreich und der Steiermark, die niedrigsten Raten weisen dagegen Salzburg und Tirol auf. Im Westen sind mehr Frauen als Männer adipös, im Osten ist es umgekehrt. Die meisten Übergewichtigen finden sich in der Altersgruppe 55–65 Jahre.

Alarmierend ist der zunehmende Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen. Auch hier liegen unterschiedliche Daten vor, denen zufolge 10–29 % der Buben und 6–42 % der Mädchen übergewichtig und 5–11 % der Buben sowie 3–4 % der Mädchen adipös sind. Die höchsten Werte wur-

den jeweils bei Wiener Lehrlingen erhoben. Im internationalen Vergleich liegt Österreich zwar noch im Mittelfeld und weit hinter den hohen Zahlen in den USA, Großbritannien und Australien zurück, aber auch hierzulande kann eine generelle Zunahme von Übergewicht beobachtet werden, wie sie in fast allen Ländern, selbst solchen mit niedrigen Prävalenzen und in vielen Entwicklungsländern, auftritt. Weltweit wird die Zahl der übergewichtigen Menschen auf über 1 Mrd. geschätzt, die der Adipösen auf über 300 Mio.

Europa und Amerika machen mit jeweils gut einem Drittel den größten Anteil aus, Südostasien und Afrika den geringsten. Bei den Frauen ab 45 Jahren kommt Adipositas am häufigsten in Ost- und Zentraleuropa vor. Innerhalb Europas werden die höchsten Raten in Großbritannien, Griechenland, Deutschland, Finnland und Ungarn erreicht. Bei Kindern und Jugendlichen zwischen fünf und 17 Jahren sind 7,3 % übergewichtig und 2,7 % adipös, wobei auch hier Amerika und Europa die Vorreiter sind. Insgesamt sind nahezu 22 Mio. Kinder unter fünf Jahren adipös. In Europa ergibt sich ein Süd-Nord-Gefälle mit den höchsten Zahlen in Spanien, Griechenland und Portugal.

### **Wie entsteht Übergewicht?**

Auf den ersten Blick sind die Hauptgründe für die Entwicklung von Übergewicht zweifelsohne eine zu hohe Zufuhr von Nahrungsenergie, v. a. in Form von Fett, und ein Mangel an körperlicher Aktivität. Dennoch ist die Frage der Ätiologie nicht so eindeutig zu klären. Vielmehr ist Adipositas eine multifaktoriell bedingte Erkrankung. Eine hohe Fettaufnahme korreliert recht gut mit einem erhöhten BMI, Ähnliches gilt für den Konsum zuckerhaltiger Getränke. Menschen in Industriestaaten sind darüber hinaus vermehrt einem adipogenen Umfeld ausgesetzt, d. h. Umweltfaktoren, die die Entstehung von Übergewicht begünstigen: Zum einen werden gerade Lebensmittel mit hoher Energiedichte stark beworben und zu niedrigen Preisen angeboten, zum anderen wird Inaktivität durch entsprechende Freizeitangebote und zunehmende Motorisierung gefördert. Auch genetischen Faktoren wird ein gewisser Einfluss eingeräumt. Störungen in der Regulation von Hunger und Sättigung können ebenso auftreten wie Abweichungen bei der Energieerzeugung und Wärmeproduktion. Besonders Interesse hat in letzter Zeit dem vom Obesity Gene kodierte appetithemmende Protein Leptin gewonnen, dessen Mangel genauso mit Adipositas assoziiert ist wie bestimmte Mutationen seiner Rezeptoren. Bei vielen Adipösen konnte eine Leptinresistenz festgestellt werden. Insgesamt wird der genetische Einfluss auf die Entstehung von Adipositas auf etwa 30–70 % geschätzt. Nichtsdestotrotz führt eine solche Veranlagung erst durch falsche Nahrungsauswahl und Bewegungsmangel zu tatsächlichem Übergewicht.

## Gesundheitliche Auswirkungen von Übergewicht

Übergewicht und ganz besonders Adipositas erhöhen das Risiko einer ganzen Reihe von Erkrankungen. Im Vordergrund stehen dabei Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck, Hyperlipidämie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, doch kommen auch Osteoarthritis und gewisse Krebsarten häufiger vor. Dementsprechend findet sich Übergewicht in Krankenhausstatistiken als Nebendiagnose von ischämischen und sonstigen Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Gelenks- und Gallenblasenerkrankungen sowie Hypertonie, während es eher selten direkt einen Klinikaufenthalt begründet. Letzteres kommt bei Frauen öfter und in jüngeren Jahren vor als bei Männern, dafür weisen Männer mit durchschnittlich 15,9 d gegenüber 10,7 d bei Frauen eine längere Aufenthaltsdauer auf.

Ein höheres Risiko für Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck, koronare Herz- und Gallenblasenerkrankungen bei Übergewicht und Adipositas zeigen auch internationale Studien: So können laut einer US-amerikanischen Studie etwa 85 % der Diabetesfälle auf Übergewicht zurückgeführt werden, je 45 % der Fälle bei Bluthochdruck und Gallenstörungen und 35 % bei den koronaren Herzkrankheiten. Das relative Risiko für Diabetes mellitus Typ II ist v. a. für übergewichtige Frauen stark erhöht. Des Weiteren sind angesichts der steigenden Prävalenz von Übergewicht sogar Kinder vermehrt betroffen.

Ein weiteres mit Adipositas assoziiertes Gesundheitsproblem ist das sog. metabolische Syndrom, eine Stoffwechselstörung, die sich durch abdominale Adipositas in Begleitung von Störungen der Glucoseverwertung, Insulinresistenz, bestehendem Diabetes mellitus Typ II bzw. einem erhöhten Risiko dafür, Hypertonie und -lipidämie auszeichnet. Aus an 45- bis 75-jährigen Personen erhobenen Daten der Grazer Universitätsklinik ergab sich eine Prävalenz von 13,4 % bei Frauen und 20,5 % bei Männern. Neben Erwachsenen sind auch adipöse Kinder vom metabolischen Syndrom betroffen, wie aus einer italienischen Studie hervorgeht.

Die Anhäufung von Fett, v. a. im viszeralen Bereich, vermindert die antilipolytische Wirkung von Insulin, wodurch es zu einem Überangebot an freien Fettsäuren kommt, welche eine Insulinresistenz und Fettstoffwechselstörungen bewirken. Herzkrankheiten ergeben sich zudem aus den durch das größere Blutvolumen erhöhten Anforderungen an den Herzmuskel. Das Risiko für koronare Herzerkrankungen steigt infolge einer 10%igen Gewichtszunahme um 13 % bei Männern und um 8 % bei Frauen.

Neben den eindeutigeren Zusammenhängen mit dem Fett- und Glucosestoffwechsel wird auch ein Einfluss der Adipositas auf manche Krebsarten angenommen. So können laut einer europäischen Studie etwa 3,7 %

der Neuerkrankungen bei österreichischen Männern und 6 % bei den Frauen mit Adipositas in Verbindung gebracht werden. Demzufolge haben übergewichtige Frauen ein erhöhtes Risiko besonders für Brust- und Gebärmutterkrebs, Männer für Kolorektal- und Pankreaskrebs; Nierenkrebs ist bei beiden Geschlechtern mit Adipositas assoziiert. Hierfür werden hormonelle Ursachen vermutet, da gezeigt werden konnte, dass Übergewicht zu höheren Konzentrationen an Sexualhormonen und Wachstumsfaktoren führt, welche die Zellteilung anregen. Das Fettgewebe produziert außerdem selbst eine Reihe von Mediatoren und Wachstumsfaktoren, die sog. Adipokine, die ebenfalls das Tumorstadium begünstigen können.

Durch die stärkere Beanspruchung der Gelenke und des Bewegungsapparates treten bei Adipösen auch Gelenksarthrosen, ganz besonders am Knie (Gonarthrose) häufiger auf. Massives Übergewicht erschwert jedoch chirurgische Eingriffe zur Einsetzung von Prothesen oder macht sie gänzlich unmöglich. Darüber hinaus verschlechtert Übergewicht das Resultat von orthopädischen Eingriffen und belastet auch die Wirbelsäule, sodass Adipöse häufiger unter Rücken- und Gelenkschmerzen leiden.

Besonderer Sorgfalt bedarf Adipositas bei Schwangeren. Hier ist in den letzten Jahren ebenfalls ein Anstieg zu beobachten. Im Vordergrund steht ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ II bzw. Schwangerschaftsdiabetes, doch auch bei normaler Glucoseverwertung kommt es bei Übergewichtigen häufiger zu Komplikationen wie Bluthochdruck, Präeklampsie oder Eklampsie bis hin zu Fehl- und Totgeburten. Das Überangebot an Nährstoffen begünstigt bei den Kindern eine Makrosomie und prädisponiert sie im späteren Leben selbst für Übergewicht und Stoffwechselstörungen. Bei Adipösen sind außerdem häufiger Entbindungen durch Kaiserschnitt nötig.

## Die Folgen

Obwohl sich die Mortalität adipöser Menschen seit den 1960er Jahren auf Grund verbesserter Behandlungsmethoden der Folge- und Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen verringert hat, wird die Lebenserwartung durch Adipositas v. a. bei jüngeren Menschen verkürzt, bei 20-jährigen Männern mit einem BMI von über 45 um etwa 13, bei gleichaltrigen Frauen um acht Jahre. Mit zunehmendem Alter wird dieser Einfluss schwächer; ein 40-jähriger Übergewichtiger verliert aber immer noch durchschnittlich drei, ein Adipöser sechs bis sieben Jahre. Die Jahre, die erlebt werden, sind oft durch Krankheiten und verminderte Lebensqualität gekennzeichnet, sodass es auch zu Ausfällen im Beruf kommt.

Die meisten Übergewichtigen leiden unter ihrem Körpergewicht. Zu den physischen Problemen infolge

von Begleiterkrankungen und Schmerzen kommt oft noch eine psychische Belastung durch Stigmatisierung, Hänseleien und ein vermindertes Selbstwertgefühl. So weisen z. B. Adipöse gegenüber Normalgewichtigen höhere Kündigungsraten auf. Ein Großteil der Übergewichtigen ist mit seinem Gewicht unzufrieden, wobei ab einem BMI von 30 in erster Linie körperliche Beschwerden und Krankheiten als Gründe dafür genannt werden, während bei mäßigem Übergewicht eher Aussehen, mangelnde Sportlichkeit u. Ä. maßgebend sind.

Die medizinische Versorgung der Begleiterkrankungen der Adipositas erzeugt hohe Kosten für das Gesundheitssystem, zu denen noch die durch Arbeitsausfälle verursachten kommen. Es wird geschätzt, dass 1–5 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Europa direkt auf Adipositas zurückzuführen sind. In Österreich entspräche dies jährlich € 227,7 Mio. bis 1,139 Mrd. oder 0,1–0,5 % des BIP. Dazu kommen Kosten für Gewichtsreduktionsmaßnahmen, die im Allgemeinen von den Übergewichtigen selbst getragen werden. Im Jahr 2005 wurden in Österreich für die Medikamente Xenical und Reductil über € 2 Mio. ausgegeben, die nicht von den Krankenkassen zurückerstattet werden. Genaue Aussagen über die Kosten der Adipositas sind allerdings schwierig, da gerade durch vermindertes Wohlbefinden und Arbeitsausfälle verursachte Kosten schwer auszumachen sind. Vergleiche mit Daten aus anderen Ländern ergeben für Übergewichtige einen deutlich höheren Aufwand für Medikamente und Behandlungen als für Normalgewichtige.

### **Was kann getan werden?**

Angesichts der stetigen Zunahme und der schwerwiegenden Folgen von Übergewicht besteht großer Handlungsbedarf. V. a. bei Adipositas mit einem BMI über 30 kg/m<sup>2</sup> und dem Vorliegen von Begleiterkrankungen ist eine Therapie indiziert. Die nahe liegendste Behandlung ist die Gewichtsreduktion. Grundsätzlich stützt sich die Therapie zunächst auf die drei Grundpfeiler Ernährung, Bewegung und Verhalten. Auf medikamentöse oder gar chirurgische Maßnahmen wird in der Regel nur in besonderen Fällen zurückgegriffen. Neben einer Verminderung der Energieaufnahme sollte eine Ernährungstherapie auch das Ernährungswissen der Patienten verbessern, um eine langfristige Umstellung der Gewohnheiten zu bewirken. Mäßig kalorienreduzierte Kostformen sind auch zur längeren Anwendung geeignet, solange auf eine ausreichende Versorgung mit allen nötigen Nährstoffen geachtet wird. Dabei steht eine Reduktion der Fettaufnahme, v. a. tierischen Ursprungs, im Mittelpunkt, Kohlenhydrate sollten möglichst komplex sein und die Ballaststoffzufuhr sollte erhöht werden. Im Durchschnitt wird damit ein halbes Kilogramm pro Woche abgenommen. Über einen kürzeren Zeitraum können

auch stark kalorienreduzierte Diäten zur Anwendung kommen, sie erfordern allerdings eine gründliche medizinische Voruntersuchung des Patienten und ärztliche Aufsicht. Solche Maßnahmen bieten sich dann an, wenn eine rasche Gewichtsabnahme notwendig ist, wie z. B. vor Operationen oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Dabei kann auch auf Formulardiäten zurückgegriffen werden, die den Grundbedarf an Nährstoffen decken. Für massiv übergewichtige Personen werden diese Produkte beim modifizierten Fasten eingesetzt. Auf Grund der vielen Nebenwirkungen wie Muskelabbau sowie Wasser- und Nährstoffverlusten wird die extremste Form, die Nulldiät, im Allgemeinen nicht mehr praktiziert. Bei allen Reduktionsdiäten liegt besonderes Augenmerk auf der Erhaltungskosten, die nach erfolgreicher Abnahme die Erhaltung des Körpergewichts gewährleisten und eine erneute Zunahme verhindern soll. Obwohl mit einseitigen Diäten, welche z. B. die Kohlenhydrat- oder Fettzufuhr stark herabsetzen, kurzfristig Erfolge erzielt werden können, sollten diese auf Grund möglicher Komplikationen und Unterversorgungen mit wesentlichen Nährstoffen sowie in der Regel fehlender Langzeiterfolge zugunsten einer ausgewogenen energiereduzierten Kostform vermieden werden.

Eine wesentliche Komponente eines erfolgreichen Gewichtsreduktionsprogramms ist die körperliche Aktivität, v. a. hinsichtlich der Gewichtsstabilisierung. Zwar führt Bewegung allein zu geringeren Abnahmen als eine Ernährungsintervention, beide zusammen sind jedoch wesentlich wirksamer. Ausdauertraining führt zum Abbau von Körperfettmasse und zum Erhalt von magerer Körpermasse. Krafttraining erhöht darüber hinaus die Muskelkraft. Regelmäßige Bewegung wirkt sich auch günstig auf den Blutdruck, die Blutfettwerte, die Glucoseverwertung und die Insulinsensitivität aus, was gerade bei Adipösen mit Diabetes mellitus Typ II von Bedeutung ist. Auch ein präventiver Einfluss auf manche Krebserkrankungen wie Kolon- oder Brustkrebs wurde beobachtet. Bewegungsprogramme müssen allerdings an die körperlichen Einschränkungen bei Übergewichtigen angepasst sein, dürfen nicht zu hohen Belastungen führen und sollen v. a. zu körperlicher Aktivität motivieren.

Die dritte Voraussetzung für erfolgreiches Abnehmen ist die Verhaltenstherapie, bei der der Patient einen bewussteren Umgang mit dem Essen lernen soll. Dies ist besonders in Hinblick auf eine dauerhafte Gewichtsreduktion von Bedeutung. Eine aktive Teilnahme und Motivation des Patienten spielen eine wesentliche Rolle. Eine tief greifende, dauerhafte Umstellung von Gewohnheiten stellt hohe Anforderungen an den Patienten. In der Praxis zeigen sich oft Schwierigkeiten bei der Umsetzung langfristiger Programme.

Unterstützend werden daher auch medikamentöse Therapien eingesetzt. In Österreich sind bisher zwei

Substanzen zur Adipositasbehandlung zugelassen: Das unter dem Namen Xenical erhältliche Orlistat hemmt das fettspaltende Enzym Lipase im Darm zu über 90 % und vermindert so die Fettaufnahme. Da zur Vermeidung von Nebenwirkungen wie Magen-Darm-Störungen und Durchfall eine fettarme Kost eingehalten werden muss, kommt es auch zu einer Ernährungsumstellung. Das als Reductil verkaufte Sibutramin verstärkt dagegen über neuronale Wirkmechanismen das Sättigungsgefühl. Als letztes Mittel gegen morbide Adipositas mit BMI-Werten ab 40 kg/m<sup>2</sup> bietet sich die bariatrische Chirurgie an, bei der der Magen hinsichtlich seines Fassungsvermögens verkleinert oder durch einen Bypass umgangen wird. Letzteres kann auch auf einen Teil des Dünndarms angewandt werden. In beiden Fällen kommt es zu einer verminderten Aufnahme von Nährstoffen und einer Verringerung der aufgenommenen Nahrungsmenge. Besondere Aufmerksamkeit gebührt der Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Übergewicht in der Jugend begünstigt nicht nur Adipositas, sondern auch das Auftreten ernährungsbedingter Erkrankungen im Erwachsenenalter. Insofern ist es wichtig, rechtzeitig mit therapeutischen Maßnahmen zu beginnen, umso mehr, als Verhaltensänderungen in jüngeren Jahren noch leichter durchführbar sind. Die Therapie muss wie bei Erwachsenen Bewegung und Beratung sowie auch psychologische Betreuung mit einschließen. Laut einer Studie der Medizinischen Universität Wien gibt es allerdings in nur 19 von 46 österreichischen Kinder- und Jugendkliniken eigene Adipositasambulanzen für diese Zielgruppe. Da v. a. jüngere Kinder im Allgemeinen nicht selbst für ihre Ernährung sorgen, ist es zudem wichtig, Eltern und Betreuer in die Therapie mit einzubeziehen. Oftmals liegen dem Übergewicht familiäre Einflüsse zugrunde, sodass Verhaltensänderungen der Eltern für einen langfristigen Erfolg nötig sind. Auch Schulen können einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie z. B. eine gesündere Auswahl an Pausenverpflegung anbieten.

Ein Anhang des Österreichischen Adipositasberichts gibt eine umfassende Übersicht über derzeit in Österreich speziell für Kinder und Jugendliche angebotene Therapieprogramme.

Unabhängig von der Zielgruppe muss ein gutes Therapieprogramm zunächst eine gründliche Untersuchung und Anamnese einschließen, im Rahmen derer auch der Grad der Gesundheitsgefährdung und eventuelle Kontraindikationen festgestellt werden. Des Weiteren ist es wichtig, die Bereitschaft und Motivation des Patienten zur Gewichtsreduktion zu beurteilen und ggf. zu stärken, denn diese sind wichtige Voraussetzungen für den Erfolg der Therapie. Die enge Zusammenarbeit zwischen Betreuern und Patienten

sowie die aktive Einbindung von Letzterem sind von großer Bedeutung. Nach erfolgter Gewichtsabnahme sollte auch für den Gewichtserhalt gesorgt werden.

### **Prävention von Übergewicht, Ansätze für Public Health**

Vor dem Hintergrund der schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und den Schwierigkeiten, Patienten zur Durchhaltung einer längerfristigen Therapie zu motivieren, sollten Programme nicht nur auf bereits bestehende Adipositas abzielen, sondern vielmehr zur Prävention auch Normalgewichtige einschließen. Hierbei geht es v. a. darum, das adipogene Umfeld abzubauen und das Gesundheitsbewusstsein der Konsumenten zu steigern. Solche Programme müssen sich an die ganze Bevölkerung richten. Eine Vielzahl von weltweiten, nationalen und europäischen Interventionsprogrammen zeigt, dass das nötige Problembewusstsein bei Politikern und Experten durchaus vorhanden ist. Neben staatlichen und überstaatlichen Akteuren kommt dabei aber auch der Lebensmittelindustrie eine Rolle zu. Hinsichtlich des Einflusses, den Werbung gerade auf Kinder und Jugendliche hat, könnte diese zur Vermittlung eines gesünderen Lebensstiles mit mehr Bewegung und höherem Obst- und Gemüsekonsum eingesetzt werden. Insofern sollte die Lebensmittelindustrie in gesundheitsfördernde Programme einbezogen werden.

### **Fazit**

Der Erste Österreichische Adipositasbericht signalisiert dringenden Handlungsbedarf in der Adipositasbekämpfung. Er liefert nicht nur ein umfassendes Bild über Prävalenz und Trends von Übergewicht und Adipositas, sondern auch der damit einhergehenden Begleiterkrankungen. Richtlinien für Therapie und Prävention sowie eine Übersicht bestehender Programme für Kinder und Jugendliche liefern Ansätze für die Behandlung dieses epidemisch ausgreifenden Gesundheitsproblems.

### **Literatur**

Kiefer I. et al.: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006; zu beziehen auf <http://www.welldone.at/content/page.asp?id=1016>.

*Adresse der Autorin:*

*Dr. Alexa Leonie Meyer  
Universität Wien  
Institut für Ernährungswissenschaften  
Althanstraße 14, 1090 Wien  
t +43 1 4277 54953  
alex.a.leonie.meyer@univie.ac.at*