

BEITRÄGE ZU EINEM GESELLSCHAFTLICHEN KONSENS



ADIPOSITAS

Adipositas als behandelbare
Stoffwechselerkrankung

Ein Expert:innenpapier entstanden auf Einladung von Novo Nordisk Österreich

Die in diesem Expert:innenpapier enthaltenen Texte wurden auf Einladung von Novo Nordisk erstellt. Wir haben uns um eine möglichst breite Vielfalt von Blickpunkten bemüht.

Die Ansichten und Aussagen der Autor:innen spiegeln nicht unbedingt die Meinung bzw. den Standpunkt von Novo Nordisk wider. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autor:innen. Mit Ausnahme des beauftragten Überblicks von Köksal Baltaci hat keine:r der Autor:innen ein Honorar erhalten.

Vorwort

MAG.A EVELYN DEVUYST
Governmental Affairs Director
Novo Nordisk Österreich

DR. ALEKSANDAR CIRIC
General Manager
Novo Nordisk Österreich

Sehr geehrte Lesende,

in den letzten Jahren haben Themen rund um Adipositas und Gewichtsmanagement stark an öffentlicher Aufmerksamkeit gewonnen – ein wichtiger Schritt. Was jedoch häufig schmerzlich vermisst wird, ist eine faktenbasierte, aber dennoch empathische Diskussion. Die Komplexität dieser Erkrankung erfordert einen multidisziplinären Ansatz. Bevor wir jedoch an Lösungen arbeiten können, benötigen wir eine grundlegende Voraussetzung: gesellschaftlichen Konsens darüber, dass die schwerwiegende chronische Erkrankung Adipositas nicht nur die Gesundheit Einzelner gefährdet, sondern weitreichende Auswirkungen auf uns alle hat.

Wir sind heute stolz auf unsere Pionierrolle in der Adipositas therapie, die ein Zeugnis unserer Verbundenheit mit unseren Patient:innen ist. Seit über hundert Jahren verfolgen wir bei Novo Nordisk eine Vision: chronische Erkrankungen eines Tages heilen zu können. Unsere Gründer waren Pioniere in der Diabetestherapie, und dieser Pioniergeist lebt in unserem Unternehmen weiter. Bereits vor über 25 Jahren haben wir Adipositas als eigenständige Erkrankung erkannt und begonnen, an einer Therapie zu forschen. Ein solch langfristiges Engagement ist nur durch unsere einzigartige Unternehmensstruktur möglich: Mit der weltweit größten gemeinnützigen Stiftung als Haupteigentümerin, der Novo Nordisk Foundation.

Trotz bedeutender Fortschritte in der Adipositasforschung bleibt viel zu tun, um diese Erkrankung besser zu verstehen und zu differenzieren. Wir sind davon überzeugt, dass wir in einigen Jahren nicht mehr von Adipositas als einer einzigen Erkrankung sprechen werden, sondern – ähnlich wie heutzutage bei Diabetes – verschiedene Formen unterscheiden können.

Der medizinische Fortschritt allein reicht nicht aus. Es ist an der Zeit, die gesellschaftliche Debatte von oberflächlichen und oft schädlichen Diskussionen über Körperbild und „Lifestyle“ zu lösen. Adipositas ist nicht nur eine gesundheitliche Herausforderung für Einzelne, sondern ein komplexes Problem mit gravierenden Auswirkungen auf unsere Gesellschaft. Die Statistiken sind alarmierend und unterstreichen die Dringlichkeit: Die Hälfte der österreichischen Bevölkerung ist von Übergewicht oder Adipositas betroffen – Tendenz steigend. Für die Herausforderungen der Zukunft benötigen wir aber eine resiliente, fitte und leistungsfähige Gesellschaft.

Für eine gute Lebensqualität unserer Gesellschaft muss jede und jeder von uns einen Teil der Verantwortung tragen. Als Unternehmen tragen wir bei, indem wir pharmazeutische Innovationen vorantreiben, einen Fokus auf die Prävention schwerwiegender chronischer Erkrankungen setzen und die gesellschaftliche Diskussion fördern. Daher haben wir ein breites Feld an Expert:innen gebeten, in dieser Publikation ihre Expertise in kurzen Beiträgen zu teilen – mit dem Ziel, uns einem gesellschaftlichen Konsens zu nähern.

Wir laden Sie ein, sich uns in diesem wichtigen Dialog anzuschließen und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, die das Leben von Menschen mit Adipositas und die Entwicklung unserer Gesellschaft nachhaltig verbessern.



© mattobserve



© Novo Nordisk

Mag.a Evelyn Devuyt

Dr. Aleksandar Ciric

6 Adipositas: Die missverstandene Krankheit

KÖKSAL BALTACI, Redakteur, Die Presse

12 Ich weiß, was ich essen soll!

MAG. WERNER GRUBER, Universität Wien, Fakultät für Informatik, Arbeitsgruppe Cooperative Systems

14 Komplexe Erkrankung Adipositas

ASSOZ. PROF. PRIV.-DOZ. DR. FLORIAN KIEFER, PHD, Präsident der Österreichischen Adipositas Gesellschaft, Sprecher der Österreichischen Adipositas Allianz

16 Adipositas – Schwere Last auch für die Wirtschaft

DR. ALEXANDER BIACH, Standortanwalt Wien (bis 06/2024)

18 Gesundheit als entscheidender Standortfaktor

MAG. CHRISTOPH NEUMAYER, Generalsekretär der Industriellenvereinigung

20 Brauchen wir einen Aktionsplan zu Übergewicht und Adipositas?

MAG.A SILVIA HRUŠKA-FRANK, Direktorin der Bundesarbeiterkammer

22 Adipositas – eine unterschätzte Krankheit mit Folgewirkungen!

MAG. JÜRGEN E. HOLZINGER, Obmann Verein ChronischKrank Österreich

24 Adipositas: Apothekerinnen und Apotheker leisten unverzichtbare Arbeit

MAG.A DR.IN ULRIKE MURSCH-EDLMAYR, Präsidentin, Österreichische Apothekerkammer

26 Adipositas: Gesundheitsförderung und Leistungsfähigkeit in der Polizei

MICHAEL TAKÁCS, MSC, BA, MA, Bundespolizeidirektor, Bundesministerium für Inneres

28 Adipositas: wachsende Herausforderung für eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe

LABG. INGRID KOROSEC, Präsidentin
Österreichischer Seniorenbund

30 Neue Wege in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas

PRIM. UNIV.-PROF. DR. DANIEL WEGHUBER,
Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde, Uniklinikum Salzburg

32 Aufgaben und Nutzen einer School Health Nurse

MAG.A MICHAELA BILIR, im Kreis der Expert:innengruppe des
Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ).

34 Ein Ansatz zur Bekämpfung der Adipositas in Österreich

DR.IN BARBARA KOLM, Direktorin des Austrian Economics
Center und Präsidentin des Friedrich A. v. Hayek Institut

36 Die Macht der Sucht

UNIV. PROF.IN DR.IN GABRIELE FISCHER, Leiterin
der Suchtforschung und Drogenambulanz an
der Medizinischen Universität Wien

40 Adipositas: Mehr gesunde Lebensjahre und Lebensqualität im Alter

NR A. D. DR. PETER KOSTELKA, Präsident
des Pensionistenverbandes Österreichs

NR A.D. DR.IN ELISABETH PITTERMANN,
Gesundheitsexpertin des Pensionistenverbandes Österreichs

42 Adipositas und Arbeitsmedizin

PRIV.-DOZ. DR. GEORG WULTSCH, Facharzt für
Arbeitsmedizin und Arzt für Allgemeinmedizin,
Bundesfachgruppenobmann für Arbeitsmedizin der ÖAK

45 Literatur & Quellen

Adipositas: Die missverstandene Krankheit

Alle Beiträge im Überblick

KÖKSAL BALTACI,
Redakteur, Die Presse

Ursachen, Symptome, Behandlung – bei kaum einer anderen Erkrankung ist so viel gefährliches Halbwissen im Umlauf wie bei Adipositas. Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems gehen diesem Phänomen auf den Grund und sprechen Empfehlungen aus, wie diese Volkskrankheit effizient bekämpft werden kann. Denn neben dem umfassenden individuellen Leid hat sie selbstverständlich auch eine gesamtgesellschaftliche und wirtschaftliche Komponente, die – wie die Krankheit selbst – unterschätzt wird.

„Bin ich zu willensschwach oder zu blöd für eine Diät?“, fragt der Autor, Kabarettist und Physiker Werner Gruber von der Universität Wien. „Was läuft bei mir und den anderen falsch?“ Schließlich sei die Entstehung von Adipositas aus mathematischer Sicht kein Mysterium. Als hoch gebildeter Naturwissenschaftler wisse er genau, wie man zu- und abnimmt und welche Mechanismen dahinterstecken. Er habe auch schon zahlreiche Diäten ausprobiert – manche durchgezogen, manche abgebrochen.

Mit Gewichtsproblemen hat er jedenfalls schon seit seinem fünften Lebensjahr zu kämpfen. Genauso lange hört er auch die gut gemeinten Ratschläge aus seiner Umgebung, die sich zumeist darauf beschränkten, weniger zu essen und sich mehr zu bewegen.

„Einfache Antworten sind meist richtig, aber oftmals bringen einfache Antworten keine Lösung für das Problem ...“ sagt Gruber in seinem sehr persönlichen Beitrag, der die Komplexität und Widersprüchlichkeit von Adipositas verdeutlicht. Tatsächlich ist das Problem von Adipositas vielschichtig und lässt sich nicht rein auf die Menge der Nahrungsmittelzufuhr bzw. auf den Mangel an Bewegung zurückführen. Ein Suchtverhalten kann dabei ebenso eine Rolle spielen wie beispielsweise Probleme mit der Darmflora, psychische Erkrankungen, Störungen des Hormonstoffwechsels oder etwas ganz anderes, noch Unbekanntes.

Um über die Ursachen und die Behandlung von Adipositas zu reden, ist das Beispiel Werner Gruber insofern ein besonders geeignetes, als er in der Öffentlichkeit steht, in der die Bewertung des Aussehens inklusive möglicher Stigmatisierung allgegenwärtig ist – und er vordergründig alle Möglichkeiten haben müsste, um sein Idealgewicht zu erreichen. Er ist universell gebildet und verfügt über hohe Gesundheitskompetenz, kann sich seinen Alltag weitgehend frei einteilen, gehört der oberen Mittelschicht an und hat zudem den expliziten Wunsch, Gewicht zu verlieren. Dass es ihm bisher trotz zahlreicher Anläufe und Bemühungen nur teilweise gelungen ist, zeigt, wie groß die Herausforderung ist, vor der von Adipositas betroffene Personen stehen.



FAT-SHAMING UND ISOLATION

Die Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas hebt auch Gabriele Fischer in ihrem Beitrag hervor, sie ist die Leiterin der Suchtforschung und Drogenambulanz am Wiener AKH. Vor allem Frauen sind ihrer Erfahrung nach vom sogenannten „Fat-Shaming“ betroffen. „Sie werden häufig mit Vorurteilen konfrontiert – etwa, sie seien zu faul, zu träge, sie werden zudem häufig sozial ausgegrenzt“, sagt Fischer. „Übergewichtige Schülerinnen und Schüler sind überdurchschnittlich Mobbing-Erfahrungen ausgesetzt. Fat-Shaming führt auch dazu, dass einer notwendigen Lebensstilmodifikation, wie etwa regelmäßig in Sporteinrichtungen zu gehen, nicht nachgekommen werden kann, weil sich die Betroffenen zu sehr schämen.“

Häufig würden sich zudem posttraumatische Störungsbilder und Angstsymptome mit sozialer Isolierung entwickeln. Österreich müsse daher noch stärker auf Prävention setzen. Zentral in der Behandlung ist ihrer Meinung nach neben dem multiprofessionellen Ansatz das Verständnis, dass Suchterkrankungen und ebenso die Esssucht nicht dem Behandlungsmodell von Infektionen folgen, sondern sich in der Regel durch einen chronischen Verlauf charakterisieren. Die Suchterkrankung sei jedenfalls eine der teuersten Erkrankungen für die Gesellschaft – und zwar durch die zusätzlich auftretenden somatischen Konsequenzen.

Darüber hinaus erschwert Stigmatisierung den Zugang und die Inanspruchnahme von Therapien. Davon umfasst ist nicht nur die „klassische“ Stigmatisierung von außen, die sich beispielsweise darin zeigt, dass körperliche und mentale Beschwerden häufig pauschal der Adipositas zugeschrieben und somit nicht rechtzeitig diagnostiziert bzw. behandelt werden. Sondern auch die Selbststigmatisierung, die unter anderem zur Folge hat, dass Betroffene Vorsorgeuntersuchungen und eigentlich notwendige Arztbesuche meiden, um nicht ständig auf ihr Gewicht hingewiesen und damit auf negative Weise konfrontiert zu werden.

VOLKSKRANKHEIT

In Alexander Biachs Beitrag bilden die ökonomischen Folgen von Adipositas sogar den Schwerpunkt. Biach war Standortanwalt der Wirtschaftskammer Wien. Denn Adipositas ist bekanntlich eine Volkskrankheit. Dem neuesten Report der Weltgesundheitsorganisation WHO zufolge sind in Österreich 54 Prozent der Erwachsenen übergewichtig. Der EU-Schnitt liegt bei 59 Prozent. Bei den zehnbis 19-Jährigen sind es in Österreich 26 Prozent. Damit liegt Österreich über dem EU-Schnitt von 24 Prozent. Definiert ist Adipositas im Übrigen als chronische Krankheit („krankhaftes Übergewicht“) mit einem BMI von 30 oder mehr. Dieser Body-Mass-Index, der hinsichtlich Gesundheit und Lebensqualität nur bedingt aussagekräftig und dessen Bedeutung daher durchaus umstritten ist, ergibt sich aus Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat. Eine Person, die 1,75 Meter groß ist, ist ab einem Gewicht von rund 92 Kilogramm von Adipositas betroffen.

Adipositas gehört in Industrieländern somit zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen.

Und geht mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen (etwa Darm-, Gebärmutterhals-, Blasenkrebs), Diabetes, Bluthochdruck, Schlafstörungen und letztlich verkürzter Lebenserwartung einher. Hinzu kommen Diskriminierungen im Alltag und Berufsleben mit möglichem sozialen Rückzug, der in depressiven Verstimmungen und Depressionen münden kann. Männer sind in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Frauen und die Häufigkeit steigt mit dem Alter stark an.

Darauf wird jedes Jahr am Welt-Adipositas-Tag am 4. März hingewiesen. Insbesondere von der Österreichischen Adipositas Allianz, deren multidisziplinäre Mitglieder ein, wie sie sagen, zeitgemäßes Bild der komplexen Erkrankung Adipositas zeichnen wollen. Dieses umfasse sowohl gesundheitspolitische als auch gesellschaftspolitische Aspekte – „im Sinne von Früherkennung, Prävention, Therapie und respektvoller Haltung gegenüber Betroffenen“. Ihr wichtigstes Ziel ist Anerkennung von Adipositas als eigenständige chronische Erkrankung sowie die Sensibilisierung der Bevölkerung für dieses Krankheitsbild und seine Ursachen. Denn das trage auch dazu bei, Vorurteile gegenüber Menschen mit Adipositas abzubauen und den respektvollen Umgang mit den Betroffenen in der Gesellschaft zu fördern. Die Adipositas Allianz ist mit ihrer multidisziplinären Zusammensetzung und ihrer Arbeitsweise österreichweit einzigartig.

GESUNDHEITSAUSGABEN

Ein paar Fakten, um zu verdeutlichen, warum Adipositas aus wirtschaftlicher Sicht in höchstem Maß relevant sind: Die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben von Personen mit Normalgewicht betragen rund 400 Euro. Die Ausgaben von übergewichtigen Personen hingegen belaufen sich auf 440 Euro und von Patienten mit Adipositas sogar auf 500 Euro. Auch hinsichtlich der Ausgaben für Medikamente sowie Krankenhausaufenthalte sprechen die Zahlen eine eindeutige Sprache, zudem sind Personen mit Adipositas häufiger im Krankenstand, werden häufiger zu Pflegefällen und sind auch häufiger arbeitsunfähig.

„Medizinische Hilfe, betriebliche Ausfälle, Pflegefälle – die Kosten, die dadurch der öffentlichen Hand und den Betrieben verursacht werden, lassen sich in vielen Fällen auf Übergewicht und Adipositas zurückführen“, sagt Biach und rechnet mit Einsparungen in Milliardenhöhe, wenn Adipositas durch effiziente und treffsichere Maßnahmen bekämpft wird. „Ein präventiver Zugang zu Körpergewicht muss in allen Politikfeldern Einzug erhalten. Von der Schulbildung angefangen über die betriebliche Gesundheitsförderung bis hin zu Best-Agers-Programmen ab 50. Bewegung und Ernährung sind dabei der Schlüsselfaktor. Auch die Behandlung von Adipositas als Erkrankung kann dazu beitragen, langfristige Kosten durch Produktivitätsausfälle zu minimieren.“

GESUNDHEIT ALS STANDORTFAKTOR

Die Bedeutung von Prävention und die Förderung von Gesundheit aus der Perspektive von Unternehmen betont Christoph Neumayer, Generalsekretär der Industriellenvereinigung, in seiner fundierten Stellungnahme.

„Denn wir wissen, körperlich und seelisch gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein entscheidender Erfolgsfaktor für Unternehmen und gleichzeitig ein bedeutender Standortfaktor für Österreich“,

sagt Neumayer. „Gerade in Zeiten, in denen der Arbeits- und Fachkräftemangel allorts deutlich spürbar ist, ist es zudem auch für den Arbeitsmarkt schwierig, durch langfristige gesundheitliche Ausfälle nicht das volle Potenzial ausschöpfen zu können.“ Neumayer erinnert daran, dass Adipositas Österreichs BIP um 3,3 Prozent pro Jahr reduziert, das entspricht etwa zwölf Milliarden Euro. Für Unternehmen sind gesundheitsfördernde Maßnahmen für ihre Mitarbeiter also ein entscheidender Faktor. Wie bei vielen anderen Erkrankungen ist auch bei Adipositas die effektivste Maßnahme die Prävention.

So hat das Wirtschaftsforschungsinstitut Economica 2020 berechnet, welche Kosten Inaktivität, also weniger als zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche, verursacht. Für Adipositas liegen die direkten Kosten der Inaktivität bei rund 87 Millionen Euro pro Jahr, bei Bluthochdruck sogar bei rund 394 Millionen Euro. Vor diesem Hintergrund ist es Neumayer zufolge wichtig, bereits in den Kindergärten und Schulen mit einem breiteren Bewegungsangebot anzusetzen: „Eine gute Mischung aus Prävention und Unterstützung im Krankheitsfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist ein zentrales Anliegen für die Industrie.“

Georg Wulsch, Facharzt für Arbeitsmedizin und Arzt für Allgemeinmedizin sowie Bundesfachgruppenobmann für Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie österreichischer Ärztekammer, kann sich sogar eine gesetzliche Verankerung von betrieblicher Gesundheitsförderung und das Vorhalten eines strukturierten ärztlichen Gesundheitsmanagements in Betrieben vorstellen. Eine solche Förderung würde zusammen mit der Möglichkeit einer Vernetzung zwischen kurativer und präventiver Herangehensweise diese gesamtgesellschaftliche Herausforderung leichter fassbar und, wie er sagt, bewältigbarer machen.

SPEZIALISIERTE ZENTREN

Für Ingrid Korosec, Präsidentin des Österreichischen Seniorenbunds, sollte Adipositas als „Querschnittsthema in der Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik der nächsten Bundesregierung verankert sein“. Es gehe dabei um die Integration von Adipositas in vorhandene Versorgungsstrukturen, etwa durch die Schaffung von spezialisierten Adipositas-Zentren, die sich nicht nur auf medizinische Behandlung konzentrieren, sondern auch auf Schulung und Beratung, um Standards in der Versorgung zu setzen und die Stigmatisierung zu verringern. Darüber hinaus sollte die Kostenübernahme durch die Krankenkassen erweitert werden, um eine ganzheitliche Behandlung von Adipositas zu gewährleisten. Derzeit müssen Betroffene die Therapiekosten überwiegend selbst tragen, obwohl Adipositas als chronische Erkrankung anerkannt ist und mit signifikanten Gesundheitsrisiken verbunden ist. Die Forderung lautet daher, ähnlich wie bei der Behandlung von Diabetes, Adipositas in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen. Wie wichtig diese Forderung ist, zeigt ein Blick auf die Babyboomer-Generation, also die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre, die nach und nach das Pensionsantrittsalter erreichen.

Sie (die Babyboomer-Generation) gehen nicht nur dem – unter einem dramatischen Personalmangel leidenden – Gesundheitssystem als Fachkräfte ab, sie sind auch überdurchschnittlich häufig von Adipositas betroffen, wie aus aktuellen Zahlen der Statistik Austria hervorgeht.

Einer der Hauptgründe dafür ist mangelnde Prävention – auch, weil es kaum Angebote hinsichtlich Vorsorge, Früherkennung und rasche Therapie gab. Die Behandlung dieser Generation stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem und somit auch für die Wirtschaft dar.

Für interdisziplinäre ambulante Versorgungszentren nach klar definierten Minimal-Strukturstandards und mit geeigneter Qualitätssicherung spricht sich auch Daniel Weghuber in seinem Beitrag aus. Er ist Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Uniklinikum Salzburg. Diese – größtenteils noch fehlenden – Zentren seien unverzichtbare Versorgungssäulen, die für komplexe Diagnostik und Therapie zuständig sind. Denn auch eine stationäre Therapie könne bei entsprechenden medizinischen sowie psychischen Komorbiditäten notwendig werden, bevor eine ambulante Schulung überhaupt möglich ist. Mit der Einführung von Kinderrehabilitationseinrichtungen stünden in Österreich nun immerhin verschiedene Schwerpunktkliniken zur Verfügung.

GESUNDHEITSKOMPETENZ

Wie wichtig bei der Gesundheit der Bevölkerung – neben individuellen Verhaltensweisen – die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind, erklärt Silvia Hruška-Frank, Direktorin der Arbeiterkammer Wien, in ihren Ausführungen. Bildung sei bekanntlich ein zentraler Faktor für Gesundheit und Gesundheitskompetenz. Die soziale Herkunft in Österreich habe immer noch starken Einfluss auf die Bildungslaufbahn. „Übergewicht und Adipositas sind tief aus den gesellschaftlichen Verhältnissen resultierende Phänomene, deren Ansteigen auf hohem Niveau auf ein multiples Politikversagen hinweisen“, sagt Hruška-Frank. Neben der sozialen Stigmatisierung seien es vor allem die zahlreichen Begleiterkrankungen, die zu einer enormen, oft lebenslang andauernden individuellen Belastung der Betroffenen führten. Daraus folgten Krankheitsstände, krankheitsbedingte Pensionen, weniger gesunde Lebensjahre und letztlich auch eine kürzere Lebenserwartung. Daher brauche es auch keinen sogenannten Aktionsplan zu Übergewicht und Adipositas.

Denn alle Handlungsanforderungen würden bereits auf dem Tisch liegen, nämlich die Verwirklichung von Prävention als „Health in all Policies“ und der Ausbau der integrierten Versorgung im niedergelassenen Bereich durch die Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Es sei nämlich eine langjährige Forderung der Arbeiterkammer, die Verantwortung für Prävention in allen Lebensbereichen durch ein Präventionsgesetz zuzuordnen und die Verantwortungsträger mit den erforderlichen Mitteln auszustatten. Der bloße Appell an Bund, Länder und Sozialversicherung kann ihrer Meinung nach keinen relevanten Fortschritt bringen. Es braucht die Verpflichtung und das Geld. Wie andere chronische Erkrankungen auch, brauche das therapeutische Management von Übergewicht und Adipositas die integrierte Beteiligung der erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufe. Und zwar von der diätologischen Beratung über die Anleitung zu körperlicher Aktivität, kognitive Verhaltenstherapie, psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung bis hin zu pharmakologischen und chirurgischen Therapien. Die flächendeckende Einbeziehung der Gesundheitsberufe für die Versorgung chronischer Krankheiten erfordere entsprechende Disease-Management-Programme zur Festlegung der Aufgaben der Gesundheitsberufe und die Abrechenbarkeit dieser festgelegten Leistungen gegenüber den Gesundheitskassen.

ANREIZE SCHAFFEN

Auf die Notwendigkeit einer Strategie, die individuelle Freiheiten respektiert, gleichzeitig aber effektive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention implementiert, weist auch Barbara Kolm in ihrem Beitrag hin. Kolm ist Direktorin des Austrian Economics Center und Präsidentin des Friedrich A. v. Hayek Instituts. Bildungsinitiativen, die Wissen über gesunde Ernährung und Lebensstile vermitteln, seien dabei zentral. Sie sollten insbesondere auf Risikogruppen abzielen und das Bewusstsein für Langzeitfolgen von Adipositas schärfen. Zudem sollte ein individueller Ansatz gefördert werden, der genetische Faktoren berücksichtigt und maßgeschneiderte Empfehlungen bietet. Eine wichtige Rolle spiele die Eigenverantwortung. Die finanziellen Lasten ungesunder Entscheidungen sollten vermehrt von den Betroffenen selbst getragen werden, um Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Darüber hinaus sei es wichtig, dass Arbeitsbedingungen flexibler gestaltet werden, um Stress zu reduzieren und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erleichtern. Kolm:

„Nur durch ein Zusammenspiel aus Bildung, individueller Verantwortung und unterstützenden Arbeitsumgebungen kann das Problem des Übergewichts effektiv angegangen werden.“

Eine stärkere Einbindung in den Kampf gegen Adipositas fordert wiederum Ulrike Mursch-Edelmayr, Präsidentin, Österreichische Apothekerkammer. Anders als in anderen Staaten Europas ruhe die Gesundheitsversorgung in Österreich auf einer sehr schmalen Basis. Eine Verbreiterung dieser Basis im Sinne der verstärkten Miteinbeziehung der Apotheken als orientierungsgebende Erstanlaufstellen für Gesundheitsfragen wäre im Sinne der Volksgesundheit, des Gesundheitssystems und der Wirtschaft. Adipositas sei dabei nur ein Beispiel für die zahlreichen Krankheiten, die unter verstärkter Zuhilfenahme von Einsatzmöglichkeiten apothekerlicher Leistungen signifikant eingedämmt werden können. Zu den Vorteilen von Apotheken gehörten vor allem die langen Öffnungszeiten.

Denn während eine Arztpraxis in der Regel rund 20 Stunden pro Woche geöffnet hat, sind es bei den Apotheken etwa 60 Stunden. Zudem würden dem Gesundheitssystem bei der Versorgung der Menschen in der Apotheke keinerlei Kosten entstehen.

Eine zunehmend wichtige Rolle übernehmen bei der Prävention auch sogenannte „School Health Nurses“ als zentrale Ansprechpersonen für Kinder und Jugendliche. School Health Nurses können Schülerinnen und Schüler mit einem erhöhten Risiko für Adipositas anhand verschiedener Kriterien rasch identifizieren. Dabei werden Essgewohnheiten und Rituale innerhalb der Familie, Lebensmittel- und Getränkeauswahl, aber auch Dauer und Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten der Schüler bzw. des Familiensystems erhoben. Diese stellen anschließend eine Grundlage dar, auf die personalisierte Interventionen aufgebaut werden können.

SENSIBILISIERUNG UND ANERKENNUNG

Mehr gesellschaftliche Sensibilisierung und auch mehr Anerkennung der Krankheit Adipositas fordert Jürgen E. Holzinger, Obmann des Vereins ChronischKrank Österreich. Adipositas dürfe nicht einfach als Diagnose „Übergewicht“ abgestempelt werden. Hier seien vor allem auf politischer Ebene Maßnahmen und Rahmenbedingungen gefordert, die eine Umsetzung der Behandlung bzw. Vorbeugung schon im frühen Stadium möglich machen.

„Bereits im Kindergarten und im Schulalltag sollten Kinder und Jugendliche aktiv aufmerksam gemacht werden und die sogenannte gesunde Jause sollte zur Selbstverständlichkeit werden“,

sagt Holzinger. „Präventive Möglichkeiten und Aufklärungsarbeit zur Verhinderung von Adipositas müssen im Bildungssystem verankert werden. Dies ist unerlässlich und verhindert zudem ein soziales Ungleichgewicht.“

Ein generelles Umdenken bedarf es seiner Meinung nach auch bei der Vorbeugung von Adipositas. So müsse auch hier der Gedanke der Prävention Einzug finden und bereits die Kosten bei den vorbeugenden Therapien getragen werden. Im Stadium der Rehabilitation zur Vorbeugung der Berufsunfähigkeit und als Maßnahme der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bräuchten hier die handelnden Akteure wie beispielsweise PVA, ÖGK und AMS mehr Struktur sowie zielgerichtete Möglichkeiten. Nur so könne die Krankheit und die daraus resultierenden Folgen für die Gesellschaft verhindert werden.

Eine Krankheit, deren Komplexität noch immer nicht restlos geklärt ist und bei der es noch immer keinen gesellschaftlichen Konsens darüber gibt, dass sie nicht nur Menschen mit Adipositas selbst betrifft, sondern Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat. Und dass eine Lösung – von der Sensibilisierung der Bevölkerung über die Prävention bis hin zur Behandlung – deswegen nur gesamtgesellschaftlich gesucht und gefunden werden muss. Adipositas zu bekämpfen und den Betroffenen zu helfen bedeutet somit, einen Beitrag für alle zu leisten, nicht nur für Menschen mit Adipositas selbst. Solange Adipositas nicht als gesamtgesellschaftliches Problem verstanden und behandelt wird, kann es auch keine effiziente und nachhaltige Lösung dafür geben.

Solange Adipositas nicht als gesamtgesellschaftliches Problem verstanden und behandelt wird, kann es auch keine effiziente und nachhaltige Lösung dafür geben.



Ich weiß, was ich essen soll!

MAG. WERNER GRUBER,
Universität Wien, Fakultät für Informatik,
Arbeitsgruppe Cooperative Systems

Ich habe seit meinem fünften Lebensjahr Übergewicht. Seit meinem fünften Lebensjahr hat man mir erklärt, was ich essen soll, was ich essen „darf“ und dass ich mich mehr bewegen soll.

Ich kenne viele Personen mit Übergewicht und natürlich ist die Fettleibigkeit ein Thema beim gemeinsamen Abendessen. Jeder – wirklich jeder – weiß, was man essen soll, dass man weniger essen und sich mehr bewegen soll. Wahrscheinlich weiß jeder Übergewichtige genauso viel wie ein sehr gut ausgebildeter Diätassistent oder eine Diätologin.

WARUM KRIEGEN ÜBERGEWICHTIGE IHR KÖRPERGEWICHT NICHT IN DEN GRIFF?

Das Wissen ist vorhanden, die Physik ist auch klar: der menschliche Körper benötigt Energie in Form von Sauerstoff und Kohlenwasserstoffverbindungen (Nahrung). Diese chemische Energie wird im Körper in den einzelnen Zellen verbrannt – die Körpertemperatur kommt genau von diesem Verbrennungsprozess – um einzelne Muskeln zu bewegen. Werden mehr Muskeln bewegt, wird mehr Energie verbrannt, also braucht man mehr Nahrung. Dies alles sollte im Gleichgewicht sein. Also sollten wir optimalerweise genauso viel Nahrung zu uns nehmen, wie wir durch Bewegung bzw. den Stoffwechsel verbrauchen.

BEI ÜBERGEWICHTIGEN FUNKTIONIERT DIES ABER NICHT, ES WIRD MEHR NAHRUNG KONSUMIERT, ALS BENÖTIGT. WARUM?

Die einfachste und teilweise richtige Antwort lautet: Übergewichtige essen zu viel bzw. bewegen sich zu wenig. Diese Aussage ist aus Sicht der Physik bzw. Biologie richtig. Also brauchen wir nur weniger essen bzw. uns mehr bewegen. So einfach könnte es sein – sagt der Hausverstand.

Interessanterweise hat jede und jeder Übergewichtige dies ausprobiert. Ich habe selbst einige Diäten – auch unterschiedlichste Arten von Diäten – ausprobiert, gemacht, durchgehalten, und manche auch abgebrochen. Wahrscheinlich habe ich mein gesamtes Körpergewicht in meinem Leben insgesamt schon abgenommen. Leider hat das Ganze nicht funktioniert. Warum? Bin ich zu willensschwach oder zu blöd für eine Diät? Was läuft bei mir und den anderen falsch? Geht man in die Fachliteratur, so findet man erstaunliche Studien.

In zig Studien wurde gezeigt, dass Diäten – und was im Moment moderner geworden ist: die Umstellung der Ernährungsgewohnheiten – in der Regel relativ wenig bringen.

Viele Studien beschränken sich auf 3 bis 12 Monate Beobachtungsdauer. Da schaut der erzielte Gewichtsverlust sehr gut aus. Leider gibt es wenige Studien, welche über 5 Jahre gehen. Da ist das Ergebnis für die Diäten ernüchternd. Praktisch alle Versuchsteilnehmerinnen und Probanden hatten wieder ihr ursprüngliches Körpergewicht



© Felicitas Matern

bzw. in der Regel hatten diese sogar ein noch höheres Gewicht. Jede und jeder Übergewichtige kennt diesen JoJo-Effekt. Zusammenfassend können wir sagen, dass Diäten ab einem bestimmten überhöhten Körpergewicht (rund 20 kg) langfristig nichts bringen – leider und glauben Sie mir, ich habe es selbst ausprobiert.

Einfache Antworten sind meist richtig, aber oftmals bringen einfache Antworten keine Lösung für das Problem.

Da gibt es jetzt verschiedene Ansätze und Ideen und Lösungen. Ich kenne Personen, die bedeutend mehr essen als ich und gertenschlank sind, ich kenne Personen, die wirklich wenig essen und auch schlank sind, ich kenne Menschen, die wenig essen und dennoch dick sind usw. Das Problem vom Übergewicht ist sehr komplex und es auf die Menge der Nahrungsmittelzufuhr beziehungsweise auf den Mangel an Bewegung zurückzuführen ist eindeutig zu kurz gegriffen.

ADIPOSITAS – DER MEDIZINISCHE BEGRIFF – BEDEUTET FETTSUCHT.

Da nähern wir uns schon dem Problem. Ein Suchtverhalten ist sicher gegeben – man spricht gerne vom Frustesser oder dem Belohnungesser. Zusätzlich gibt es Personen, die Probleme mit ihrer Darmflora haben – auch die Darmflora hat einen entscheidenden Einfluss auf unser Körpergewicht. Viele psychiatrische Erkrankungen zeigen als Symptom eine Änderung im Körpergewicht. Oftmals gibt es einen klaren Zusammenhang mit der psychiatrischen Störung und dem Hormonhaushalt. Auch dies führt zu Übergewicht.

Es könnte auch eine Erkrankung des Hormonstoffwechsels geben – ohne psychiatrische Störung – auch dies kann zu Übergewicht führen.

Im Hypothalamus – einer Region im Gehirn – wird festgelegt, unter welchen Umständen wir Hunger haben bzw. uns auch gesättigt fühlen. Tumore in diesen Regionen – zum Glück sind sie selten – führen ebenfalls zu Übergewicht. Auch hier kann es zu einer Verschiebung des Sättigungsgefühls bzw. Hungergefühls kommen. Dieses Gebiet des Gehirns wird beim Menschen im 4. Lebensjahr justiert, um festzustellen, ob man in einer Gesellschaft aufwächst, in der es viel Nahrung gibt, oder ob man die Nahrung gut verwerten muss. Ich könnte ihnen noch zig andere Faktoren aufzählen, die einen massiven Einfluss auf das Körpergewicht haben, wie Schlaf oder der Leptinhaushalt.

Kurz gesagt: Die Erkrankung Übergewicht lässt sich nicht einfach auf die Menge der zugeführten Nahrung und dem Mangel an körperlicher Bewegung zurückführen!

WAS BRAUCHT ES?

Die meisten Probleme entstehen dadurch, dass wir zu wenig Wissen haben. Wir brauchen keine einfachen Antworten, die uns der Hausverstand sagt: esst mehr Gemüse und bewegt euch mehr!

Wir brauchen massiv mehr Forschung und wissenschaftliche Grundlagen, um besser mit dem Übergewicht umzugehen.

Wissenschaft schafft Wissen und damit lassen sich Probleme lösen. Die Wissenschaft darf sich aber nicht nur auf den einzelnen biologischen Körper und das individuelle Körpergewicht beziehen, wir brauchen auch Forschung über die Gesellschaft, denn „die Gesellschaft“ in der westlichen Welt wird insgesamt dicker. Welche gesellschaftlichen Faktoren beeinflussen in die eine bzw. in die andere Richtung das Übergewicht.

Die gesundheitlichen Konsequenzen für den Einzelnen und die Gesellschaft sind enorm. Viele Folgeerkrankungen müssen verhindert werden – aber nicht mit wirkungslosen Diäten, sinnlosen Vorschlägen, die in den letzten 50 Jahren gepredigt wurden und schon gar nicht mit Vorschlägen von Personen, die dieses Problem noch nie hatten.

Persönliche Anmerkung: Im Alter von 4 Jahren hatte ich eine schwere Infektion und wurde für ein paar Wochen im Spital behandelt. Dabei bekam ich zusätzlich Hormonspritzen, da ich damals leichtes Untergewicht hatte.

Komplexe Erkrankung Adipositas

Prävention, Therapie und medizinische Ausbildung der Realität anpassen

ASSOZ. PROF. PRIV.-DOZ. DR. FLORIAN KIEFER, PHD,
Präsident der Österreichischen Adipositas Gesellschaft,
Sprecher der Österreichischen Adipositas Allianz

Adipositas ist eine chronische, multifaktorielle und komplexe Erkrankung, die mit Sicherheit nicht auf ein „Energieungleichgewicht“ reduziert werden kann. Möchte man dazu eine konstruktive öffentliche Debatte führen, sind unbedingt wissenschaftliche Erkenntnisse über die Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten von Adipositas zu berücksichtigen. Wesentlich ist auch, die Verantwortung unserer Gesellschaft für die Schaffung bzw. Wiederherstellung einer gesundheitsförderlichen Umwelt anzuerkennen und vor allem auch die Betroffenen als Expert:innen in eigener Sache einzubeziehen. Bei Letzterem ist oft leider das Gegenteil der Fall. Betroffene werden stigmatisiert, diskriminiert und mit Vorwürfen und Vorurteilen konfrontiert. Dabei macht die immer steigende Prävalenz dieser Erkrankung einen Paradigmenwechsel unausweichlich.

Adipositas ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das viele Lebensbereiche betrifft, daher sollten sich verschiedene Bereiche und Ressorts ineinandergreifend mit der Thematik befassen.

Aus medizinischer Sicht sind dabei die zentralen Elemente die Verbesserung der Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Adipositas und ihren Folgeerkrankungen, die Sicherstellung der Finanzierung und Qualität der Versorgung, die Förderung der Forschung und der interdisziplinären Zusammenarbeit, sowie eine Sensibilisierung der Gesundheitsberufe und Rücksicht auf Patient:innenrechte.

BILDUNG, WISSEN & KOMPETENZEN

Im Bereich der Bildung sollte die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen über gesunde Ernährung, Bewegung und Körperakzeptanz in allen Bildungseinrichtungen etabliert werden. Die Schaffung einer gesunden Lernumgebung, die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, die Prävention von Mobbing und Ausgrenzung und die Förderung der Gesundheitsbildung und der Gesundheitskompetenz sind weitere Kernaufgaben, die für eine Trendumkehr unerlässlich sind.

Es wird keine nachhaltigen und umfassenden Lösungen für Adipositas geben, solange die Anerkennung von Adipositas als chronische Erkrankung nicht in allen Bereichen gegeben ist.

Dabei sind sozioökonomische Faktoren zu beachten, die zu einer Ungleichheit bei Gesundheit führen, sowie die Gewährleistung einer sozialen Teilhabe und die Chancengleichheit von Menschen mit Adipositas. Ganz generell tragen die Minderung von Armut und sozialer Isolation signifikant zu einer Entschärfung bei.



Im Bereich des Arbeitsmarktes können gezielte Maßnahmen Arbeitsunfähigkeit und Frühpensionierung reduzieren bzw. verhindern. Dazu gehören die Schaffung von gesunden Arbeitsbedingungen und -kulturen, die Anpassung von Arbeitsplätzen und -abläufen an die Bedürfnisse von Menschen mit Adipositas, die Prävention von Diskriminierung und Benachteiligung, sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und der beruflichen Integration. Eine große Rolle spielt der Zugang zu gesunden Lebensmitteln, zu Bewegungsmöglichkeiten und zu Grünflächen. Einflüsse der Lebensmittel- und Werbeindustrie auf das individuelle Ernährungsverhalten sollten ebenso überdacht werden.

RISIKO FÜR 200 FOLGEERKRANKUNGEN

Adipositas erhöht signifikant das Risiko für mehr als 200 Folgeerkrankungen. Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen werden beeinträchtigt, hohe Kosten entstehen für Gesundheitssystem und Gesellschaft. Die Behandlung von Adipositas muss daher zu einer gesundheitspolitischen Priorität werden. Notwendig wäre eine umfassende, evidenzbasierte und patientenzentrierte Versorgung, die auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen abgestimmt ist.

Dabei sollte die Behandlung von Adipositas als ein kontinuierlicher und langfristiger Prozess verstanden werden, der verschiedene therapeutische Optionen einschließt, wie Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, sowie gegebenenfalls medikamentöse Therapie und bariatrische Chirurgie. Die Finanzierung von Therapiemöglichkeiten über die Sozialversicherung für Betroffene ist dabei nicht nur eine Frage der sozialen Gerechtigkeit, sondern trägt auch effektiv zur Kostenreduktion aufgrund der Prävention von Folgeerkrankungen sowie durch Verhinderung von Krankenständen, Berufseinschränkungen und Frühpensionierungen bei. Darüber hinaus widerspricht es zutiefst dem Grundsatz der Gleichbehandlung in unserem Gesundheitssystem, dass Menschen mit Adipositas im Gegensatz zu Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen wie COPD, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen den freien Zugang zu Therapie verwehrt wird. Selbst wenn aufgrund von mangelndem Wissen, Adipositas fälschlicherweise als „selbstverschuldeter Zustand“ oder ein reines „Lebensstilproblem“ verstanden wird, ist diese Ungerechtigkeit nicht zu rechtfertigen. Dazu kommt, dass der Lebensstil ein Risikofaktor bei zahlreichen anderen Erkrankungen ist, für die es einen freien Therapiezugang gibt, wie etwa Folgeerkrankungen des Rauchens!

DIE ÖSTERREICHISCHE ADIPOSITAS ALLIANZ

Die Österreichische Adipositas Allianz beleuchtet als einzige Organisation in Österreich das gesamte Spektrum der Erkrankung, einschließlich der gesundheitspolitischen wie auch gesellschaftspolitischen Aspekte. Die dort engagierten Akteure fordern bereits seit längerem folgende konkrete Maßnahmen in Hinblick auf Prävention und Therapie von Adipositas:

1. Die Anerkennung von Adipositas als eigenständige chronische behandelbare Erkrankung auch seitens der Gesundheitspolitik sowie der Sozialversicherung.
2. Ein neues gesellschaftliches Verständnis der Erkrankung für Menschen mit Adipositas sowie ein Ende der Diskriminierung und Stigmatisierung von Betroffenen.
3. Die Etablierung von Maßnahmen, die zu einer effektiven Verhältnisprävention führen und Menschen einen „gesunden Weg“ in unserem Adipositas-fördernden Umfeld erleichtern.
4. Besondere Verantwortung für Kinder und Jugendliche, effektive Präventionsmaßnahmen sowie die Umsetzung des „Nationalen Konzeptes zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“.
5. Ein klarer Pfad auch für bereits erkrankte Erwachsene durch die verschiedenen Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten. Erstellung eines Disease Management Programmes gemeinsam mit den Gesundheitskassen und der Gesundheitspolitik.
6. Alle in den Leitlinien empfohlenen Säulen einer multifaktoriellen Adipositastherapie müssen in die Erstattung aufgenommen werden und für Menschen mit Adipositas einfach zugänglich sein.
7. Eine ganzheitliche Betrachtung der Kosten, die insbesondere durch die Behandlung von Folgeerkrankungen von Adipositas entstehen, welche durch frühzeitige Maßnahmen verhindert werden können.
8. Die Aus- und Fortbildung des medizinischen Personals und weiterer Gesundheitsberufe für das komplexe Krankheitsbild der Adipositas, ihrer Behandlungsbedürftigkeit und Therapiemöglichkeiten. Sowie eine Sensibilisierung für die psychologischen Aspekte und die Stigmatisierung der Betroffenen.

→ Weiterführende Informationen:

Österreichische Adipositas Gesellschaft: www.adipositas-austria.org
Österreichische Adipositas Allianz: www.adipositas.at

Adipositas – Schwere Last auch für die Wirtschaft

DR. ALEXANDER BIACH,
Standortanwalt Wien (bis 06/2024)

Übergewicht ist ein Massenphänomen. Dem neuesten WHO-Report¹ zur Folge sind in Österreich 54 % der Erwachsenen übergewichtig. Der EU-Durchschnitt liegt bei 59 %. Bei den Jugendlichen, 10–19 Jahre, sind es in Österreich 26 %. Damit liegen wir über dem EU-Schnitt von 24 %. Die Gründe für dieses verhältnismäßig schlechte Ranking im Jugendbereich finden wir in mangelnder Bewegung und Ernährung. Das verursacht nicht nur menschliches Leid, sondern auch volkswirtschaftliche Kosten. Adipositas zu verhindern und auch zu heilen ist eine der künftigen gesundheitspolitischen Kernaufgaben.

MEDIZIN: 860 BIS 1.500 EURO MEHRKOSTEN PRO FALL PRO JAHR

In einer Untersuchung der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemeinsam mit der Johannes Kepler Universität zum Thema „Übergewicht und Adipositas als Kostenfaktor des Gesundheitssystems: Evidenz aus Österreich“² werden die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben von Patienten für ärztliche Hilfe bei Normalgewicht mit rund 400 Euro (Stand 2010) angegeben. Die Kosten für übergewichtige Patienten belaufen sich auf 440 Euro und bei Patienten mit Adipositas auf 500 Euro pro Jahr.

Ähnlich höher liegen die Ausgaben für Medikamente, die ja im niedergelassenen Bereich durch die Sozialversicherung und damit die Allgemeinheit getragen werden. So gab 2010 ein normalgewichtiger Patient durchschnittlich pro Jahr ca. 200 Euro für Medikamente aus, ein übergewichtiger brauchte 275 Euro und ein adipöser 375 Euro.

Im Hinblick auf die Krankenhausaufenthalte lassen sich Unterschiede in der Anzahl der Belegtage feststellen. Ein normalgewichtiger Patient verbrachte im Jahr durchschnittlich 1,5 Tage im Krankenhaus. Bei einem übergewichtigen Patienten waren es 2,11 und bei einem schwergewichtigen 2,5 Tage. Wenn man nun ermittelt, dass ein Belegstag in einem öffentlichen Spital 1.223 Euro kostet³, so ergeben sich für einen übergewichtigen Patienten um 746 Euro mehr an Krankenhauskosten pro Jahr und für einen adipösen um 1.223 Euro mehr.

Diese drei medizinischen Kategorien zusammengefasst verursachen übergewichtige Patienten also jährlich um 861 Euro mehr an Gesundheitsausgaben als normalgewichtige. Bei Patienten mit Adipositas sind es 1.498 Euro. (Preisniveau 2010!)

BETRIEBLICHE AUSFÄLLE KOSTEN BIS ZU 17.000 EURO PRO JAHR

Krankenstände verursachen bei den Betrieben durch den Produktivitätsausfall direkte Kosten in Form der Entgeltfortzahlung und indirekte durch den Wertschöpfungsverlust. Die gesamten Krankenstandkosten von 11 Mrd. bezogen auf einen Krankenstandtag machen 237 Euro aus⁴.

Nun zeigen die Erhebungen der Gebietskrankenkasse und der Johannes Kepler Universität, dass übergewichtige Personen um 6 Krankenstandstage mehr als normalgewichtige



aufweisen. Bei Menschen mit Adipositas sind es um 13 Tage mehr. Daraus lassen sich die Mehrkosten aus Krankständen der Betriebe und Allgemeinheit von 1.421 Euro für Übergewicht und 3.079 Euro für Adipositas ableiten.

Wirklich teuer wird es, wenn Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen eintritt, die durch Übergewicht bzw. Adipositas ausgelöst wurden. Wir wissen, dass bis zu 19% der Erwerbsunfähigkeitspensionen mit Bezug auf Übergewicht (12% Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 5,4% Kreislauf, 1,6% Stoffwechselerkrankungen) entstehen⁵.

Nimmt man also von den 17.120 Neuzugängen 19%, so ergeben sich rund 3.250 Berufsunfähigkeitspensionen im Jahr aufgrund von Erkrankungen die durch Übergewicht verursacht wurden. Bewertet man diese Neuzugänge mit den 1.230 Euro Durchschnittspension so ergeben sich 4 Mio. Euro an Gesamtkosten im Pensionsbereich, die durch die Pensionsversicherung und die öffentliche Hand getragen werden. Bezogen auf eine Person, die aufgrund von Übergewichtserkrankungen in Frühpension gehen muss, sind das im Jahr 17.220 Euro (= 1.230 Monatsdurchschnittspension x 14 Zahlungen im Jahr)

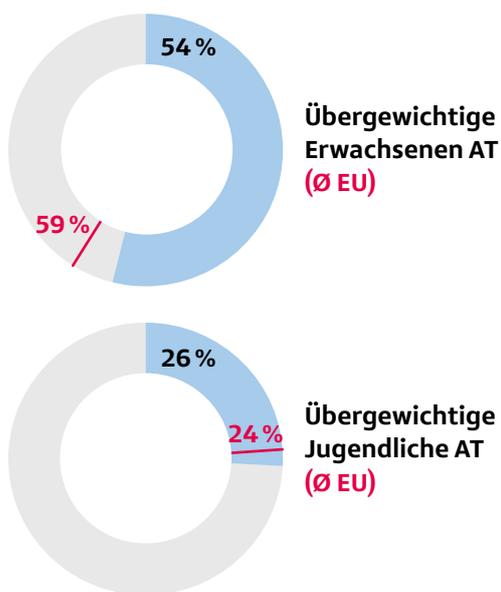
PFLEGEgeld IM SCHNITT PRO JAHR 5.885 EURO

Schließlich zu den Kosten, die sich durch Pflegefälle ergeben, die aufgrund von Erkrankungen aus Übergewicht entstanden sind. Der Durchschnitt an Pflegegeld, der pro Jahr und Bezieher vom Bund ausbezahlt wird lag 2021 bei 5.885 Euro⁶.

Auch hier lassen sich Rückschlüsse auf Übergewicht und die Gesamtdimension der Kosten von Übergewicht und Adipositas im Pflegegeldbereich ableiten. Bei bis zu 36,4% oder rund 170.000 Fälle der Pflegegeldfälle lässt sich ein Bezug zu Übergewicht herstellen (2% Stoffwechselerkrankungen, 11,4% Cardio-Erkrankungen, 23% Muskel-Knochen-Sehnen-Gelenke-Erkrankungen⁷). Bewertet mit den 5.885 Euro Durchschnitts-Ausgaben für Pflegegeld wären das fast 1 Mrd. Euro. Das wären zumindest die möglichen öffentlichen Einsparungen im Pflegebereich bei Reduktion von Übergewicht und Adipositas.

GESAMTBILD – EINSparungen IN MILLIARDENHÖHE MÖGLICH

Medizinische Hilfe, betriebliche Ausfälle, Pflegefälle. Die Kosten, die dadurch der öffentlichen Hand und den Betrieben verursacht werden, lassen sich in vielen Fällen auf Übergewicht und Adipositas zurückführen. Ein präventiver Zugang zu Körpergewicht muss in allen Politikfeldern Einzug erhalten. Von der Schulbildung angefangen über die betriebliche Gesundheitsförderung bis hin zu Best-Agers Programmen ab 50. Bewegung und Ernährung sind dabei der Schlüsselfaktor. Auch die Behandlung von Adipositas als Erkrankung kann dazu beitragen, langfristige Kosten durch Produktivitätsausfälle zu minimieren.



Pro Jahr	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Ärztliche Hilfe	400 Euro	440 Euro	500 Euro
Medikamente	200 Euro	275 Euro	375 Euro
KH-Aufenthalte	1.834 Euro	2.580 Euro	3.057 Euro
Gesamt	2.434 Euro	3.295 Euro	3.932 Euro
Mehrkosten		+861 Euro	+1.498 Euro
Krankentage		+6 Tage	+ 13 Tage
Krankenstand		1.421 Euro	3.079 Euro
Frühpension		17.220 Euro	17.220 Euro
Pflegefälle		+36,4 %	+36,4 %

→ Quellen (weitere Informationen siehe S 45):

1 WHO | 2 Übergewicht und Fettleibigkeit als kostenfaktor des Gesundheitssystems | 3 Krankenanstalten in Zahlen. BMSGPK. | 4 Fehlzeitenreport. WIFO. 2024. | 5 Die Auswirkung dauernder Berufsunfähigkeit auf das erwartete Lebenseinkommen in Österreich. WIFO. 2019. | 6 Statistik Austria. 2023 | 7 25 Jahre Pflegegeld. Sozialversicherung.

Gesundheit als entscheidender Standortfaktor

MAG. CHRISTOPH NEUMAYER,
Generalsekretär der Industriellenvereinigung

Adipositas und Folgeerkrankungen sind eine gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderung.

Prävention und Gesundheitsförderung haben in den heimischen Industriebetrieben daher eine lange Tradition. Mehr als die Hälfte der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren leidet an Übergewicht und davon ein großer Teil an Adipositas, also einem „Body Mass Index“ von mehr als 30 kg/m². Die Zahlen stammen noch aus der Zeit vor der Covid19-Pandemie, die vielerorts eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten brachte und damit das Problem voraussichtlich zusätzlich verschärfte. Das hat nicht nur für die einzelnen Betroffenen negative Auswirkungen, sondern auch gesamtgesellschaftlich.

Darüber hinaus ist es eine Herausforderung, der sich auch Industrie und Unternehmen stellen müssen – denn die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für Unternehmen eine Überlebensfrage.

Die Förderung der Gesundheit hat in den heimischen Industriebetrieben eine lange Tradition. Denn wir wissen, körperlich und seelisch gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein entscheidender Erfolgsfaktor für Unternehmen und gleichzeitig ein bedeutender Standortfaktor für Österreich. Gerade in Zeiten, in denen der Arbeits- und Fachkräftemangel allorts deutlich spürbar ist, ist es zudem auch für den Arbeitsmarkt schwierig, durch langfristige gesundheitliche Ausfälle nicht das volle Potenzial ausschöpfen zu können.

ADIPOSITAS VERURSACHT HOHE KOSTEN.

Laut OECD mussten im Jahr 2019 bereits 3,5 Milliarden Euro für die Bekämpfung und Behandlung von Adipositas ausgegeben werden, das sind acht Prozent der gesamten Gesundheitskosten in Österreich.

Adipositas reduziert Österreichs BIP um 3,3 Prozent pro Jahr, das entspricht circa zwölf Milliarden Euro.

Zu diesen direkten Kosten durch Spitalsaufenthalte, Behandlungen in Ambulanzen und Medikamente, kommen allerdings auch indirekte Kosten, die sich unmittelbar auf den Arbeitsmarkt auswirken. Es geht um Arbeitsunfähigkeit, Produktivitätsausfälle und Frühpension, die zusätzlich auf typische Folgeerkrankungen von Adipositas zurückzuführen sind – wie Diabetes, Herzerkrankungen oder Osteoarthritis.



GESUNDHEITSFÖRDERNDE MASSNAHMEN

Für Unternehmen sind gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter also ein enorm wichtiger Faktor, den Industriebetriebe in Österreich sehr ernst nehmen. Neben dem verpflichtenden, gesetzlich geregelten Arbeitnehmer:innenschutz implementieren zahlreiche Unternehmen freiwillige Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Und es gibt auch ein spezielles Angebot für gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, das zum Ziel hat, sie wieder fit für den Arbeitsalltag zu machen. Für diese Punkte gibt es Unterstützungsangebote für Unternehmen, die gut aufeinander abgestimmt sein sollten. Hier setzt auch das Programm fit2work an, das Menschen (wieder) in ein gesundes Arbeitsleben hilft und Unternehmen dabei unterstützt, die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten. Auch Förderungen für Präventionsprogramme helfen Unternehmen bei der Umsetzung.

PRÄVENTION

Wie bei vielen anderen Erkrankungen, ist die effektivste Maßnahme gegen die Folgen von Adipositas die Prävention. Das Wirtschaftsforschungsinstitut Economica hat 2020 berechnet, welche Kosten Inaktivität, also weniger als 2,5 Stunden Bewegung pro Woche verursacht.

Für Adipositas liegen die direkten Kosten der Inaktivität bei rund 87 Millionen Euro pro Jahr, bei Bluthochdruck gar bei rund 394 Millionen Euro pro Jahr.

Vor diesem Hintergrund ist es auch wichtig, bereits in den Kindergärten und Schulen mit einem breiteren Bewegungsangebot anzusetzen, denn bereits bei Kindern ist Übergewicht in Österreich ein immer deutlicher werdendes Problem.

Eine gute Mischung aus Prävention und Unterstützung im Krankheitsfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist ein zentrales Anliegen für die Industrie.

Die Industriellenvereinigung unterstützt Betriebliches Gesundheitsmanagement und setzt sich für ein gut abgestimmtes Informations- und Beratungsangebot in den Handlungsfeldern Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement ein.

Brauchen wir einen Aktionsplan zu Übergewicht und Adipositas?

MAG.A SILVIA HRUŠKA-FRANK,
Direktorin der Bundesarbeiterkammer

In Österreich ist bekannterweise der Möglichkeitssinn stärker ausgeprägt als der Wirklichkeitssinn. Das zeigt sich in der Sozial- und Gesundheitspolitik unter anderem in sogenannten Strategiepapieren oder Aktionsplänen.

Dabei wird in einem sehr arbeitsaufwendigen Prozess unter Beiziehung vieler Experten und Interessensgruppen ein Forderungspapier erstellt, dessen Ziele in der Regel nicht erreicht werden. Das politische Schicksal solcher Strategiepapiere und der darin aufgezeigten Möglichkeiten liegt üblicherweise darin, früher oder später in einem Rechnungshofbericht eben wegen Nichterreicherung der Ziele zitiert zu werden. So nimmt der Rechnungshofbericht zu „Gesundheitsförderung und Prävention“ vom 23.1.2023 recht ausführlich zu Übergewicht und Adipositas Stellung.

Laut Rechnungshof sind die gesunden Lebensjahre in Österreich im Zeitraum von 2014 bis 2019 um 1,6 Jahre gesunken, obwohl der Ministerrat 2012 als eines von 10 Gesundheitszielen beschlossen hat, dass auf lange Sicht jeder Mensch in Österreich zwei Lebensjahre mehr in Gesundheit verbringen soll.

Nationale und internationale Analysen führen dieses Scheitern unter anderem darauf zurück, dass der Anteil der Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen – wie Adipositas oder psychische Erkrankungen – in Österreich hoch ist. Im Bericht wird erwähnt, dass Österreich den ersten Nationalen Aktionsplan Ernährung erst im Jahr 2011 erstellt habe, der jedoch seit 2013 nicht mehr aktualisiert worden sei.

MEDIEN, INITIATIVEN, REFORMEN UND FÖRDERUNGEN

Der Rechnungshof empfiehlt dem Gesundheitsministerium, auf die Umsetzung des Werbeverzichts für bestimmte Lebensmittelkategorien während und nach Kindersendungen von audiovisuellen Mediendiensten hinzuwirken. Die Wirkung der Absichtserklärungen und Brancheninitiativen zur Reduzierung des Zucker- und Salzgehalts in Lebensmitteln wäre zu evaluieren.

Der Rechnungshof kritisiert, dass die im September 2018 von der damaligen Gesundheitsministerin präsentierte Bewegungsinitiative zum Stillstand gekommen sei und die Website deaktiviert worden wäre. Weiters zeigt der Rechnungshof noch auf, dass es erst im Frühjahr 2019, rund 10 Jahre nach dem Start des Reformprozesses, einen Plan (!) zur Umsetzung eines reformierten Mutter-Kind-Passes gegeben habe.

Insgesamt beklagt der Rechnungshof die viel zu geringen öffentlichen Mittel, die für Gesundheitsförderung und Primärprävention, also für die Verhinderung von Krankheit, ausgegeben würden und empfiehlt eine gemeinsame verbindliche Strategie zum zielgerichteten abgestimmten Einsatz der Mittel durch Bund, Länder und Sozialversicherung. Gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung ist



der Anteil der übergewichtigen und adipösen Menschen ab 15 Jahren von 2014 bis 2019 um vier Prozentpunkte auf 51 Prozent gestiegen. Laut aktueller Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sind in der Altersgruppe der 8 bis 14-Jährigen jeder vierte Bub und jedes fünfte Mädchen von Übergewicht betroffen.

Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind bis zu dreimal häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Gleichaltrige aus bessergestellten Verhältnissen.

Wir wissen, dass die Gesundheit der Bevölkerung über individuelle Verhaltensweisen hinaus vor allem von sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt wird. Bildung ist ein anerkannt zentraler Faktor für Gesundheit und Gesundheitskompetenz.

Trotz allem hat die soziale Herkunft in Österreich immer noch einen starken Einfluss auf die Bildungslaufbahn. Die frühe Trennung der Kinder nach der vierten Schulstufe ist zusätzlich hinderlich für einen chancengerechten Zugang zu Bildung und damit auch für einen chancengerechten Erwerb von Gesundheits- und Ernährungskompetenz.

Übergewicht und Adipositas sind tief aus den gesellschaftlichen Verhältnissen resultierende Phänomene, deren Ansteigen auf hohem Niveau auf ein multiples Politikversagen hinweisen.

Neben der sozialen Stigmatisierung sind es vor allem die Begleiterkrankungen – Diabetes, Bluthochdruck, u.a. – die zu einer enormen, oft lebenslang andauernden individuellen Belastung der Betroffenen führen. Daraus folgen Krankenstände, krankheitsbedingte Pensionen, weniger gesunde Lebensjahre und eine kürzere Lebenserwartung.

BRAUCHEN WIR NICHT DOCH EINEN AKTIONSPLAN ZU ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS?

Nein, keinesfalls! Alle Handlungsanforderungen liegen auf dem Tisch, nämlich die Verwirklichung von Prävention als Health in all Policies und der Ausbau der integrierten Versorgung im niedergelassenen Bereich durch die Einbeziehung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Es ist eine langjährige Forderung der Arbeiterkammer, die Verantwortung für Prävention in allen Lebensbereichen durch ein Präventionsgesetz zuzuordnen und die Verantwortungsträger mit den erforderlichen Mitteln auszustatten. Der bloße Appell an Bund, Länder und Sozialversicherung kann keinen relevanten Fortschritt bringen. Es braucht die Verpflichtung und das Geld.

Wie andere chronische Erkrankungen auch, braucht das therapeutische Management von Übergewicht und Adipositas die integrierte Beteiligung der erforderlichen Gesundheits- und Sozialberufe, von der diätischen Beratung, über die Anleitung zu körperlicher Aktivität, kognitive Verhaltenstherapie, psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung bis hin zu pharmakologischen und chirurgischen Therapien. Die flächendeckende Einbeziehung der Gesundheitsberufe für die Versorgung chronischer Krankheiten erfordert entsprechende Disease Management Programme zur Festlegung der Aufgaben der Gesundheitsberufe und die Abrechenbarkeit dieser festgelegten Leistungen gegenüber den Krankenkassen.

Nur wenn das therapeutische Management nicht zum Ziel führt, sollen – sofern medizinisch indiziert – Medikamente zur pharmakologischen Therapie für alle an Adipositas erkrankten Menschen als Sachleistung zugänglich sein. Fehlentwicklungen wie bei psychischen Erkrankungen – 900.000 Patienten erhalten Psychopharmaka und nur rund 80.000 Psychotherapie als Sachleistung – müssen vermieden werden.

Adipositas – eine unterschätzte Krankheit mit Folgewirkungen!

MAG. JÜRGEN E. HOLZINGER,
Obmann Verein ChronischKrank Österreich

Ob im familiären oder auch im freundschaftlichen Umfeld, eine Diskussion über das Thema Übergewicht kennen viele und häufig kommt es in diesem Kontext auch zu der einen oder anderen Meinungsverschiedenheit. Dass hinter der saloppen Formulierung „Übergewicht“ viel zu oft eine ernstzunehmende Krankheit steckt, kommt zumeist erst bei genauerer Betrachtung hervor. Adipositas als chronische Stoffwechselerkrankung wird in der Gesellschaft vielfach auf die leichte Schulter genommen und Betroffene werden mit der Diagnose „selbst schuld“ abgewertet.

Dass diese Beurteilung nicht der Realität entspricht, zeigen bereits viele Studien auf. Sichtbar wird dies jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Betroffene an bspw. Herz- u. Gefäßerkrankungen oder auch bspw. Diabetes erkranken. Die Folgen sind kaum abschätzbar und haben nicht nur auf die Betroffenen massive Auswirkungen, sondern auch auf unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem.

Betroffene können neben lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen auch vom Thema Berufsunfähigkeit und Invalidität betroffen sein, was bedeutet, die Krankheit lässt eine Teilhabe am regulären Arbeitsmarkt nicht mehr zu.

Betroffene sind wortwörtlich zu krank, um arbeiten zu gehen. Armutsgefährdung für Betroffene und hohe Kosten für das Gesundheitssystem sind die daraus resultierenden Folgen. Nicht nur, dass hier potenzielle Arbeitskräfte wegfallen, sondern vielmehr, dass hier Betroffene in der Arbeitslosigkeit und zu guter Letzt im Sozialsystem landen. Hier muss man tatkräftig entgegenwirken und dies schon zu einem frühen Zeitpunkt.

Unsere Gesellschaft braucht bei der Krankheit Adipositas mehr Sensibilisierung und somit auch mehr Anerkennung.

Es darf nicht einfach als Diagnose „Übergewicht“ abgestempelt werden. Hier sind vor allem auf politischer Ebene Maßnahmen und Rahmenbedingungen gefordert, die eine Umsetzung der Behandlung bzw. Vorbeugung schon im frühen Stadium möglich machen. Bereits im Kindergarten oder sodann auch im Schulalltag sollten Kinder und Jugendliche aktiv aufmerksam gemacht werden und die sogenannte „gesunde Jause“ sollte zur Selbstverständlichkeit werden.



Präventive Möglichkeiten und Aufklärungsarbeit zur Verhinderung von Adipositas müssen im Bildungssystem verankert werden. Dies ist unerlässlich und verhindert zudem ein soziales Ungleichgewicht.

Ein Umdenken bedarf es auch bei der Vorbeugung der Stoffwechselerkrankung Adipositas. So muss auch hierbei der Gedanke der Prävention Einzug finden und bereits die Kosten bei den vorbeugenden Therapien getragen werden. Im Stadium der Rehabilitation zur Vorbeugung der Berufsunfähigkeit und als Maßnahme der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt brauchen hier die handelnden Akteure wie beispielsweise PVA, ÖGK und AMS mehr Struktur sowie zielgerichtete Möglichkeiten.

Nur so kann die Krankheit und die daraus resultierenden Folgen für uns als Gesellschaft verhindert werden. Unser Verein ChronischKrank Österreich berät kostenlos rund um das Thema „Berufsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall“ in ganz Österreich.

Adipositas: Apothekerinnen und Apotheker leisten unverzicht- bare Arbeit

MAG.A DR.IN ULRIKE MURSCH-EDLMAYR,
Präsidentin, Österreichische Apothekerkammer

Die rasante Ausbreitung der Volkskrankheit Adipositas macht einen verstärkten Schulterschluss der Gesundheitsberufe notwendig. Ähnlich wie in der Corona-Pandemie stehen 7.000 Apothekerinnen und Apotheker in Österreich bereit, um im Kampf gegen krankmachendes, deutlich erhöhtes Übergewicht ihren unverzichtbaren Beitrag zu leisten, und zwar in gleich mehreren Bereichen. Dabei ist höchste Eile geboten, denn in gewisser Weise stellt sich Adipositas durchaus als „übertragbare und ansteckende“ Erkrankung dar: Über die Gefahr für die menschliche Gesundheit hinaus „überträgt“ sich Adipositas auf das Gesundheitssystem und auf die Wirtschaft.

Apotheken-Dienstleistungen, seien es traditionelle oder neue, bilden einen fundamentalen Bestandteil der öffentlichen Gesundheitsprävention. Die 1.450 rot-weiß-roten Apotheken fungieren bekanntermaßen in vielen Fällen als die ersten Anlaufstellen der Bevölkerung in verschiedensten Gesundheitsfragen.

Im Fall von Adipositas könnten Apotheken qualifizierte Fachkräfte einsetzen, um Kunden mit Adipositas über gesunde Ernährungsgewohnheiten und andere Möglichkeiten der Prävention zu beraten.

Rund 500.000 Personen suchen hierzulande jeden Tag eine Apotheke auf. Nicht nur bei Adipositas, sondern generell gilt: Jeder in die Prävention investierte Euro rechnet sich. Apothekerinnen und Apotheker begleiten die Therapie, wodurch sich die Adhärenz als Bindeglied zwischen effektiver Therapie und effektivem Disease-Management signifikant erhöhen lässt.

NEUES APOTHEKENGESETZ

Mit Inkrafttreten des neuen Apothekengesetzes, wonach Apotheken mehr Dienstleistungen anbieten können, eröffnen sich der Bevölkerung neue und attraktive Möglichkeiten, bestimmte Gesundheitsparameter gleich in der Apotheke um's Eck erheben lassen zu können. Der niederschwellige Zugang zur Apotheke sowie deren durchgängige und leichte Erreichbarkeit sind wichtige Motive für die Inanspruchnahme von Apotheken-Dienstleistungen. Mit dem fortschreitenden Ausbau des Angebots tragen die Apotheken diesem Trend Rechnung.

Viele Menschen wünschen einen raschen Überblick über bestimmte Gesundheitsparameter ohne Wartezeiten. Der Besuch in der Apotheke bedeutet für Patientenschaft und Gesundheitssystem eine Win-win-Situation: Während Patientinnen und Patienten die Vorteile der Apotheke genießen, wie etwa deren lange Öffnungszeiten und keine zeitintensiven Aufenthalte im ärztlichen Wartezimmer, entstehen dem Gesundheitssystem bei der Versorgung der Menschen in der Apotheke keinerlei Kosten. Bei den apothekerlichen Dienstleistungen kommen moderne Point-of-care- und Diagnosegeräte zum Einsatz.



Die Apotheke ermöglicht die rasche Identifizierung etwaiger Gesundheitsmängel, Apothekerinnen und Apotheker empfehlen gegebenenfalls die weitere Abklärung in der Ordination. Gesundheitsrelevante individuelle Daten lassen sich in der Apotheke aber nicht nur messen, sondern auch über längere Zeiträume beobachten. Patientinnen und Patienten, etwa jene mit Diagnose Adipositas, erfahren in der Apotheke ein individuell ausgestaltetes und zeitlich festgelegtes Disease Management.

Menschen, die von Adipositas betroffen sind, werden in unserer Gesellschaft stark stigmatisiert und auch in vielen Lebensbereichen diskriminiert.

Apothekerinnen und Apotheker sind oft jahrelange Vertrauenspersonen. Sie können hier feinfühlig auf Gesundheitsgefahren aufmerksam machen, motivieren und unterstützen.

Dies kann beispielsweise durch regelmäßige Beratungsgespräche, Fortschrittsverfolgung und Empfehlungen für Bewegung und Lebensstiländerungen erfolgen, wie auch durch Informationen über lokale Unterstützungsgruppen, Programme und andere Ressourcen.

DER GROSSE VORTEIL DER APOTHEKEN LIEGT IN IHREN LANGEN ÖFFNUNGSZEITEN

Während eine Arztpraxis in der Regel rund 20 Stunden pro Woche geöffnet hat, sind es bei den Apotheken etwa 60 Stunden. Hierbei werden auch Randdienstzeiten sowie Feiertags- und Nachtdienste abgedeckt.

Anders als in anderen Staaten Europas ruht die Gesundheitsversorgung in Österreich auf einer sehr schmalen Basis. Eine Verbreiterung dieser Basis im Sinne der verstärkten Miteinbeziehung der Apotheken als orientierungsbebende Erstanlaufstellen wäre im Sinne der Volksgesundheit, des Gesundheitssystems und der Wirtschaft. Adipositas ist hierbei ein wichtiges Beispiel für die zahlreichen Krankheiten, die unter verstärkter Zuhilfenahme von Einsatzmöglichkeiten apothekerlicher Leistungen signifikant eingedämmt werden können. Daher unterstützt die Österreichische Apothekerkammer als Partnerin auch die Österreichische Adipositas Allianz, die aus dem Blickwinkel verschiedener Expertisen Probleme identifiziert und Lösungen erarbeitet, um mehr Lebensqualität für Menschen mit Adipositas zu erreichen.

Adipositas: Gesundheitsförderung und Leistungsfähigkeit in der Polizei

MICHAEL TAKÁCS, MSC, BA, MA,
Bundespolizeidirektor, Bundesministerium für Inneres

Adipositas ist ein ernstzunehmendes gesundheitliches Problem, das weit über eine einfache „Life-Style-Erkrankung“ hinausgeht. Es ist wichtig, dass die öffentliche Debatte die genetischen, psychologischen und gesellschaftlichen Faktoren, die zu Adipositas führen, stärker betont.

Ein ganzheitlicher Ansatz, der Prävention, frühzeitige Intervention und nachhaltige Behandlungsmöglichkeiten umfasst, ist entscheidend.

Es bedarf einer koordinierten Strategie, um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu minimieren. Das Bundesministerium für Inneres hat mehrere Initiativen zur Gesundheitsförderung ins Leben gerufen, die von der Bundespolizeidirektion aktiv unterstützt und umgesetzt werden:

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DIENSTSPORT IN DER BUNDESPOLIZEI

Ein elementarer Bestandteil der Gesundheitsförderung des Bundesministeriums für Inneres ist der Dienstsport, der es unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglicht, während der Arbeitszeit sportlich aktiv zu sein. Diese Praxis fördert nicht nur die körperliche Fitness, sondern auch die mentale Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Sportliche Aktivitäten werden gezielt in den Arbeitsalltag integriert, um die Fitness und Leistungsfähigkeit der Beamtinnen und Beamten zu steigern. Ein gesundes Arbeitsumfeld ist essenziell, um den hohen Anforderungen unseres Berufes gerecht zu werden.

KOOPERATION MIT DER BVAEB

Die Zusammenarbeit mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) spielt eine zentrale Rolle in unserer Gesundheitsstrategie.

Gemeinsame Programme zur Prävention und Behandlung von Adipositas können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen und gleichzeitig als Modell für andere Berufsgruppen dienen.

Diese Kooperation soll weiter ausgebaut werden, um spezialisierte Gesundheitsprogramme anzubieten.



Die bereits bestehende Initiative der „Gesundheitsstraße“ bietet unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern regelmäßige Gesundheitschecks und Beratungen direkt am Arbeitsplatz. Durch Vorsorgeuntersuchungen und Beratung zu Ernährung und Bewegung können gesundheitliche Probleme frühzeitig erkannt und behandelt werden. Diese präventiven Maßnahmen sind entscheidend, um Adipositas und andere chronische Krankheiten zu verhindern.

KÖRPERLICHE VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE AUFNAHME BEI DER POLIZEI

Für uns ist weiter auch die körperliche Verfassung der Bewerberinnen und Bewerber für den Polizeiberuf essentiell.

Ob die prinzipiellen körperlichen Voraussetzungen gegeben sind, um die sportlichen Anforderungen im Rahmen der polizeilichen Grundausbildung erfüllen zu können, wird durch die ärztliche Untersuchung im Zuge des Auswahlverfahrens festgestellt. Die ärztliche Untersuchung besteht aus: Harnabgabe, Seh- und Hörtest, Größen- und Gewichtsmessung, EKG, Spirometrie und Fahrradergometrie sowie der abschließenden klinischen Untersuchung. Im medizinischen Teil der Aufnahmeuntersuchung wird zur Beurteilung, ob grundsätzlich die gesundheitliche Eignung für den Polizeidienst (wozu auch die Sportausübung gehört) eine Fahrradergometrie zur Überprüfung des Herzkreislaufsystems durchgeführt und in Zusammenschau mit der klinischen Untersuchung eine Freigabe erteilt. Ergometrische Untersuchungen werden zur Aufdeckung latenter Erkrankungen, zur Therapieüberwachung und zur Feststellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bei sportärztlichen und arbeitsmedizinischen Untersuchungen eingesetzt und sind geeignet, über den allgemeinen Zustand der Probanden Auskunft zu geben.

Wesentlich ist, dass die angehenden Polizistinnen und Polizisten durch konsequente sportliche Begleitung und Betätigung insgesamt an einen gesünderen und bewussteren Lebensstil herangeführt werden. Dies wird durch einen gezielten Lehrplan bzw. durch gezieltes Training gewährleistet, wodurch die notwendige Basis für den späteren Polizeiberuf geschaffen wird. Die kontinuierliche Überprüfung der sportlichen Leistungsfähigkeit erfolgt im Rahmen der Grundausbildung durch einen Fitness-Check, nach Alter gestaffelt und in Leistungs- und Grundstufe unterteilt. Dieser umfasst die Absolvierung von Liegestützen sowie einen 3.000 m Lauf oder 300 m Schwimmen oder 10 bzw. 20 km Radfahren.

Der Fitness-Check hat sich bewährt und ist jahrelang im Einsatz: Seit 2013 ist dieser von allen ab diesem Zeitpunkt in den Bundesdienst eingetretenen Exekutivbediensteten jährlich zu absolvieren.

Durch diese Überprüfung ist gewährleistet, dass die angehenden Polizistinnen und Polizisten die körperlichen Anforderungen für den exekutiven Außendienst erfüllen. Dadurch können ein einheitliches Level sowie der gleiche Standard in der Polizei-Grundausbildung und im exekutiven Außendienst erreicht werden.

In der Polizei-Grundausbildung werden einerseits in den Rechtsfächern die erforderlichen Gesetzesmaterien für den Polizeiberuf vermittelt, andererseits im Sportunterricht sowie im Einsatztraining die sportlichen Anforderungen für den Exekutivdienst ausgebildet.

Adipositas: wachsende Herausforderung für eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe

LABG. INGRID KOROSEC,
Präsidentin Österreichischer Seniorenbund

Wie ordnen Sie die Diskussion rund um Adipositas in unserer Gesellschaft ein? In welche Richtung müsste Ihrer Meinung nach eine öffentliche Debatte dazu gehen?

Adipositas ist eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen in Europa. In Österreich betrifft sie mehr als 15% der Bevölkerung und wird mit zahlreichen Begleiterkrankungen in Verbindung gebracht. In der öffentlichen Debatte sollte der Fokus darauf liegen, evidenzbasierte Präventions- und Behandlungsstrategien zu fördern und die chronische Erkrankung zu entstigmatisieren. Zudem sollten die wirtschaftlichen Auswirkungen betont werden, die in Deutschland mit jährlichen Gesundheitskosten von etwa 60 Milliarden Euro verbunden sind und auf Österreich umgerechnet rund 6 Milliarden Euro ausmachen.

In welche Bereiche/Ressorts sollten Ihrer Meinung nach die verschiedenen Aspekte zum Thema Adipositas in die Arbeit der nächsten Bundesregierung einfließen?

Adipositas sollte als Querschnittsthema in der Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik der nächsten Bundesregierung verankert sein.

Es geht dabei um die Integration von Adipositas in vorhandene Versorgungsstrukturen, etwa durch die Schaffung von spezialisierten Adipositas-Zentren.

Diese können sich nicht nur auf medizinische Behandlung konzentrieren, sondern auch auf Schulung und Beratung, um Standards in der Versorgung zu setzen und die Stigmatisierung zu verringern.

Welchen Stellenwert sollte die Behandlung von Adipositas in der österreichischen Gesundheitspolitik einnehmen?

Die Behandlung von Adipositas sollte in der österreichischen Gesundheitspolitik hohe Priorität haben.

Insbesondere die Prävention im Kindesalter muss gefördert werden, da hier bereits jedes dritte Kind in Österreich betroffen ist und 80% der adipösen Kinder ihre Krankheit ins Erwachsenenalter mitnehmen.



© Sabine Klimpt

Die Behandlung von Folgeerkrankungen wird in der Regel von den Kassen übernommen, die Therapiekosten für die Stoffwechselerkrankung per se müssen die Betroffenen zu einem Großteil selbst tragen. Welchen Stellenwert sollte Ihrer Meinung nach die Kassen-Finanzierung von Therapie-Möglichkeiten in der Zukunft einnehmen?

Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen sollte erweitert werden, um eine ganzheitliche Behandlung von Adipositas zu gewährleisten.

Derzeit müssen Betroffene die Therapiekosten überwiegend selbst tragen, obwohl Adipositas als chronische Erkrankung anerkannt ist und mit signifikanten Gesundheitsrisiken verbunden ist.

Die Forderung besteht, ähnlich wie bei der Behandlung von Diabetes, Adipositas in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

Welche konkreten Maßnahmen erwarten Sie von der Gesundheitspolitik in Hinblick auf Prävention und Therapie von Adipositas?

Von der Gesundheitspolitik werden konkrete Maßnahmen zur Prävention und Therapie erwartet, wie die Durchführung einer breit angelegten Informationskampagne und die Einrichtung von Adipositas-Zentren, um Betroffenen Zugang zu spezialisierten Behandlungs- und Beratungsangeboten zu bieten. Zudem werden eine verbesserte Dokumentation und Sensibilisierung im medizinischen Bereich gefordert, um die Erkrankung besser erfassen und behandeln zu können. Gesundheitsförderung und -prävention stellen ebenfalls wichtige Stellschrauben dar.

Wie nehmen Sie die potenziellen Spannungen in den Bereichen Adipositas am Arbeitsplatz sowie Adipositas und Arbeitslosigkeit wahr?

Am Arbeitsplatz sollte ein besserer Umgang mit Adipositas gefördert werden, um potenzielle Spannungen zu verringern und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Die Auswirkungen von Adipositas, wie eine überdurchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen und ein Anstieg in den Pflegestatistiken, unterstreichen die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitsförderung in Unternehmen. Wiederum sind Sensibilisierung und Entstigmatisierung Schlüsselfaktoren.

Wie könnte verhindert werden, dass am durch Fachkräftemangel ohnehin angespannten Arbeitsmarkt Menschen durch Adipositas bedingte Arbeitsunfähigkeit, Krankheit oder Frühpensionierung verloren gehen?

Der Fachkräftemangel und die dadurch angespannte Arbeitsmarktsituation erfordern Maßnahmen, um Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Adipositas zu verhindern.

Dies könnte durch gezielte Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz und durch die Unterstützung von Maßnahmen, die auf die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit abzielen, erreicht werden.

Adipositas und Bildung sind eng korreliert, was gerade bei dieser Erkrankung zu einer hohen sozialen Ungleichheit führt. Wie könnte dem Ihrer Meinung nach begegnet werden?

Bildung und Adipositas sind eng miteinander verbunden, da niedriger Bildungsstand oft mit höheren Adipositasraten einhergeht. Maßnahmen zur Gegensteuerung könnten Bildungsinitiativen zur gesunden Lebensführung beinhalten, sowie den gleichberechtigten Zugang zu gesunder Ernährung und Bewegungsangeboten für alle Bevölkerungsschichten sicherstellen

Neue Wege in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas

PRIM. UNIV.-PROF. DR. DANIEL WEGHUBER,
Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde, Uniklinikum Salzburg

In Österreich sind rund ein Viertel der untersuchten Kinder im Volksschulalter von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Das ergab die letzte repräsentative Erhebung der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)¹ im Jahr 2020. Während bzw. nach der COVID-Pandemie war ein weiterer Anstieg der Adipositasprävalenz²⁻⁴ zu beobachten, was auf einen immer größer werdenden Versorgungsbedarf schließen lässt.

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist mit einer sehr hohen individuellen Belastung der Betroffenen und ihrer Familien verbunden.

Schwerwiegende Folgeerkrankungen wie metabolisch-assoziierte Fettlebererkrankung, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen können entstehen, wie auch oft eine Beeinträchtigung der mentalen Gesundheit durch Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen⁵⁻⁶. Die dadurch hohen Kosten für das Gesundheitssystem, sowie der Verlust von Talenten für den Arbeitsmarkt stellen auch die Ökonomie zunehmend vor immer größere Herausforderungen.

INDIVIDUELLE THERAPIEOPTIONEN

Prävention ist zweifelsfrei ein wichtiger Eckpfeiler für eine langfristige Lösung der Problematik, die stark mit dem Lebensstil unserer modernen Zivilisationsgesellschaft verwoben ist. Reichen Präventionsmaßnahmen hingegen nicht mehr aus, benötigen Kinder und Jugendliche eine effiziente und strukturierte Behandlung.

Diese idealerweise multimodale Therapie umfasst in erster Linie eine Lebensstilmodifikation vor allem in den Bereichen Ernährung und körperliche Aktivität, meist im Rahmen eines integrativen ambulanten oder stationären Programmes. Klinische Wirksamkeit wird hier vor allem dann erreicht, wenn das Betreuungskonzept klaren Strukturvorgaben folgt⁷, wie beispielsweise das seitens der Österreichischen Gesundheitskasse entwickelte Programm „Easy-Kids“⁸.

Die bariatrisch-metabolische Chirurgie hat als therapeutische Option bei Jugendlichen nur für ausgewählte PatientInnen einen Stellenwert. Die große Lücke zwischen der alleinigen Lebensstilintervention und chirurgischen Methoden kann seit kurzem durch eine pharmakologische Therapie mit zwei neuen Wirkstoffen geschlossen werden. Sie sind für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren zugelassen und zeigen ihre Wirksamkeit in verschiedenen Organsystemen, wie u. a. dem Gehirn, der Bauchspeicheldrüse und dem Magen-Darm-Trakt. Sie nehmen Einfluss auf Appetit und Sättigung, Insulinausschüttung und Magenentleerung.⁹



© Weghuber

EIN STRUKTURIERTES, NATIONALES KONZEPT BESTIMMT DEN ERFOLG

2022 publizierte ein Konsortium versorgungsrelevanter Disziplinen das erste nationale österreichische Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter¹⁰. Federführend vorangetrieben wurde das Projekt von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Fachverbänden und weiteren Organisationen.

Gefordert werden effiziente Strukturen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die bislang fehlen.

Nach einer Analyse des bestehenden Systems empfehlen die Expertinnen und Experten Versorgungsstrukturen, die das Management speziell von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas berücksichtigen.

Diese müssen auf der verfügbaren Evidenz zu Behandlungspfaden, Diagnostik, Therapien, Kostenerstattung und die adipositaspezifische Fort- und Weiterbildung für Gesundheitspersonal fußen. Definiertes Ziel ist eine integrierte Versorgung, innerhalb derer alle Beteiligten informiert, vernetzt und nach einheitlich anerkannten Leitlinien handeln.

All diese Punkte berücksichtigend wurde im oben angesprochenen nationalen Konzept ein mehrstufiges Modell entwickelt, das als Behandlungskette zu verstehen ist und Ebenen bestehender und neu zu etablierender regionaler, überregionaler und zentraler Versorgungsstrukturen verknüpft.

Die Primärversorgung ist dabei die erste Anlaufstelle: Kinder- und Jugendfachärztinnen und -ärzte, Allgemeinmedizin sowie Schulärztinnen und -ärzte übernehmen Diagnostik und Beratung. Dazu werden niederschwellige Lebensstil-Schulungsprogramme von der ÖGK unter dem Titel „Leichter Leben – Kids und Teens“ bundesweit verfügbar gemacht. Die entsprechende Ausrollung des Angebots in alle Bundesländer ist unterwegs.

In der zweiten – großteils noch fehlenden – Versorgungsebene sollen interdisziplinäre ambulante Versorgungszentren („Kinder-Adipositas-Zentren“) nach klar definierten Minimal-Strukturstandards und mit geeigneter Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Zentren sind unverzichtbare Versorgungssäulen, die für komplexe Diagnostik und Therapie, u.a. auch Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie, zuständig sind.

Eine stationäre Therapie kann bei entsprechenden medizinischen sowie psychischen Komorbiditäten notwendig werden, bevor eine ambulante Schulung möglich ist. Mit der Einführung von Kinderrehabilitationseinrichtungen stehen in Österreich nun verschiedene Schwerpunkt-kliniken zur Verfügung. Nach stationären Therapie- oder Rehabilitationsaufenthalten ist die Nachsorge in der Behandlungskette ein unerlässlicher Baustein. Das gilt auch nach bariatrischen Operationen, die ausschließlich in Zentren mit ausgewiesener Expertise durchgeführt werden sollen. Die Nachsorge erfolgt wieder durch das zugehörige interdisziplinäre Zentrum im ambulanten Setting.

Essenziell für eine vollständige Umsetzung des Konzepts wäre nun eine breite Akzeptanz aller beteiligter Stakeholder und die Unterstützung durch politische Entscheidungsträger:innen. Nur so erreichen wir das Ziel verbesserter Lebensqualität und Gesundheit für die nächste Generation, die unbestritten die Zukunft unserer Gesellschaft darstellt.

→ Quellen (weitere Informationen siehe S 45):

1 WHO | 2 NCD Risk Factor Collaboration | 3 Vogel M et al. | 4 Anderson LN et al. | 5 Bray GA et al. | 6 Small L, Ablasca A | 7 Reinehr T et al. | 8 www.easykids.at | 9 Drucker DJ. | 10 Cavini, A.M., Ehringer-Schetitska, D., Furthner, D. et al.

Aufgaben und Nutzen einer School Health Nurse

Im Management und in der Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter

MAG.A MICHAELA BILIR,

im Kreis der Expert:innengruppe des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ).

als Autorin genannt ist die Expert:innengruppe des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ)

Weitere Mitglieder: Anita Roch, BSc, MSc,
Franziska Rumpf, Franziska Wedekind,
Hans Peter Köllner, BSc MSc BA MSc

JEDES DRITTE BIS FÜNFTHE KIND IST ÜBERGEWICHTIG.

Nicht nur weltweit nimmt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bereits bei Kindern und Jugendlichen zu (WHO, 2020), auch in Österreich ist etwa jedes dritte bis fünfte Kind übergewichtig (Weghuber & Maruszczak, 2022). Etwa 10 % davon werden als adipös eingestuft (Wojnarowski & Kienreich, 2020). Laut einer Studie aus Kärnten aus dem Jahr 2022, stieg nach der Covid-19-Pandemie der Anteil der 7-10-jährigen Volksschulkinder mit Übergewicht von knapp 21 % auf über 26 % an (Jarnig et al., 2022).

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zunehmend im Fokus gesundheitspolitischer Diskussionen stehen muss. Die Gründe für Übergewicht im Kindes- und Jugendalter werden unter anderem mit einer übermäßigen Aufnahme von zucker- und fetthaltigen Speisen und Bewegungsarmut assoziiert. Diese Tatsachen verdeutlichen, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen besonders im Kinder- und Jugendalter in Bezug auf das Verständnis für die eigene Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie auf den Lebensstil an Bedeutung gewinnen. Betroffene Kinder und Jugendliche werden neben wirtschaftlichen Nachteilen, wie zum Beispiel Diskriminierung im Zuge der Lehrstellensuche, auch mit Folgeerkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes Mellitus Typ 2 oder psychischen Erkrankungen konfrontiert.

Eine effektive Möglichkeit für eine langfristige Lösung bietet hierbei die Versorgung der Kinder und Jugendlichen während ihrer Schulzeit.

International übernehmen School Health Nurses (SHN) als zentrale Ansprechpersonen ganztägig vielfältige Aufgaben zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule (Schmitt, Görres, 2012). Als zentraler Aufgabenbereich wird die Netzwerkarbeit mit Schüler:innen und deren Familien, mit der Schulleitung, mit den Lehrenden, Ärzt:innen sowie mit anderen Anbieter:innen von Gesundheitsdienstleistungen gesehen (Schmitt, Görres, 2012).

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Interventionen durch die School Health Nurse im Adipositas-Management, als auch in der Prävention (Schroeder, Travers, & Smaldone, 2016). An dieser Stelle wird explizit auf den gesetzlichen Auftrag der GuKG Novelle 2016, § 12 (5) hingewiesen, in dem der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen im Rahmen der Schulgesundheitspflege entwickeln, organisieren und implementieren soll.

In der Literatur finden sich Hinweise für die Wirksamkeit von pflegegeleiteten Interventionen zur Prävention von Adipositas sowie im Rahmen des Adipositasmanagements. School Health Nurses identifizieren adipöse Schüler:innen



mit einem erhöhten Risiko für Adipositas durch Screenings (Körpergewicht, Größe, Berechnung des BMI, alters- und geschlechtsabhängige Gewichtszentilen und deren Verlaufskontrollen). Es werden Essgewohnheiten und Rituale innerhalb der Familie, Lebensmittel- und Getränkeauswahl, als auch Dauer und Häufigkeit von sportlichen Aktivitäten der Schüler:innen, beziehungsweise des Familiensystems, erhoben. Diese stellen eine Grundlage dar, auf die personalisierte Interventionen aufgebaut werden können (Herbenick et al., 2018, Häkkänen et al., 2018). Studien belegen, dass Volksschulkinder nach Absolvierung von strukturierten Unterrichtseinheiten der School Health Nurse zu Themen wie ausgewogener Ernährung, Bewegung und Sport eine gesündere Lebensmittelauswahl, ein verbessertes Gesundheitsverhalten und eine gesteigerte sportliche Aktivität aufweisen (Dawe & Coward, 2019, Güler et al., 2023, Demir & Bektas 2021). Demir & Bektas (2021) bestätigen, dass Edukationsstunden im Klassenverband zusammen mit einem Bewegungs- und Ernährungsprogramm zu einer signifikanten Reduktion des Anteils an adipösen Schüler:innen der untersuchten Schule führen.

School Health Nurses führen individuelle Beratungen sowie Gruppenberatungen mit Schüler:innen durch. (Rattanamane & Wacharasin, 2021, Häkkänen et al., 2018).

Neben einer 1:1 Beratung mit Erziehungsberechtigten zählt auch das Abhalten von Elternkursen zu den Tätigkeiten von School Health Nurses im Rahmen des Adipositasmanagements und der Prävention.

(Dawe & Coward, 2019, Rattanamane & Wacharasin, 2021, Herbenick et al., 2018). Im Anschluss vermitteln School Health Nurses bei Bedarf an ein multiprofessionelles Team.

FAZIT & EMPFEHLUNG DER EXPERT:INNEN

Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind durch ihre Ausbildung und Expertise im Setting Schule für die Umsetzung von Maßnahmen im Adipositasmanagement und für die Prävention von Adipositas geeignet (Gundolf, 2019). Der Bedarf an School Health Nurses ist international unbestritten (Kocks, 2008).

Der Einsatz von Pflegepersonen im Schulwesen kommt der Forderung der Kinder- und Jugendstrategie im Sinne der Chancengleichheit sowie der Rahmengesundheitsziele nach.

(Rendi-Wagner & GÖG, 2012). Darin wird explizit darauf hingewiesen, dass optimale Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche einen langfristigen Nutzen für die Betroffenen als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht haben.

Die Stadt Wien hat mit dem Pilotprojekt der „School nurses“ (School Health Nurses) einen gesundheitspolitischen Meilenstein in Österreich geschaffen. Damit leisten sie seit 2023 in ausgewählten Bildungseinrichtungen in Wien – analog internationaler Vorbilder – einen wesentlichen Beitrag für die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Gesundheit von Schüler:innen. Der BKKÖ sieht in der flächendeckenden Implementierung der School Health Nurses die einzige präventive und nachhaltige Möglichkeit, Adipositas frühzeitig zu identifizieren und Maßnahmen einzuleiten.

Daher erwartet der Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Österreich (BKKÖ) die gesundheitspolitische Entscheidung, in allen Bundesländern Österreichs eine zeitnahe Umsetzung eines bereits etablierten Projekts, damit aufgezeigte Edukationsprogramme zur Prävention und Behandlung von Adipositas im Kindesalter auch in Österreich entwickeln zu können. Basierend auf internationalen Erfahrungswerten empfehlen die Expert:innen daher für den Einsatz einer School Health Nurse einen Betreuungsschlüssel von 1:500, in Abhängigkeit vom Schultyp und regionalen Gegebenheiten. Um die Netzwerkarbeit mit allen Gesundheitsdienstleistern gewährleisten zu können, ist die Anbindung der School Health Nurse an die Landesgesundheitsbehörde unerlässlich.

→ Literaturverzeichnis (weitere Informationen siehe S 45/46):

Dawe, N., & Coward, M. (2019) | Demir, D., & Bektas, M. (2021) | Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (2012, 03.05.2024). | Güler, R., Kublay, G., & Firat Kılıç, H. (2023). | GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Novelle 2016. (03.05.2024) | Gundolf, A. (2019). | Häkkänen, P., Ketola, E., & Laatikainen, T. (2018). | Herbenick, S. K., James, K., Milton, J., & Cannon, D. (2018). | Jarnig, G., Jaunig, J., Kerbl, R., Strenger, V., Haeusler, G., & Van Poppel, M. N. M. (2022). | Kocks, A. (2008). | Lovell, C. M. (2018). | Rattanamane, K., & Wacharasin, C. (2021). | Schmitt & Görres. (2012). | Schroeder, K., Travers, J., & Smaldone, A. (2016). | Stadt Wien. School nurses verbessern Gesundheitsversorgung von Kindern. | ORF: Zu wenige school nurses in Schulen. (30.4.2024). | Wojnarowski, C., & Kienreich, N. (2020, 02.02.2023). | World Health Organization. (2020, 02.02.2023).

Ein Ansatz zur Bekämpfung der Adipositas in Österreich

DR. IN BARBARA KOLM,
Direktorin des Austrian Economics Center und
Präsidentin des Friedrich A. v. Hayek Institut

Adipositas ist eine in Österreich weit verbreitete, ernstzunehmende Herausforderung.

Die Prävalenz von Adipositas und die damit verbundenen gesundheitlichen Probleme sind nicht nur eine Belastung für das Gesundheitssystem, sondern verringern durch das stark zunehmende Auftreten der Krankheit die volkswirtschaftliche Produktivität. Deshalb braucht es effiziente Strategien zur Bekämpfung von Adipositas, die – berücksichtigt man Lehren aus der Pandemie – individuelle Freiheiten respektieren müssen.

STÄRKUNG DER INDIVIDUELLEN ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZ

Gesundheitspolitische Diskussionen klammern oft die effektivste Methode zur Förderung gesunder Lebensweisen aus: die Stärkung der individuellen Entscheidungskompetenz. Historische und aktuelle Daten lassen den Rückschluss zu, dass restriktive Maßnahmen, die darauf abzielen, Verhaltensweisen durch Zwang zu ändern, in der Regel kontraproduktiv sind, weil sie Widerstand hervorrufen und Verantwortlichkeiten verschieben. Ein höheres Bildungsniveau korreliert mit einem besseren Verständnis von Gesundheitsrisiken und resultiert in einem wirksameren Umgang damit.

Bildungsinitiativen, die sich auf die Vermittlung von Wissen über Ernährung, körperliche Aktivität und die Langzeitfolgen von ungesunden Lebensstilen konzentrieren, sind daher sinnvoll.

Solche Initiativen schärfen das Bewusstsein für die Bedeutung einer gesunden Lebensführung. Sie sollten sich primär an jene Gruppen richten, die von Adipositas am stärksten betroffen sind. „One size fits all“-Lösungen funktionieren nicht. Genetische Faktoren beeinflussen unseren individuell gesunden Lebensstil; eine bestimmte Ernährung und ein bestimmtes Bewegungsprogramm für alle Menschen zu präsentieren funktioniert nicht.

Tests, die relevante genetische Faktoren analysieren sind zwar kurzfristig mit höheren Kosten für das Gesundheitssystem verbunden, reduzieren aber durch weniger Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit mittelfristig die Kosten.

Wissensvermittlung zur Vermeidung von Adipositas ist wichtig, das bedeutet nicht, dass dieses Wissen auch automatisch angewendet wird. Deshalb muss an das Bewusstsein für Eigenverantwortung für Entscheidungen appelliert werden. Denn Adipositas- und damit zusammenhängenden Folgeerkrankungen bedingte Mehrkosten werden zu einem großen Teil von der Allgemeinheit getragen. Das verringert den individuellen Anreiz zur Vermeidung von Übergewicht. Wenn Kosten unverantwortlicher



Entscheidungen auf die Allgemeinheit abgewälzt werden, wird es zu mehr unverantwortlichen Entscheidungen kommen. Ein Ansatz wäre, die Kosten für Behandlung von Krankheiten, die auf ungesunde Entscheidungen und Lebensführung zurückzuführen sind, vermehrt diejenigen tragen zu lassen, welche diese Entscheidungen getroffen haben. Dies hätte den Vorteil, dass individuelle Freiheiten gewahrt bleiben. Jeder Mensch darf sich ungesund ernähren und übergewichtig sein, solange er bereit ist, die Folgen auch in finanzieller Hinsicht selbst zu tragen. Weil nur wenige Menschen bereit sein werden, hohe Kosten für verantwortungsloses Verhalten selbst zu tragen, würde eine solche Reform mit hoher Wahrscheinlichkeit einer deutlichen Verringerung der Betroffenenzahl einhergehen. Allerdings muss sichergestellt sein, dass jene unterstützt werden, die zu Änderungen im Lebensstil bereit sind und es darf zu keiner finanziellen Diskriminierung für entscheidungseingeschränkte oder entscheidungsunfreie Personen kommen.

Adipositas betrifft aber nicht nur das Gesundheitssystem. Eine ungesunde Lebensführung ist oft das Resultat von Stress im Berufsleben, der die Möglichkeiten für gesunde Ernährung sowie körperliche Betätigung einschränkt. Deshalb ist das Zulassen flexiblerer Arbeitsmodelle wichtig. Anreize zur Steigerung der Arbeitnehmermobilität sollten gefördert werden. Das würde auf Dauer ungesunden Stress im Berufsleben reduzieren. Regulierung ist hier kontraproduktiv: Erstens würde die Regulierung die Anzahl der alternativen Arbeitsplätze reduzieren, und zweitens variieren die Umstände, die Stress auslösen, von Person zu Person. Deshalb ist Wahlfreiheit der beste Schutz vor Stress.

FAZIT

Die Bekämpfung von Adipositas erfordert eine Strategie, die individuelle Freiheiten respektiert, gleichzeitig aber effektive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention implementiert.

Bildungsinitiativen, die Wissen über gesunde Ernährung und Lebensstile vermitteln, sind dabei zentral. Sie sollten insbesondere auf Risikogruppen abzielen und das Bewusstsein für Langzeitfolgen von Adipositas schärfen. Zudem sollte ein individueller Ansatz gefördert werden, der genetische Faktoren berücksichtigt und maßgeschneiderte Empfehlungen bietet. Eine wichtige Rolle spielt die Eigenverantwortung; die finanziellen Lasten ungesunder Entscheidungen sollten vermehrt von den Betroffenen selbst getragen werden, um Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Arbeitsbedingungen flexibler gestaltet werden, um Stress zu reduzieren und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erleichtern. Nur durch ein Zusammenspiel aus Bildung, individueller Verantwortung und unterstützenden Arbeitsumgebungen kann das Problem des Übergewichts effektiv angegangen werden.

Die Macht der Sucht

Was die Forschung über den Zusammenhang von Esssucht und Adipositas verrät

UNIV. PROF. IN DR. IN GABRIELE FISCHER,
Leiterin der Suchtforschung und Drogenambulanz
an der Medizinischen Universität Wien

Suchterkrankungen, fachlich korrekt „Substanzgebrauchsstörungen“ nach der WHO Diagnostik ICD 11, betreffen nicht nur das gesamte Spektrum der medizinischen Fachdisziplinen, sondern zählen zu den schwersten und auch teuersten Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises: dies vor allem durch die Chronizität des Verlaufes, den meist verspäteten Behandlungsbeginn, die zumeist zuvor bestehenden (nicht diagnostizierten) psychiatrischen Grunderkrankungen, und letztlich durch die eingeschränkte Umsetzung von Präventionsmedizin; damit eng verknüpft ist volkswirtschaftlich betrachtet die Suchterkrankung eine der teuersten Erkrankungen für die Gesellschaft – je nach Suchterkrankung unterschiedlich, durch die zusätzlich auftretenden somatischen Konsequenzen.

ESSUCHT MIT HÖCHSTEN KOSTEN

Ganz oben rangiert die Esssucht mit den damit assoziierten direkten Kosten (medizinische Folgen, meist resultierend aus der Adipositas) und speziell den hohen daraus resultierenden indirekten Kosten, wie verlängerte Krankenstände bis hin zum verfrühten Ausscheiden aus dem aktiven Arbeitsprozess. Erschwerend wirken sich dabei die meist unbehandelten psychiatrischen Begleiterkrankungen aus (z.B. affektive Störungen, andere Suchterkrankungen etc.).

Aus heutiger Sicht liegen der Entstehung von Suchterkrankungen (sowohl substanzbezogene als auch nicht-substanzbezogene Suchterkrankungen, wie Spielsucht oder auch Esssucht) sowohl biologische als auch psychologische und soziale Ursachen zugrunde. Auf biologischer Ebene werden ursächlich Veränderungen im Gehirn, hauptsächlich im Belohnungs- und Stresssystem, beschrieben. Die Emotionsverarbeitung im sogenannten „limbischen System“ ist maßgeblich an der Regulation beteiligt (etwa von Essverhalten, Sexualität und Vergnügen). Eine zentrale Rolle spielt dabei der Neurotransmitter (= Botenstoff) Dopamin. Vermehrt ausgeschüttet wird dieser Botenstoff z.B. bei Sport, Essen, in der Sexualität, aber auch bei jeglichem Konsum von Substanzen von Nikotin bis Kokain. Unter den Nahrungsmittelgruppen gibt es solche, die speziell zu einer erhöhten Dopamin Ausschüttung führen, wie komplexe Kohlenhydrate bzw. zuckerhaltige Gerichte. Bei Konsum dieser Lebensmittel stellt sich meist ein kurzfristiges Glücksgefühl ein.

Während bei Gesunden nach einer überschaubaren Nahrungszufuhr ein Sättigungsgefühl wahrgenommen wird und daher die Nahrungszufuhr aufhört, scheint bei der Esssucht (wie bei allen Suchterkrankungen) eine Fehlregulation in jenen Gehirnbereichen vorzuliegen.

Essen stillt in diesem Fall nicht den Hunger, sondern wird zur (vermeintlichen) Steigerung des Glücksgefühls bzw. zur Überwindung negativer Gefühle verwendet. Problematisch wird es dadurch, dass die Dopamin Ausschüttung, die nach dem Verzehr von Lebensmittel erfolgt (speziell nach



kohlenhydratreichen), mit der Zeit zunehmend schwächer wird. Betroffene müssen, um einen vergleichbaren Dopamin Ausstoß zu erzielen, mehr an Nahrungsmitteln zu sich nehmen, oftmals in kürzeren Zeitabständen und in zunehmend großen Mengen. Dieses sogenannte „Binge Eating“ kann sich unter Umständen mehrmals täglich wiederholen, wobei es nicht möglich ist, Menge oder Art der Mahlzeiten zu kontrollieren. Sehr häufig finden Essanfälle auch allein zu Hause unter Ausschluss Dritter statt. Dass dieses Verhalten für Betroffene auch mit erhöhtem finanziellen Aufwand verbunden ist, scheint evident, gleichermaßen wie das damit assoziierte Übergewicht und die Adipositas.

WESENTLICHE KLINISCHE MERKMALE ALLER SUCHTERKRANKUNGEN:

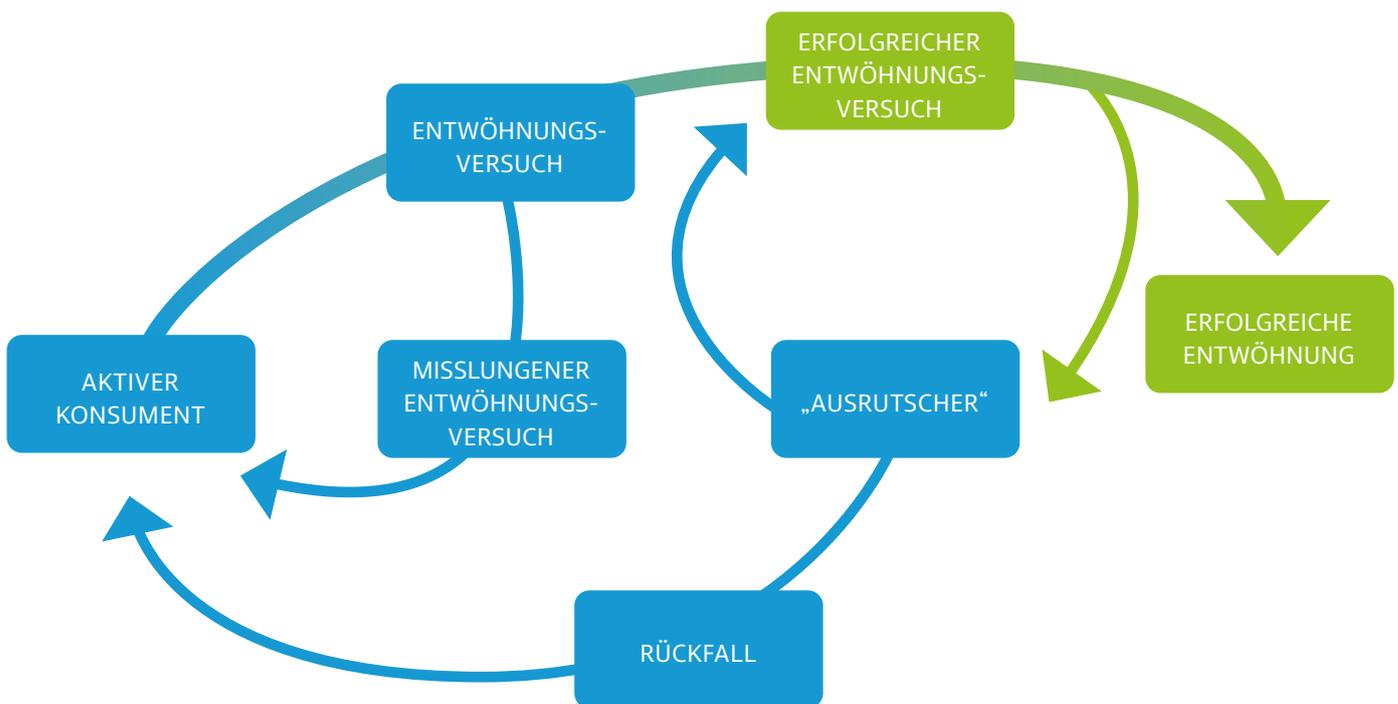
1. Ein starkes Verlangen nach einer Substanz oder einer Verhaltensweise
2. Diesbezüglicher Kontrollverlust mit Einschränkungen im Alltag
3. Negative Emotionen bei Unterbrechung des Konsums
4. Rückfälle sind integraler Bestandteil

Eine Suchterkrankung endet nicht, sobald eine Substanz aus dem Körper entfernt ist, oder die unmittelbar auf den Konsum folgende Wirkung nachlässt.

Vielmehr sind „alle“ Suchterkrankungen durch die Tendenz zu Rückfällen charakterisiert. Ziel im therapeutischen Aspekt ist es, die Intensität und Frequenz der Rückfälle zu reduzieren – dieses Ziel wird in der Regel nur durch multiprofessionelle therapeutische Ansätze erzielt.

Während hinsichtlich der Verhaltenssuchte das Pathologische Glücksspiel sehr wohl im diagnostischen Bereich des ICD 11 der Suchterkrankungen gelistet ist, ist dies bezüglich der Esssucht (noch) nicht der Fall. In wissenschaftlichen Ergebnissen bildgebender Verfahren, wie dem PET (Positronenemissionstomographie), finden sich allerdings bei Esssucht charakteristisch idente neurobiologische Veränderungen im Lust- und Belohnungssystem, wie bei anderen Abhängigkeiten etwa von Nikotin, Alkohol oder anderen Substanzen auch.

Kreislauf bei Suchterkrankungen



IN DEN KLINISCHEN CHARAKTERISTIKA UNTERSCHIEDET SICH DIE ESSSUCHT NICHT VON DEN KLINISCHEN KRITERIEN ALLER SUCHTERKRANKUNGEN:

1. Ununterdrückbares Verlangen – „Craving“, speziell auf kohlenhydratreiche Lebensmittel
2. Vorsätze aufzuhören, gefolgt vom nahezu täglichen Rückfall
3. Fortsetzen des Konsums trotz negativer Folgen (Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck)
4. Entzugsbeschwerden bei Unterbrechung der Zufuhr (gereizte Stimmung)
5. Häufig andere psychiatrische Begleiterkrankungen
6. Stigmatisierung

Auch der sozioökonomische Einfluss spielt eine wesentliche Rolle: Bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau liegt die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht bei 48 %, während sie bei höherem Bildungsgrad nur bei 18 % liegt. Ärztliche Achtsamkeit ist ebenso wichtig – es gibt auch Medikamente, wie einzelne Psychopharmaka, die ein erhöhtes Verlangen nach Kohlenhydraten verursachen.

Es ist nicht nur die somatische Komorbidität, bedingt durch die Esssucht und das damit verbundene Übergewicht, dramatisch, sondern auch die psychiatrische Krankheitsbelastung. So wird bei 55 % ein erhöhtes Risiko, an Depressionen zu erkranken, diagnostiziert. Zudem muss festgehalten werden, dass ein nicht unwesentlicher Teil von Übergewichtigen auch andere „Substanzen“ (z.B. Zigaretten) konsumiert und so eine Potenzierung der organischschädigenden Substanzen vorliegt.

Ein weiterer belastender Aspekt ist die Stigmatisierung Übergewichtiger, speziell Frauen sind von sogenanntem „Fat-Shaming“ betroffen. Betroffene werden häufig mit Vorurteilen konfrontiert, etwa, sie seien zu faul, zu träge, sie werden zudem häufig sozial ausgegrenzt. Übergewichtige Schüler:innen sind überdurchschnittlich Mobbing-Erfahrungen ausgesetzt.

„Fat-Shaming“ führt auch dazu, dass einer notwendigen Lebensstilmodifikation, wie regelmäßig in Sporteinrichtungen zu gehen, nicht nachgekommen werden kann, weil sich die Betroffenen zu sehr schämen.

Häufig entwickeln sich zudem post-traumatische Störungsbilder und Angstsymptome mit Vermeidungsverhalten und sozialer Isolierung.

ZIELFÜHREND IST NUR EINE ANHALTENDE LEBENSSTILVERÄNDERUNG MIT EINEM MULTIMODALEN BEHANDLUNGSKONZEPT:

Medikamentöse Unterstützung, um diesen Zirkel des sich ständig wiederholenden Kreislaufes des Konsums, der Entzugserscheinungen, des Rückfalls zu stoppen.

1. Verhaltensmodifikation für eine anhaltende Lebensstiländerung. Dies impliziert aber nicht eine Diätberatung, denn Kalorientabellen sind mehrheitlich den Betroffenen bekannt; vielmehr geht es eine anhaltende multimodale Lebensstilmodifikation mit verhaltenstherapeutischen Modulen.
2. Behandlung der psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen. Eine Lebensstilveränderung bei Bestehen von depressiver Symptomatik erfolgreich umzusetzen, ist nahezu unmöglich. Daher muss diese vorrangig, auch mit Medikation, behandelt werden.
3. Auf Bevölkerungsebene geht es um die seit Jahren geforderte Präventivmedizin, mit einem frühzeitigen Beginn in Grundschulen (mehr Sport, keine zuckerhaltigen Lebensmittel an den Schulkiosken, fächerübergreifende Lerninhalte, die sinnerfassend vermittelt werden müssen, etc.).
4. Kooperation mit der Lebensmittelindustrie, Anreizphänomene, wie Salat kostenfrei anzubieten, Fitnessbereiche in den Arbeitsalltag integrieren, Reduktion von Versicherungsbeiträgen bei Umsetzung, etc.

Zentral in der Behandlung ist, neben dem multiprofessionellen Ansatz, das Verständnis, dass Suchterkrankungen und ebenso die Esssucht, nicht dem Behandlungsmodell von Infektionen folgen, sondern sich in der Regel durch einen chronischen Verlauf charakterisieren.

Österreich muss sich vom primären Ansatz der Remuneration in der Reparaturmedizin verabschieden und ein Anreizphänomen in der Präventionsmedizin umsetzen.

→ Weiterführende Informationen in dem Buch:

„Sucht Neue Erkenntnisse und Behandlungswege“
von Gabriele Fischer und Arkadiusz Komorowski.
ISBN: 978-3-214-25406-3

→ Kontakt:

Univ. Prof.in Dr.in Gabriele Fischer | Leitung: Suchtforschung und Therapie
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Währinger Gürtel 18-20
Zentrum für Public Health | Kinderspitalgasse 15 | 1090 Wien

Suchterkrankungen und ebenso die Esssucht, folgen nicht dem Behandlungsmodell von Infektionen, sondern charakterisieren sich in der Regel durch einen chronischen Verlauf.



Adipositas: Mehr gesunde Lebensjahre und Lebensqualität im Alter

NR A. D. DR. PETER KOSTELKA,
Präsident des Pensionistenverbandes Österreichs

NR A.D. DR.IN ELISABETH PITTERMANN,
Gesundheitsexpertin des Pensionistenverbandes Österreichs



© SN/PVÖ/BUBU DUMIC



© Roland RUDOLPH

Wie ordnen Sie die Diskussion rund um Adipositas in unserer Gesellschaft ein? In welche Richtung müsste Ihrer Meinung nach eine öffentliche Debatte dazu gehen?

Adipösen Menschen wird ihre Erkrankung oft als selbstverschuldet angelastet. Häufig führt großer Druck im Arbeits- oder Privatleben und Werbung für ungesunde Ernährung zu Adipositas, sowie ein Mangel an Bewegung. Wer kennt es nicht, bei Druck oder Stress zu ungesunder Ernährung zu greifen? Einen großen Einfluss hat Werbung gerade für süße Getränke, Alkohol, sogenannte „Kinderlebensmittel“ oder Fastfood. Oft beobachtet man auch bei öffentlichen Veranstaltungen oder Konferenzen eine gewisse „Tradition“ für ungesunde Verpflegung, wie etwa ein Mehlspeisenbuffet in der Pause.

Besondere Aufmerksamkeit müsste den unterschiedlichen Lebensrealitäten der Menschen geschenkt werden. Wer eine 40 Stunden Arbeitswoche erfüllt und, vor allem wie viele Frauen, noch Familie und Haushalt versorgen muss, kann nicht sehr viel Zeit für Einkauf und Ernährung aufwenden und ist oft zu müde, um Sport zu betreiben. Daher wird schon seit langem eine Werbeverbot für kohlenhydratreiches und fettes Essen, sowie auch für „Softdrinks“ und die für Kinder absolut ungeeigneten „Kinderlebensmittel“ gefordert.

In einer gesunden Gemeinschaftsverpflegung steckt hingegen ein großes Potenzial. So sollten Werks- und Schulküchen überwiegend gesundes Essen anbieten, was auch eine gewisse Schulung für gesundes Essverhalten mit sich bringen würde.

In welche Bereiche/Ressorts sollten Ihrer Meinung nach die verschiedenen Aspekte zum Thema Adipositas in die Arbeit der nächsten Bundesregierung einfließen?

Vor allem sollten sich die Ministerien folgender Fachrichtungen koordiniert mit dem Thema Adipositas beschäftigen: Gesundheit, Soziales, Bildung, Arbeit und Wirtschaft, Sport und Landesverteidigung. In Summe wäre eine gesamtstaatliche Vorgehensweise notwendig, um dieses komplexe Thema effektiv zu bearbeiten.

Welchen Stellenwert sollte die Behandlung von Adipositas in der österreichischen Gesundheitspolitik einnehmen?

Die Behandlung von Adipositas sollte in der österreichischen Gesundheitspolitik einen sehr hohen Stellenwert haben. Gesundheit ist für Menschen eines der höchsten Güter.

Vorsorge ist billiger als Heilung bzw. ein Leben mit körperlichen und psychischen Einschränkungen. Derzeit gibt es verschiedene Ansätze, Adipositas zu behandeln. Es stehen Operationen zur Verfügung, die nicht risikolos sind und immer einer Nachbehandlung bedürfen, gezielte Lebensstiländerungen – günstig, aber sehr schwierig – und in letzter Zeit wird mit modernen Medikamenten gegen Adipositas eine Gewichtsreduktion versucht, aber in dieser Indikation nicht von der Sozialversicherung bezahlt.

Die Behandlung von Folgeerkrankungen wird in der Regel von den Kassen übernommen, die Therapiekosten für die Stoffwechselerkrankung per se, müssen die Betroffenen zu einem Großteil selbst tragen.

Welchen Stellenwert sollte Ihrer Meinung nach die Kassen-Finanzierung von Therapie-Möglichkeiten in der Zukunft einnehmen?

Da der Ruf nach Senkung der Lohnnebenkosten, deren Einnahmen aber zum Großteil in Gesundheits- und Sozialleistungen fließen, immer lauter wird, kann man mit den Strukturen von heute keine zusätzlichen Leistungen verlangen. Man wird endlich ernstlich überlegen müssen, wie man die notwendigen Gesundheitskosten in den Bereichen Prophylaxe, Heilung und Pflege finanzieren kann. Es ist schon bei ausgeprägter Adipositas nicht einfach, zu einer Therapie zu kommen. Bei der Aufzählung von Erkrankungen verursacht durch Adipositas, wie z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebserkrankungen, werden oft orthopädische Probleme nicht angeführt – auch diese sind nicht zu unterschätzen und führen zu einem Teufelskreis.

Da bei der derzeitigen Finanzierung die öffentlichen Gesundheitskassen wenig Möglichkeiten haben, für alles, was richtigerweise gefordert und erwartet wird, aufzukommen, muss man weitere Mittel zur Finanzierung der erforderlichen Kassenleistungen finden.

Welche konkreten Maßnahmen erwarten Sie von der Gesundheitspolitik in Hinblick auf Prävention und Therapie von Adipositas?

Die Gesundheitspolitik allein kann die Prävention von Adipositas nicht schaffen. Es gibt auch Lohnpolitik, Arbeitsmarktpolitik, Schulpolitik, Ernährungskosten, Sportvereine und viele andere, die bei der Bewältigung dieser Problematik helfen könnten.

Die Gesundheitspolitik muss sich dennoch aktiv einbringen in die Verhinderung von Adipositas und für ein gesünderes Leben.

Wie nehmen Sie die potenziellen Spannungen in den Bereichen Adipositas am Arbeitsplatz sowie Adipositas und Arbeitslosigkeit wahr?

In Arbeitsbereichen, in denen das äußere Erscheinungsbild stark im Vordergrund steht, sind Menschen mit Adipositas häufig unerwünscht.

Studien belegen, dass Menschen mit Adipositas es auf dem Arbeitsmarkt schwerer haben.

Oft gibt es Vorbehalte in Bezug auf mehr und längere Krankenstände. Arbeitslosigkeit durch Erkrankung sowie auch die Wiedereingliederung in den Beruf sind daher wichtige Themen für Arbeitnehmer – aber auch Arbeitgeber, die hier ihre Verantwortung besonders intensiv wahrnehmen müssen.

Wie könnte verhindert werden, dass am durch Fachkräftemangel ohnehin angespannten Arbeitsmarkt Menschen durch Adipositas bedingte Arbeitsunfähigkeit, Krankheit oder Frühpensionierung verloren gehen?

Der Fachkräftemangel könnte durch gute Ausbildung gemindert werden. Gesunde Betriebsverpflegung und ein gutes Betriebsklima können chronischen Erkrankungen wie Adipositas entgegenwirken. Gegen den Arbeitskräftemangel könnten zum Beispiel auch eine ganztägige Kindergartenpflicht ab dem 3. Lebensjahr und das Konzept der Ganztagschulen helfen. Freundliche und korrekte Behandlung der Arbeitnehmer, genügend Ausbildungsplätze, Gesundheitsvorsorge im Betrieb, wertschätzendes Verhalten sind zusätzliche wichtige Faktoren, die zu einem gesunden und längeren Verbleib im Arbeitsleben führen könnten. Zudem braucht es genügend qualifizierte preiswerte Betreuung für Seniorinnen und Senioren. Damit müssten die pflegenden und vorwiegend weiblichen Angehörigen weder ihren Beruf gegen Angehörigen-Pflege tauschen, noch in der Zukunft mit Minipensionen leben. Mehr Unterstützung durch die Politik wäre hier dringend notwendig.

Adipositas und Bildung sind eng korreliert, was gerade bei dieser Erkrankung zu einer hohen sozialen Ungleichheit führt. Wie könnte dem Ihrer Meinung nach begegnet werden?

Üblicherweise haben Menschen mit höherem Bildungsabschluss ein längeres und gesünderes Leben. Wichtig wäre, mit Bildungsangeboten, wie bereits weiter oben angeführt, frühzeitig zu beginnen, damit Kinder mit schlechten Startbedingungen die gleichen Chancen erhalten.

Eine faire Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist zusätzlich ein wichtiges Grundprinzip, um soziale Ungerechtigkeit und Kaufkraft auszugleichen und so einen gesünderen Lebensstil zu fördern.

Adipositas und Arbeitsmedizin

PRIV.-DOZ. DR. GEORG WULTSCH,

Facharzt für Arbeitsmedizin und Arzt für Allgemeinmedizin,
Bundesfachgruppenobmann für Arbeitsmedizin der ÖAK

Schon vor geraumer Zeit, und zwar bereits 2008 wurde prominent auf das epidemieartige Ansteigen des BMI vor allem in den führenden Industrienationen hingewiesen. Diese globale Studie umfasste 9,1 Millionen Teilnehmer in 199 Ländern über einen Zeitraum von 28 Jahren.

Im Jahr 2008 gab es damals weltweit schätzungsweise 1,46 Milliarden übergewichtige Erwachsene (BMI >25 kg/m²), von denen 502 Millionen fettleibig waren (BMI >30 kg/m²). Es ist stark anzunehmen, dass diese Zahlen mittlerweile weiter angestiegen sind.

Die direkten gesundheitlichen Auswirkungen von Adipositas sind weithin bekannt und sollen dennoch noch einmal plakativ genannt werden:

1. Adipositas spielt als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Mortalität eine entscheidende Rolle.
2. Adipositas erhöht die Prävalenz und den Schweregrad kardiovaskulärer Risikofaktoren, darunter Typ-II-Diabetes, erhöhtes LDL-Cholesterin, verringertes HDL-Cholesterin sowie systolischen und diastolischen Blutdruck. Unabhängig von anderen Risikofaktoren wurde Adipositas auch direkt mit einem erhöhten Risiko tödlicher koronarer Ereignisse in Verbindung gebracht. Dementsprechend ist der Beitrag von Adipositas zur kardiovaskulären Morbidität und Mortalität in der Erwerbsbevölkerung erheblich.
3. Ebenso ist Adipositas ein wichtiger Risikofaktor für zahlreiche andere Erkrankungen, wie Fettleber und Leberzirrhose sowie chronischem Nierenversagen, Arthrose, obstruktiver Schlafapnoe und Depression.
4. Zusätzlich wird Adipositas mit einer Vielzahl menschlicher Krebsarten in Verbindung gebracht. Am häufigsten werden in den Übersichtsarbeiten Krebserkrankungen der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse und des Endometriums genannt.

Diese weltweite Epidemie stellt allein schon durch die Vielzahl der assoziierten Erkrankungen nicht nur die Gesellschaften und die Gesundheitssysteme ganz generell, sondern auch speziell die Arbeitsmedizin und ihre Präventionsmöglichkeiten vor große Herausforderungen.

Ein stärkeres Fokussieren auf die gegebene faktische Situation auch im Bereich der angewandten Arbeitsmedizin im Betrieb und ein Ausbauen der betrieblichen Ressourcen ist daher ein Muss.

Studien zeigen, dass Adipositas nicht nur den Eintritt in das Arbeitsleben durch eine gewisse Diskriminierung erschwert, es kann auch als erwiesen betrachtet werden, dass Adipositas einen hohen Impact auf das Arbeitsleben



© Priv.-Doz. Dr. Wultsch

selbst, sowie das Verbleiben im selbigen hat. Zudem ist es wahrscheinlich, dass Adipositas durch Arbeitsbedingungen und die Sonderformen von Arbeit generiert oder verstärkt werden kann.

ALS WESENTLICHE PUNKTE SIND NUN FÜR DIE ARBEITSMEDIZIN ZU NENNEN:

1. Vermindertes Wohlbefinden und oben genannte Folgeerkrankungen haben direkten Einfluss auf das Arbeitsleben. Sie sind in den Bereichen Beschäftigungsfähigkeit und Tauglichkeit sowie insbesondere bei Wiedereingliederung und Erhalt des Arbeitsplatzes und der Arbeitsfähigkeit bei Erkrankung ein wesentliches Arbeitsfeld, welches immer mehr an Bedeutung gewinnen wird. Die Prämisse muss stets die gefahrfreie und gesundheitsförderliche Beschäftigung von Arbeitnehmer:innen mit Fokus auf die individuellen Bedürfnisse sein. Betriebliche Unterstützungsleistungen und Betriebliches Gesundheitsmanagement werden hier in Zukunft noch wesentlich mehr Strukturen und Anstrengungen benötigen.
2. Adipositas ist bei vielen Studien mit einer erhöhten Anzahl von Ausfallszeiten, Absentismus und verringerter Produktivität verbunden. Übergewichtige Arbeitnehmer:innen sind häufiger krankgeschrieben, haben längere Krankenstände und erleiden größere Produktivitätsverluste als nicht übergewichtige Arbeitnehmer:innen. Einige Analysen gehen davon aus, dass die Kosten für Arbeitgeber:innen, die durch Absentismus im Zusammenhang mit Adipositas entstehen, höher sind, als die direkten Kosten für die medizinische Versorgung, die diese Arbeitnehmer:innen benötigen.
3. Adipositas zwingt zur Adaption der ergonomischen Ausrichtungen und es bedarf ebenso einer Anpassung an die individuelle Fitness der betroffenen Arbeitnehmer:innen bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen. Hier sind besondere Evaluierungsleistungen notwendig.
4. Das spezifische Arbeitsumfeld könnte zu Übergewicht und Adipositas beitragen oder diese verstärken. Eine Reihe von Studien weisen darauf hin, dass Arbeitsstress, Schichtarbeit und lange Arbeitszeiten sowie sitzende Arbeitshaltungen hier unterschiedlich starke Einflüsse haben.
5. Die Arbeitsbedingungen können evaluiert und so gestaltet werden, dass diese keinen zusätzlichen Input zur Generierung von Adipositas beitragen, bzw. der Anteil besonders klein gehalten werden kann. Gemeinschaftliche Initiativen am Arbeitsplatz, etwa durch Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), können genutzt werden, um edukativ und aufklärend zu wirken, und mithelfen, ein gesundes Verhalten zu entwickeln. Nachsorgeprogramme und Konsultationen bei den Betriebsmediziner:innen können kurative Ansätze verstärken und entlasten.

Alles in allem scheint es klar zu sein, dass Arbeitsmediziner:innen aktiv an der Bewältigung dieser enormen Herausforderungen beteiligt werden müssen. Nur so kann ein wesentlicher Bereich des Lebens und der Gesellschaft medizinisch präventiv erschlossen und zielgerichtet genutzt werden.

Auf Grund der vielen betroffenen Menschen die zur selben Zeit Patient:innen und Arbeitnehmer:innen sind und persönliches Leid erfahren, der öffentlichen Gesundheit, und der Produktivität können und dürfen wir Adipositas am Arbeitsplatz nicht ignorieren, auch wenn das Arbeitsumfeld nicht hauptsächlich direkt ursächlich ist. Es gibt wie oben angeführt eine Reihe möglicher Interventionsansätze, die leider bisher viel zu wenig genutzt werden.

Eine Stärkung der arbeitsmedizinischen Versorgung, eine Ausweitung der Kompetenzen und das Forcieren betrieblicher Programme, die die Gewichtsabnahme fördern und die Aufrechterhaltung des empfohlenen Körpergewichts zum Ziel haben – wie Sport- und Ernährungsprogrammen – müssen vermehrt im Fokus stehen.

Eine gesetzliche Verankerung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und das Vorhalten eines strukturierten ärztlichen Gesundheitsmanagements im Betrieb, sowie die Möglichkeit einer Vernetzung zwischen kurativer und präventiver Herangehensweise würden diese gesamtgesellschaftliche Herausforderung in all den angesprochenen Ebenen leichter fassbar und bewältigbarer machen.

Wie ordnen Sie die Diskussion rund um Adipositas in unserer Gesellschaft ein? In welche Richtung müsste Ihrer Meinung nach eine öffentliche Debatte dazu gehen?

Es wäre von enormer Bedeutung eine Entstigmatisierung dieser Erkrankung einzuleiten, den Teufelskreis von Stress zu Adipositas zu Stigmatisierung zu Stress usw. zu durchbrechen, und die multifaktorielle Entstehung deutlich zu machen. Adipositas ist nicht nur zu wenig Bewegung und zu viel Nahrungszufuhr.

In welche Bereiche/Ressorts sollten Ihrer Meinung nach die verschiedenen Aspekte zum Thema Adipositas in die Arbeit der nächsten Bundesregierung einfließen?

Gesundheit, Arbeit, Soziales, Bildung.

Welchen Stellenwert sollte die Behandlung von Adipositas in der österreichischen Gesundheitspolitik einnehmen?

Da dieser Zustand der Adipositas enorm auf mannigfaltige gesundheitspolitische, soziale und wirtschaftliche Bereiche durchschlägt und die Veränderungen nicht kurzfristig bewerkstelligt werden können, sollte dieses Thema mehr als vorrangig angegangen werden.

Die Behandlung von Folgeerkrankungen wird in der Regel von den Kassen übernommen, die Therapiekosten für die Stoffwechselerkrankung per se müssen die Betroffenen zu einem Großteil selbst tragen.

Welchen Stellenwert sollte Ihrer Meinung nach die Kassen-Finanzierung von Therapie-Möglichkeiten in der Zukunft einnehmen?

Aus Sicht der Präventivmedizin macht die Prävention langfristig immer mindestens genauso viel Sinn wie kurative Herangehensweisen, mit dem Vorteil auch kosteneffizienter zu sein. Voraussetzung dazu ist jedoch immer ein Verständnis – sowohl bei der Politik als auch bei den Betroffenen. Empowerment ist hier ein Schlagwort.

Welche konkreten Maßnahmen erwarten Sie von der Gesundheitspolitik in Hinblick auf Prävention und Therapie von Adipositas?

Maßnahmen in Zeiten des Super Size Zeitalters liegen alle auf der Hand. Bildung und Aufklärung der Bevölkerung, Reduktion / Sichtbar machen des Angebots von schädlichen Einflüssen / Nahrungsmitteln, Einführen von Gesundheitsedukation, Aufwerten der „Turnstunden“, Lehrlingssport und vieles mehr.

Wie könnte verhindert werden, dass am durch Fachkräftemangel ohnehin angespannten Arbeitsmarkt Menschen durch Adipositas bedingte Arbeitsunfähigkeit, Krankheit oder Frühpensionierung verloren gehen?

Aktive Übernahme von präventiven Therapieoptionen in der Patientenbetreuung als Kassenleistung, Forcieren von Adipositas-Ambulanzen, Vernetzung Kuration und Prävention, Forcieren der Wiedereingliederungsmaßnahmen, Adaption der Arbeitsplätze, vermehrtes Angehen von BGF und BGM.

Adipositas und Bildung sind eng korreliert, was gerade bei dieser Erkrankung zu einer hohen sozialen Ungleichheit führt. Wie könnte dem Ihrer Meinung nach begegnet werden?

Gesundheitsedukation schon in der Pflichtschule, Ernährung / Sport / Psychische Gesundheit sind Begrifflichkeiten die ebenso angesprochen und gelehrt werden sollen. Forcierung von Beratungseinrichtungen, Forcieren der Lehrlingsuntersuchungen und der Schulärztlichen Betreuungen, Ausweitung auf betreuende Erziehungsberechtigte. Aufklärungs- und Bildungsinitiativen von Elternteilen und der Gesamtbevölkerung.

→ Literatur (weitere Informationen siehe S 46):

Andersen LL, Izquierdo M, Sundstrup E. | Averett, S. | Bonauto DK, Lu D, Fan ZJ | Cavuoto LA, Nussbaum MA. | Choi B, Schnall PL, Yang H, Dobson M, Landsbergis P, Israel L, Karasek R, Baker D. | Finkelstein EA, DiBonaventura Md, Burgess SM, Hale BC. | Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN, Farzadfar F, Riley LM, Ezzati M; | Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schöffeler N, Zahn C, Wessel D, Hesse FW, Thiel S, Thiel A. | Laakso PTT, Ortega FB, Huotari P, Tolvanen AJ, Kujala UM, Jaakkola TT. | Linaker CH, D'Angelo S, Syddall HE, Harris EC, Cooper C, Walker-Bone K. | Rajan TM, Menon V. | Tomiyama AJ. | Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. | Virtanen M, et al. | Zhao Z, Lu H, Meng R, Si Z, Wang H, Wang X, Chen J, Zheng Y, Wang H, Hu J, Zhao Z, Zhu H, Wu J, Li X, Xue L. | Weitere Literatur beim Verfasser

Literatur & Quellen

Ausführliches Verzeichnis

S 16 DR. ALEXANDER BIACH

1 WHO: Report on the fifth round of data collection, 2018-2020: WHO European COSI. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2022. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/who-european-regional-obesity-report-2022>

2 Übergewicht und Fettleibigkeit als Kostenfaktor des Gesundheitssystems: Evidenz aus Österreich. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse. 2010. <https://repository.publissio.de/resource/frl:6402134/data>

3 Krankenanstalten in Zahlen. BMSGPK. http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/6_G_Kosten_jeBt.pdf

4 Fehlzeitenreport. WIFO. 2024. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846173&portal=svportal>

5 Die Auswirkung dauernder Berufsunfähigkeit auf das erwartete Lebenseinkommen in Österreich. WIFO. 2019. https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=61661&mime_type=application/pdf

6 Statistik Austria. 2023 http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=052519

7 25 Jahre Pflegegeld. Sozialversicherung. Soziale Sicherheit 10/2018. www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845165&portal=svportal

S 30 PRIM. UNIV.-PROF. DR. DANIEL WEGHUBER

1 WHO: Report on the fifth round of data collection, 2018-2020: WHO European COSI. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2022.

2 NCD Risk Factor Collaboration: 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. *Lancet* 2017; 390(10113): 2627-42

3 Vogel M et al.: Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the Covid-19 pandemic. *Int J Obes* 2022; 46(1): 144-52

4 Anderson LN et al.: Obesity and weight change during the Covid-19 pandemic in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2023; 24(5): e13550

5 Bray GA et al.: Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 2017; 18(7): 715-23

6 Small L, Aplasca A: Child obesity and mental health: a complex interaction. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2016; 25(2): 269-82

7 Reinehr T et al.: Two-year follow-up in 21 784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(6): 1196-9

8 www.easykids.at

9 Drucker DJ.: GLP-1 physiology informs the pharmacotherapy of obesity. *Mol Metab.* 2022 Mar;57:101351. doi: 10.1016/j.molmet.2021.101351. Epub 2021 Oct 6. PMID: 34626851

10 Cavini, A.M., Ehringer-Schetitska, D., Furthner, D. et al. Nationales Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und beteiligter medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Fachverbände und weiterer Organisationen*. *Paediatr. Paedolog.* 57 (Suppl 1), 2-32 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00608-022-00967-0>

S 32 MAG.A MICHAELA BILIR

Dawe, N., & Coward, M. (2019). Exploring the role of school nurses in the prevention and management of childhood obesity. *British Journal of School Nursing*, 14(5), 230-240. doi: 10.12968/bjsn.2019.14.5.230

Demir, D., & Bektas, M. (2021). The Effect of an Obesity Prevention Program on Children's Eating Behaviors, Food Addiction, Physical Activity, and Obesity Status. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 355-363. doi: 10.1016/j.pedn.2021.09.001

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (2012, 03.05.2024). Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2012. Retrieved from https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/oesterr_strukturplan_gesundheit_2012_1.pdf

Güler, R., Kublay, G., & Firat Kılıç, H. (2023). The effectiveness of a nurse-led health development programme on fourth-grade school-age children in North Cyprus: A randomised-controlled trial. *Health Education Journal*, (Advance online publication) doi: 10.1177/00178969221146429

GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Novelle 2016. (03.05.2024) Republik Österreich Parlament. Retrieved from https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/1/I_01194/fname_538956.pdf

Gundolf, A. (2019). Public Health in der Schule—Eine Aufgabe von School Nurses, zur Stärkung der Kinder- bzw. Volksgesundheit. *R&E Source*, (11). ISSN: 2313-1640

Häkkänen, P., Ketola, E., & Laatikainen, T. (2018). Screening and treatment of obesity in school health care—The gap between clinical guidelines and reality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1332-1341. doi: 10.1111/scs.12578

Herbenick, S. K., James, K., Milton, J., & Cannon, D. (2018). Effects of family nutrition and physical activity screening for obesity risk in school age children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(4), e12229. doi: 10.1111/jspn.12229

Jarnig, G., Jaunig, J., Kerbl, R., Strenger, V., Haeusler, G., & Van Poppel, M. N. M. (2022). Acceleration in BMI gain following COVID-19 restrictions. A longitudinal study with 7 to 10 year old primary school children. *Pediatric Obesity*, 17(6). doi: 10.1111/ijpo.12890

Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege—Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesellschaft*, 13, 246.

Lovell, C. M. (2018). 5-2-1-0 Activity and Nutrition Challenge for Elementary Students: New, Evidence-Based, Promising. *The Journal of School Nursing*, 34(2), 98-107. doi: 10.1177/1059840517689893

Rattanamane, K., & Wacharasin, C. (2021). Effectiveness of a Family-Based Behavioral Counseling Program among School-aged Children with Obesity: A Quasi-Experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 466-480. URL: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0eeff211-0675-4900-bff9-dc6513fa2a15%40redis>

Schmitt & Görres. (2012). Schulgesundheitspflege in Deutschland? – Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. *Pflege*, 25(2), 107-117. doi: 10.1024/1012-5302/a000186

Schroeder, K., Travers, J., & Smaldone, A. (2016). Are School Nurses an Overlooked Resource in Reducing Childhood Obesity? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of School Health*, (86), 309-321. doi: 10.1111/josh.12386

Stadt Wien. School nurses verbessern Gesundheitsversorgung von Kindern. Retrieved from Wiederkehr/Hacker: School Nurses verbessern Gesundheitsversorgung von Kindern | PID Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien, 08.09.2022 (ots.at)

ORF: Zu wenige school nurses in Schulen. (30.4.2024). Retrieved from Zu wenige „School Nurses“ in Schulen – wien.ORF.at

Weghuber, D., & Maruszcak, K. (2022, 02.02.2023). Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)—Bericht Österreich 2020. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Abgerufen von Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz URL: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=847>

Wojnarowski, C., & Kienreich, N. (2020, 02.02.2023). Übergewicht bei Kindern. Österreichische Gesundheitskasse. Retrieved from <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.707014>

World Health Organization. (2020, 02.02.2023). Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>

S 42 PRIV.-DOZ. DR. GEORG WULTSCH

Andersen LL, Izquierdo M, Sundstrup E. Overweight and obesity are progressively associated with lower work ability in the general working population: cross-sectional study among 10,000 adults. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017 Nov;90(8):779-787.

Averett, S. Obesity and labor market outcomes. *IZA World of Labor* 2014: 32

Bonauto DK, Lu D, Fan ZJ. Obesity prevalence by occupation in Washington State, Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Prev Chronic Dis*. 2014 Jan 9;11:130219.

Cavuto LA, Nussbaum MA. Influences of Obesity on Job Demands and Worker Capacity. *Curr Obes Rep*. 2014 Sep;3(3):341-7.

Choi B, Schnall PL, Yang H, Dobson M, Landsbergis P, Israel L, Karasek R, Baker D. Sedentary work, low physical job demand, and obesity in US workers. *Am J Ind Med*. 2010 Nov;53(11):1088-101.

Finkelstein EA, DiBonaventura Md, Burgess SM, Hale BC. The costs of obesity in the workplace. *J Occup Environ Med*. 2010 Oct;52(10):971-6

Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN, Farzadfar F, Riley LM, Ezzati M; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants.

Lancet. 2011 Feb 12;377(9765):557-67.

Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M, Schäffeler N, Zahn C, Wessel D, Hesse FW, Thiel S, Thiel A. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC Public Health*. 2012 Jul 16;12:525.

Laakso PTT, Ortega FB, Huotari P, Tolvanen AJ, Kujala UM, Jaakkola TT. Adolescent Cardiorespiratory Fitness and Future Work Ability. *JAMA Netw Open*. 2024 Mar 4;7(3):

Linaker CH, D'Angelo S, Syddall HE, Harris EC, Cooper C, Walker-Bone K. Body Mass Index (BMI) and Work Ability in Older Workers: Results from the Health and Employment after Fifty (HEAF) Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 3;17(5):1647.

Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med*. 2017 Jul-Sep;63(3):182-190.

Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol*. 2019 Jan 4;70:703-718.

Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Apr 19;14(4):435.

Virtanen M, et al. Long working hours and change in body weight: analysis of individual-participant data from 19 cohort studies. *Int J Obes (Lond)*. 2020 Jun;44(6):1368-1375.

Zhao Z, Lu H, Meng R, Si Z, Wang H, Wang X, Chen J, Zheng Y, Wang H, Hu J, Zhao Z, Zhu H, Wu J, Li X, Xue L. Risk factor analysis and risk prediction study of obesity in steelworkers: model development based on an occupational health examination cohort dataset. *Lipids Health Dis*. 2024 Jan 8;23(1):10.

Weitere Literatur beim Verfasser

IMPRESSUM

Eigentümer & Herausgeber:
Novo Nordisk Pharma GmbH
Donau-City-Straße 7, 1220 Wien

Kontakt:
Mag.a Evelyn Devuyt
Governmental Affairs Director
evdt@novonordisk.com

Idee und Konzeption:
Mastermind Public Affairs
Consulting GmbH

Grafik:
Tea Mina Farag

Fotos:
beigestellt, sofern nicht
anders angegeben

Cover/Illustration:
alstanova - stock.adobe.com

Prmomats Nr :
AT24OB00076

© Novo Nordisk, 2024

