



Auftaktforum

Kurzfassungen und Lebensläufe der Referenten und Moderatoren

Kindliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Die Rolle der körperlichen Aktivität in der Prävention von Übergewicht im Kindesalter

Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule zu Köln

Prävention braucht alle

Prof. Dr. Erik Harms, Vorstandsvorsitzender der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)

Das Problem der Ernährungsprävention: Kinder essen anders als sie sich ernähren sollten

Prof. Dr. Volker Pudel, Ernährungspsychologische Forschungsstelle, Zentrum Psychosoziale Medizin Universität Göttingen

Sport und Bewegung in einer Public Health Perspektive

Prof. Dr. Alfred Rütten, Ph.D. Karim Abu-Omar, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg

Vorbeugen von Altersdiabetes und Folgeerkrankungen

Prof. Dr. Martin Wabitsch, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Ulm

Moderation der Diskussionsrunde

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe "Public Health" im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), Berlin

Kindliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Dr. Raimund Geene

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Kinder und Jugendliche haben insgesamt einen sehr guten Gesundheitszustand mit einer im historischen Vergleich einmalig hohen Lebenserwartung, was vor allem aus dem Rückgang der Infektionserkrankungen resultiert. Zu beobachten ist jedoch eine leichte Zunahme chronischer, insbesondere psychischer Erkrankungen und eine leicht anwachsende Zahl übergewichtiger Kinder. Von den Gesundheitsbelastungen sind insbesondere sozial benachteiligte Kinder betroffen. Dabei gelten Fehlernährung, Bewegungsmangel und falsches Stressmanagement als Schlüsselfaktoren.

Erleben und gesellschaftliche Zuschreibung von sozialer Benachteiligung und Armut finden auf unterschiedlichen und z.T. widersprüchlichen Ebenen statt. Tatsächlich wird soziale Benachteiligung zumeist verdrängt und zu einem Habitus verschmolzen, der paradoxer Weise gleichzeitig der Kompensation dient wie auch vielfach zur (gesundheitlichen) Verschlimmerung der erlebten Benachteiligung führt. Der Habitus ist geprägt durch objektive Determinanten, durch familiäre und ethnische Hintergründe, medial vermittelte Status-Symbole sowie durch das Verhalten der Peer-Group.

Wenn der Habitus im gesundheitlichen Sinne entwickelt werden soll, bedarf es einer umfassenden Strategie. Diese ist gekennzeichnet durch übergeordnete, verbindende Ziele, koordiniertes Vorgehen, Einbeziehung von Schlüsselakteuren und eine symmetrische Entwicklung der drei Sozialisationsinstanzen Familie, Kita/Schule und Sozialarbeit.

Der für eine solche Strategie geeignete Setting-Ansatz sieht die Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung. Die konkreten Lebenswelten der Kinder werden gesundheitlich ausgerichtet und ermöglichen Autonomie-Erfahrungen im Rahmen organisationeller Stabilisierung.

Am Beispiel von Praxisprojekten der Gesundheitsförderung mit Migrantinnen wird dieser Anspruch diskutiert. Abschließend werden die Qualitätskriterien nach dem Good Practice-Ansatz vorgestellt, die im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt und erprobt wurden.

Dr. Raimund Geene,

geb. 1963 in Attendorn (NRW)

Diplom-Politologe

Magister Public Health

Dr. rer.pol.

Seit 1997 Lehrbeauftragter u.a. am Otto-Suhr-Institut und am Institut für psychosoziale Prävention und Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin, im Reformstudiengang Medizin an der Charité, Humboldt-Universität zu Berlin

Vom 1.1.1998 bis zum 31.3.2006 Geschäftsführer von Gesundheit Berlin, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

Seit 16.11.2005 Vertretungsprofessor an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengang Angewandte Kindheitswissenschaften, Lehrgebiet Kindliche Entwicklung und Gesundheit.

Die Rolle der körperlichen Aktivität in der Prävention von Übergewicht im Kindesalter

Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf

Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule zu Köln

Für die körperliche und motorische, psychosoziale, emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern stellen Bewegung, Spiel und Sport wesentliche Voraussetzungen dar (Dordel 2003). Der Begriff des „natürlichen Bewegungsdrangs“ spiegelt das kindliche Bedürfnis nach Bewegung, Spiel und Sport wider. Wie viel Bewegung allerdings notwendig ist, um eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten, kann derzeit nicht beantwortet werden. Genauso wenig kann konkret beantwortet werden, welche Konsequenzen sich aus einem „Mangel“ ergeben. Die Änderungen der kindlichen Umwelt, Urbanisierung, audiovisuelle Medien, Freizeitplanung etc., haben die absolute Bewegungszeit von Kindern und Jugendlichen erheblich eingeschränkt. Untersuchungen von Bös et al. (2001) belegten, dass die Bewegungsumfänge von Kindern (6 bis 12 Jahre) von drei bis vier Stunden in den siebziger Jahren auf heutzutage ca. eine Stunde pro Tag zurückgegangen sind.

Kimm et al. (2002) untersuchten in einer multizentrischen prospektiven Längsschnittstudie das Aktivitätsverhalten von 2379 neunjährigen weißen und farbigen Mädchen über 10 Jahre. Der Energieverbrauch in metabolischen Einheiten bestimmt nahm insbesondere mit dem Eintritt in die Pubertät erheblich ab. Vergleichbare Untersuchungen aus Europa oder Deutschland bzw. für Jungen liegen bisher nicht vor.

Als eine der wenigen gesicherten gesundheitlichen Folgen des Bewegungsmangels für das Kindesalter gilt die Entstehung von Übergewicht und Adipositas. Zumeist wird dies in Zusammenhang mit körperlicher Inaktivität, insbesondere einem erhöhten Fernsehkonsum gebracht. Besonders die übergewichtigen und adipösen Kinder schneiden hinsichtlich sämtlicher motorischer Hauptbeanspruchungsformen schlechter ab als ihre Altersgenossen (Graf et al. 2004; Dordel und Kleine 2005; Bös et al. 2004). Es muss allerdings kritisch hinterfragt werden, ob die Kinder sich wegen ihres erhöhten Gewichtes weniger bewegen oder ob die motorischen Defizite aufgrund des Bewegungsmangels zu Frustration und zunehmender Inaktivität führt. Sicherlich unterstützt auch hier ein ständig schlechteres Abschneiden in sportlichen Leistungen den weiteren Rückzug aus der Aktivität und die Bevorzugung sitzender Tätigkeiten mit entsprechender Fehlernährung (Bar-Or et al. 1994). Um so wichtiger ist es, frühzeitig mit entsprechenden Gegenmaßnahmen die Bewegungsfreude von Kindern zu erhalten und zu fördern, um den o.g. Teufelskreis zu umgehen.

Trotz der Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen kann aktuell noch nicht abschließend beantwortet werden, wie die körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit bei Kindern qualitativ und quantitativ konkret ausgestaltet werden sollte. Aus gesundheitlicher/gesundheitsförderlicher/primärpräventiver Sicht ist neben sportlichen Freizeitbeschäftigungen eine Steigerung der Alltagsaktivitäten, z.B. Schulwege, Botengänge, wesentlich. Wichtig ist stets die Berücksichtigung die Integration der Eltern bzw. des familiären Umfeldes in jegliche gesundheitsfördernde Maßnahme, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. (Literatur bei der Verfasserin)

Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf,

geb. 13.12.1967 in Würzburg. Studium der Medizin an der Universität zu Köln.

Medizinische Promotion 1995 an der medizinischen Fakultät der Universität Köln.

Sportwissenschaftliche Promotion 2005 an der Deutschen Sporthochschule Köln zum Thema: „Kardiovaskuläre Primärprävention im Grundschulalter im Freizeitsport – eine Frage des familiären Lebensstils“.

Seit 1996 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule zu Köln. Seit 1998 Leitung des Kölner Kinder Projektes CHILT (Children's Health Interventional Trial) in Zusammenarbeit mit Frau Dr. rer. nat. S. Dordel und Herrn B. Koch und unterstützt von der AOK Rheinland/Hamburg sowie dem Herzzentrum Köln.

Leitung der wissenschaftlichen Auswertung bzgl. anthropometrischer Daten, motorischer Testverfahren etc. im Rahmen des Projektes „Gesundheitsförderung und –erziehung in der Primarstufe – Gesund macht Schule“ der Ärztekammer Nordrhein.

Leitung der wissenschaftlichen Auswertung des Programms „Schwer mobil“ des Landessportbund NRW.

Prävention braucht alle

Prof. Dr. Erik Harms

Vorstandsvorsitzender der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)

Ziele und Aufgaben

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) ist die gemeinsame Initiative von rund 100 Partnern aus Politik, Wirtschaft, Sport, Wissenschaft, Eltern und Vertretern des Gesundheitssystems und damit das umfassendste Netzwerk zur Vorbeugung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Europa. Die Gründungsmitglieder sind: das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), der Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL), die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ), die Centrale Marketing-Gesellschaft der Deutschen Agrarwirtschaft (CMA), der Bundeselternrat (BER), Deutscher Olympischer Sportbund/Deutsche Sportjugend (DOSB/DSJ), die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, vertreten durch den Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK) und die Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten (NGG).

Neben der Aufgabe, die Projekte und Aktionen dieser Partner zu den Themen Bewegung und Ernährung zu vernetzen stößt die Plattform eigene Initiativen und Maßnahmen an, um Übergewicht und Bewegungsarmut aktiv vorzubeugen. Nachhaltig wirkende Verhaltensänderungen lassen sich nur erreichen, wenn Kinder und Jugendliche – aber auch deren Lehrern, Eltern Erzieher etc. – in ihrer Entscheidungsfähigkeit für einen gesundheitsfördernden Lebensstil von frühester Kindheit an gestärkt werden.

Hintergründe

Bei immer mehr Kindern und Jugendlichen ist das Gleichgewicht zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch gestört mit der Folge unerwünschter Gewichtszunahme. Diese Entwicklung lässt sich an den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen ablesen: Übergewicht und Fettleibigkeit haben bei Schulanfängern innerhalb von 15 Jahren um das zwei- bis dreifache zugenommen. Diese Befunde zeigen aber auch, dass die Entwicklung zu Übergewicht und Fettleibigkeit schon in frühester Kindheit stattfindet.

Gesundheit und ein stabiles Körpergewicht lassen sich nur aufrechterhalten, wenn Energieaufnahme und Energieverbrauch im Gleichgewicht bleiben.

Arbeitsweise

Im Zentrum der Arbeit von peb stehen neben der Entwicklung eigener Projekte insbesondere der Austausch und die Vernetzung bereits bestehender Initiativen und Projekte. Durch die Vernetzung der beteiligten Akteure werden Impulse für mehr Abstimmung und Kooperation gesetzt, sowie vorhandene Ressourcen und Strukturen gefördert.

Für die wissenschaftliche Begleitung aller Projekte und Initiativen sorgt ein Expertenbeirat namhafter Wissenschaftler. Grundsätzlich ist peb ein offenes Angebot zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Das heißt, neue Mitglieder sind eingeladen sich bei peb einzubringen. Mitglied kann jede Organisation

werden, die sich für die Bekämpfung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen stark machen möchte.

Aktionsprogramm

Das für die aktuellen Aktivitäten richtungsweisende Aktionsprogramm leitet sich aus dem Gründungsprogramm ab. Die Plattform verfolgt mit ihren Projekten das Aktionsprogramm mit den folgenden Schwerpunkten:

1. Ansprache von Kindern und Eltern aus Risikogruppen
2. Information und Unterstützung für junge Eltern
3. Auseinandersetzung mit Essgewohnheiten und dem Lebensmittelangebot
4. Förderung von Netzwerken für Ernährung und Bewegung in Kommunen
5. Direkte Ansprache der Kinder
6. Ansprache von Tageseinrichtungen für Kinder

Die Aktionsschwerpunkte für 2006 sind die „direkte Ansprache von Kindern“ sowie die „Ansprache von Tageseinrichtungen für Kinder“.

Mit attraktiven Medienangeboten wendet sich peb direkt an seine Ziel- und Risikogruppen. Seit Juni dieses Jahres werden in Kooperation mit einem Kindersender die TV-Clips "Peb & Pebber - Helden privat" ausgestrahlt. Mit kurzen unterhaltsamen Episoden wird Kindern und Eltern nahe gebracht, dass gesunde Ernährung und Bewegung Spaß machen und sich spielerisch in den Alltag integrieren lassen.

Ein weiterer Handlungsschwerpunkt liegt auf der Ansprache der Tageseinrichtungen für Kinder. Derzeit wird ein Programm entwickelt, durch das Präventionsmaßnahmen in den Alltag der Kindertagesstätten integriert werden sollen. Dabei werden auch die Erfahrungen bereits erfolgreicher „Best-Practice-Projekte“ berücksichtigt. Bereits im Herbst wird peb mit ersten Projekten vor Ort in den Kindertageseinrichtungen starten.

In den Bereichen „Ansprache von Risikogruppen“ sowie „Information und Unterstützung junger Eltern“ wird derzeit in Form von Expertenworkshops und Forschungsprojekten konzeptionell gearbeitet, mit dem Ziel auch in diesen Bereichen wirksame Maßnahmen zu entwickeln. Es müssen zunächst grundlegende Ansätze erarbeitet werden, damit Projekte und Maßnahmen auch hier gezielt Wirkung entfalten können.

Darüber hinaus wird peb am 7./8. November dieses Jahres den Kongress "Lebensmittel und Ernährung der Zukunft" sowie im Frühjahr 2007 eine Fachtagung zur „Förderung von Netzwerken für Ernährung und Bewegung in Kommunen“ ausrichten.

Damit leistet die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. mit wirksamen und alltagstauglichen Maßnahmen einen Beitrag zur Lösung des Problems Adipositas und Übergewicht bei Kindern.

Prof. Dr. Erik Harms

- 1964-1969 Studium der Humanmedizin in Tübingen und Freiburg
- 1970 Medizinalassistent in Freiburg und Stuttgart, Promotion am Physiologischen Institut der Universität Freiburg
- 1971 Approbation
- 1971 - 1973 DFG-Ausbildungsstipendiat am Biochemischen Institut der Universität Freiburg (Prof. Dr. W. Reutter)
- 1973 - 1978 Facharztweiterbildung Kinderheilkunde an der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg (Prof. Dr. H. Bickel)
- 1978 - 1980 DFG-Forschungsstipendium am Department of Pediatrics, University of California, San Diego (Prof. J.A. Schneider, Prof. W. Nyhan)
- 1979 Habilitation für Kinderheilkunde an der Universität Heidelberg
- 1981 - 1985 Sektionsleiter „Pädiatrische Stoffwechselkrankheiten“ an der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg
- 1985 - 1987 Extraordinarius (C3) für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Stoffwechsel an der Kinderklinik der TU München
- seit 1987 Direktor der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin (C4-Professur)
- seit 2003 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.

Das Problem der Ernährungsprävention: Kinder essen anders als sie sich ernähren sollten

Prof. Dr. Volker Pudel

Ernährungspsychologische Forschungsstelle, Zentrum Psychosoziale Medizin Universität Göttingen

Eine Gesellschaft, die „Vernunft“ und „Rationalität“ hoch schätzt, versucht konsequenterweise die Mitglieder dieser Gesellschaft durch kognitive Informationen von vernünftigen Verhaltensweisen zu überzeugen. „Du musst vernünftig sein“, ist eine charakteristische Forderung von Müttern an ihre Kinder. Auch die Ernährungsaufklärung bedient sich solcher rational-kognitiven Empfehlungen, die zutreffend, aber dennoch nicht wirksam sind. Erwachsene, wie auch Kinder, essen anders als sie sich ernähren sollten. Das Essverhalten ist ein emotional gesteuertes Verhalten, das darauf abzielt, die aktuelle Lebensqualität subjektiv zu optimieren. Dabei resultiert oft ein Verhalten, das objektiv nicht optimal ist.

Subjektive oder objektive Objektivierung

Der Grund dafür ist in ungünstigen Kontingenzverhältnissen zu finden. Die subjektive Optimierung geschieht kurzfristig, während sich die objektive Optimierung auf sehr langfristige Zeitspannen bezieht. Der Ratschlag der Mutter an ihre sechsjährige Tochter: „Du musst Milch trinken, damit Du nicht, wenn Du so alt bist wie Oma, Osteoporose bekommst“ kann nicht wirken, denn er verlangt einen jahrzehntelangen ‚Belohnungsaufschub‘. Kognitive Ernährungsprävention verlangt immer einen Belohnungsaufschub, während das subjektiv optimierte Essverhalten kurzfristig positive Erlebnisse beschert.

Eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung an 2.900 Familien mit Kind(ern) zwischen vier und 16 Jahren belegte, dass die Ernährungserziehung funktioniert. Werden Lebensmittelfotos sortiert, dann ordnen deutsche Kinder z.B. Vollkornbrot in die Gruppe „macht stark“ und „ist gesund“, während z.B. Hamburger als „macht nicht stark“, „macht dick“ klassifiziert werden. Allerdings essen sie Vollkornbrot „nicht gerne“, Hamburger aber „gerne“. Die kognitiven Informationen sind angekommen, wirken aber nicht auf Essverhalten und Präferenzen – eher im Gegenteil.

„Gesundheit“ erzeugt Aversion

Essverhalten wird nicht über Informationen, sondern über Training gelernt. Beobachtungslernen spielt eine wesentliche Rolle. Ge- und Verbote erreichen, auch wenn sie vom Inhalt her richtig sind, eine eher gegenteilige Wirkung auf das reale Essverhalten: Verknappung erhöht die Attraktivität. Der Hinweis auf „Gesundheit“ lässt eher Aversion entstehen. Die Kunst der Erziehung zum günstigen Essverhalten steht in der dosierten Verknappung und der dosierten Wiederholung. Präferenzen bilden sich durch Wiederholungen, denn Kinder wählen keine Speise, weil sie ihnen schmeckt, sondern ihnen schmeckt eine Speise, weil sie sie essen (Mere Exposure Effect). Aversionen bilden sich durch zu rasche Wiederholungen (spezifisch-sensorische Sättigung). Darum verzehrt auch kein Mensch sein Leibgericht täglich.

Die bis heute vorherrschende Ernährungsaufklärung (auch für Kinder und Jugendliche) folgt dem Prinzip der Verhaltensprävention. Es werden (vernünftige) Ratschläge und Empfehlungen abgegeben,

die das Individuum in seinem Verhaltensrepertoire realisieren soll. Die Bilanz nach fünf Jahrzehnten Ernährungsaufklärung ist nüchtern: Übergewicht wie auch ernährungsabhängige Krankheiten steigen an. Offenbar ist das Individuum mit den evolutionsbiologischen Dispositionen, der bewegungsarmen Umwelt und dem Überfluss der Supermärkte überfordert, sein Verhaltensmanagement entsprechend zu gestalten.

Verhältnisprävention im Verkehr

Daher sollte an Verhältnisprävention gedacht werden, deren Ziel es ist, die Lebensbedingungen so zu gestalten, dass aktive Alltagsbewegung und ein günstiges Essverhalten leichter realisiert werden können. Im Straßenverkehr mit über 24.000 Toten/Jahr Anfang der 60er Jahre wurde ganz überwiegend Verhältnisprävention (Beplankung der Autobahnen, Rückhaltesysteme, Geschwindigkeitsbeschränkungen, etc.) eingeführt. Erfolg: Trotz mehr und schnellerer Autos sanken die Todesfälle auf unter 6.000/Jahr.

Es ist schwer nachzuvollziehen, dass im Kindergarten oder in Schulen Speisen angeboten werden, die unter ernährungsphysiologischem Aspekt als „Körperverschwendung“ bezeichnet werden könnten, während – um Haftpflichtansprüche abzuwehren – eine schiefe Treppenstufe mit einem gelb-schwarzen Klebeband gekennzeichnet werden muss (und auch wird).

Der Staat setzt Rahmenbedingungen

Auch der Gesetzgeber ist aufgerufen, Rahmenbedingungen für Verhältnisprävention festzulegen. Warum ist das Fahren ohne Gurt bußgeldpflichtig, nicht aber ein Speisenangebot im Kindergarten, das über die Woche gerechnet die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung für die Nährstoffzufuhr nicht erfüllt? Ähnliches gilt für die gesamte Breite der Gemeinschaftsverpflegung (auch für Erwachsene).

Wenn die Verhaltensprävention um effektive Verhältnisprävention ergänzt wird, wenn statt kognitiver Informationen den Kindern ein emotionales Training ihres Essverhaltens geboten wird, wenn auf Ge- und Verbote verzichtet und auf eine flexible Verhaltenskontrolle gesetzt wird, um den Überfluss zu managen, dann bestehen günstigere Voraussetzungen für eine wirksame Prävention.

Kinder mögen alles essen

Ein Blick über die Küchenkulturen dieser Welt lässt schnell erkennen, dass Kinder lernen, alles zu essen (und zu mögen), was auf dieser Welt essbar ist. Gemeinsam ist ihnen nur die (angeborene) Vorliebe für „süß“. Aber die Vorliebe für Regenwürmer, Spaghetti oder Hunde, die lehrt sie die Esskultur der Region, in der sie geboren wurden. So ist das Problem der Ernährungsprävention eigentlich ein Problem unserer Esskultur mit ihren Rezepten und Angeboten. Wer das akzeptiert, versteht auch, warum nicht Verhaltens-, sondern nur Verhältnisprävention einen Lösungsweg darstellt.

Prof. Dr. rer. nat. Volker Pudel, Dipl.-Psych., geb. 01.03.1944 in Bad Kreuznach. Studium der Psychologie in Göttingen mit Abschluß als Diplom-Psychologe. Promotion 1972 an der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen. 1976 Habilitation für klinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen und Ernennung zum apl. Professor 1982.

Seit 35 Jahren Leiter der Ernährungspsychologischen Forschungsstelle im Zentrum 16: Psychosoziale Medizin. Wissenschaftliche Arbeiten über klinische und experimentelle Fragen des menschlichen Ernährungsverhaltens, zur Hunger-, Appetit- und Sättigungsregulation, über Grundlagen und Therapiemöglichkeiten der Übergewichtigkeit, Magersucht und Bulimia nervosa. Konzeption von präventiven Kampagnen und Entwicklung von Softwaresystemen für die Ernährungsberatung (u.a. Vierjahreszeiten-Kur, PfundsKur, Slimnet).

Über 300 fachwissenschaftliche Publikationen, Handbuchbeiträge und Buchreferate, Testverfahren sowie vier Monografien (Psychogenese und Therapie der Adipositas; Praxis der Ernährungsberatung; Ernährungspsychologie - eine Einführung; Therapie der Adipositas - neue Perspektiven; Adipositas). Kapitelredakteur und Autor bei den Ernährungsberichten 1980, 1984, 1992, 1996 und 2000. 1986-88: Chefredakteur des Ernährungsberichtes 1988. 1988 - 1998: Präsident und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

Vorstandsmitglied der Akademie für Ernährungsmedizin Hannover. Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Sektionsleiter der DGE-Niedersachsen. Vorsitzender des Kuratoriums der Heinz Lohmann Stiftung. Vorsitzender der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e.V. (GDV). Vorstand im Internationalen Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens. Mitglied im Beirat des Nds. Landesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (LAVES). Mitglied im Wehrmedizinischen Beirat des Bundesministers für Verteidigung und im Verbraucherausschuss des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten bis 2002. Mitglied der Regierungskommission „Landwirtschaft und Verbraucherschutz“ in Niedersachsen. Ordentliches Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaft und Künste.

1988: Internationaler Preis für moderne Ernährung, Schweiz.

2001: Preisträger Dr. Rainer-Wild-Stiftung.

2003: Therapiepreis der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG).

Sport und Bewegung in einer Public Health Perspektive

Prof. Dr. Alfred Rütten, Ph.D. Karim Abu-Omar

Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg

Nach der Ottawa Charter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheitsförderung ein Prozess, der Menschen befähigen soll die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderndes Handeln sollte daher u.a. auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik abzielen.

Eine Betrachtung der in der Public Health Verwendung findenden Konzepte zur Förderung körperlicher Aktivität deutet an, dass gerade die traditionellen auf Sport, Training und körperliche Leistungsfähigkeit ausgerichteten Konzepte wenig Übereinstimmung mit einem solchen, von der WHO definierten Ansatz der Gesundheitsförderung aufweisen. Das aktuelle Konzept der „gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität“ (health-enhancing physical activity) erweitert zwar die Wirkungsmechanismen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit um den Bereich der Alltagswelt (aktiver Lebensstil), bleibt aber auch hinter den von der WHO spezifizierten Anforderungen an Gesundheitsförderung zurück.

Aus Sichtweise einer „New Public Health“ ist daher die Entwicklung eines mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung stärker kompatiblen Konzepts zur Förderung körperlicher Aktivität anzuregen. Hierzu scheint das Konzept der „Bewegung“, das Wirkungsmechanismen auf die Gesundheit u.a. auch über Prozesse der sozialen Teilhabe, Befähigung und Beteiligung definiert, geeignet. Nach diesem Konzept beinhalten Maßnahmen zur Bewegungsförderung daher Schlüsselkomponenten des „Empowerments“ und eine auf die Stärken aller Beteiligten ausgerichteten Handlungsstrategie (Health Assets Ansatz). Die Verwendung dieser Komponenten in aktuellen Projekten zur Bewegungsförderung zeigt die Potenziale eines solchen Ansatzes sowohl für die Steigerung von Bewegung als auch die Gesundheitsförderung auf.

Prof. Dr. Alfred Rütten (geb. 1954) ist seit 2001 Ordinarius für Sportwissenschaft und Leiter des Instituts für Sportwissenschaft und Sport an der Universität Erlangen-Nürnberg. Zuvor war er an der TU Chemnitz als Professor für Sportwissenschaft tätig. Seine Abschlüsse (Dr. phil., Dr. phil. habil.) in Sportwissenschaft, Soziologie und Politischer Wissenschaft absolvierte er an den Hochschulen in Aachen und Stuttgart. Es folgten Gastprofessuren an ausländischen Universitäten, zuletzt als Visiting Professor of Public Health an der Yale University, USA. Seine derzeitigen Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen Sportentwicklungsplanung und populationsbezogener Bewegungs- und Gesundheitsförderung. So führt er gegenwärtig internationale Projekte zur Bewegungsförderung bei Erwachsenen in schwierigen Lebenslagen und zur Schaffung eines Europäischen Netzwerks zur Förderung von Bewegung im Alter durch.

Karim Abu-Omar, Ph.D. (geb. 1969) ist seit 2001 Mitarbeiter des Instituts für Sportwissenschaft und Sport an der Universität Erlangen-Nürnberg. Er besitzt einen Abschluß (M.A.) im Fach der Sozialwissenschaften von der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf und einen Ph.D. in Medizinsoziologie von der University of Alabama at Birmingham (USA). Seine spezielle Expertise liegt in den Bereichen der Messung körperlicher Aktivität sowie populationsbezogener Bewegungs- und Gesundheitsförderung. In seiner Arbeit unterstützt er die verschiedenen Forschungsprojekte am Lehrstuhl von Prof. Rütten.

Vorbeugen von Altersdiabetes und Folgeerkrankungen

Prof. Dr. Martin Wabitsch

Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)

Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, 89075 Ulm

E-Mail: martin.wabitsch@uniklinik-ulm.de

Das Problem: die Folgeerkrankungen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland zahlenmäßig bedeutende Gesundheitsstörungen, denen bis vor kurzem keine ausreichende Aufmerksamkeit gewidmet wurde.

Reihenuntersuchungen von Schulkindern zeigen, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland zur Zeit weiter zunimmt. Ihre Häufigkeit ist bei Kindern aus Migrantenfamilien deutlich höher als bei Kindern von einheimischen Familien. Zudem ist das Ausmaß der Adipositas Betroffener in den letzten Jahren massiv angestiegen.

Aus übergewichtigen Kindern werden übergewichtige Erwachsene mit einem hohen Risiko für das Auftreten von Typ-2-Diabetes mellitus (Altersdiabetes), kardiovaskulären und orthopädischen Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen. Hinweise für Entwicklung dieser Erkrankungen können bereits bei übergewichtigen Kindern gefunden werden. Entsprechend dem aktuellen Bericht der International Obesity Task Force (IOTF) vom März 2006 zeigen vorsichtige Berechnungen, dass in der EU bereits ca. 20.000 Jugendliche einen Altersdiabetes haben (meist ohne dies zu wissen). 400.000 haben eine gestörte Glukosetoleranz, 1 Mio. zeigen verschiedene Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und 1,4 Mio. haben eine Fettlebererkrankung.

Eine zentrale Bedeutung für diese Stoffwechselveränderungen hat die Insulinresistenz, d.h. die mangelhafte Wirkung des Hormons Insulin im Körper. Die Wirkung von Insulin wird durch Sekretionsprodukte des Fettgewebes und der Muskulatur, vor allem wenn diese inaktiv ist, gehemmt. Das Zusammentreffen von Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Zuckerstoffwechselstörung wird als metabolisches Syndrom bezeichnet. Das metabolische Syndrom ist der Motor für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen und des Altersdiabetes.

Es ist zu erwarten, dass durch die derzeitige Zunahme der Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und deren Folgen erhebliche Kosten auf das deutsche Gesundheitssystem und die Gesellschaft zukommen werden.

Gibt es eine wirksame Prävention für diese Folgeerkrankungen?

Weltweit werden zur Zeit verschiedene Präventionskonzepte für Kinder verfolgt, um die Epidemie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter und deren immense Folgen einzudämmen. Prospektive Untersuchungen lassen vermuten, dass wirksame Maßnahmen in der Primärprävention über Kindertagesstätten und Schulen (unter Einbeziehung der Eltern) umgesetzt werden können. Die Maßnahmen sollen eine Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei den Kindern und deren Familien hervorrufen. Dabei sind wenige spezifische Verhaltensänderungen besonders bedeutend für die Kontrolle des Körpergewichts:

1. Reduktion bzw. Verzicht auf die Zufuhr von zuckerhaltigen Getränken
2. Vermeidung von energiedichten Zwischenmahlzeiten (Snacks)
3. Sicherstellung von 1-2 gemeinsamen Mahlzeiten zuhause
4. kontrollierter Umgang mit Fastfood
5. Reduktion der Fernseh- und Medienzeit
6. Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag.

Die besondere Bedeutung der körperlichen Aktivität bei der Prävention von kardiovaskulären Risikofaktoren konnte bislang nur in wenigen wissenschaftlichen Arbeiten gezeigt werden. Im Juli dieses Jahres wurden interessante Ergebnisse diesbezüglich im *Lancet* von Lars Andersen und Kollegen publiziert (Lancet 2006; 368: 299-304). Die Autoren zeigen, dass bei den untersuchten 1732 Schulkindern aus 2 Altersgruppen (9 und 15 Jahre alte Kinder) eine negative Beziehung zwischen dem Grad der körperlichen Aktivität (Accelerometer) und der Insulinresistenz sowie den kardiovaskulären Risikofaktoren besteht. Aus einer detaillierten Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der körperlichen Aktivität und dem Risikoprofil (Cluster von Risikofaktoren) schließen die Autoren:

Für die Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Schulkindern ist eine moderate körperliche Aktivität von > 1 Stunde/Tag notwendig.

Dieses Ziel für alle Kinder und Jugendliche in Deutschland umzusetzen ist sicher schwierig.

Angesichts der genannten Prävalenzzahlen wird allerdings auch deutlich, dass die Ursache von Übergewicht und den Folgeerkrankungen nicht alleine im individuellen Verhalten einzelner Kinder und deren Familien zu suchen ist. Sie liegt vielmehr in den sich deutlich geänderten Lebensbedingungen, in denen unsere Kinder aufwachsen. Diese haben einen starken und schwer kontrollierbaren Einfluss auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Dies bedeutet, dass zukünftig verhaltenspräventive Maßnahmen auf verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Ebenen unterstützt werden müssen (Verhältnisprävention) (s. Netzwerk kausaler Faktoren unter <http://www.a-g-a.de>).

Prof. Dr. Martin Wabitsch, geb. am 12.06.1963 in Geislingen studierte Medizin an der FU Berlin und der Universität Ulm. Er erhielt seine klinische Ausbildung am Johns Hopkins Hospital in Baltimore, USA und an der Universitätsklinik in Ulm. Seine wissenschaftliche Ausbildung absolvierte er bei Prof. Ernst-Friedrich Pfeiffer, Prof. Hans Hauner und Prof. Eberhardt Heinze, Ulm sowie bei Prof. Gérard Ailhaud, Nizza und Prof. Pierre de Meyts, Kopenhagen. Prof. Wabitsch ist zur Zeit Leiter der Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin in Ulm.

Schon während des Studiums und seiner Promotion beschäftigte er sich mit Stoffwechselveränderungen bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen sowie mit der Physiologie des humanen Fettgewebes (Thema der Dissertation: „Entwicklung des Fettgewebes im Kindes- und Jugendalters“ Note: summa cum laude).

Stimuliert durch die Ergebnisse der Bogalusa Heart Study und anderen Veröffentlichungen zum Thema „Arteriosklerose-Entwicklung im Kindes- und Jugendalter“ begann er mit ausführlichen Untersuchungen zur Komorbidität der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Murnauer Komorbiditätsstudie).

Bereits 1991 präsentierte Prof. Wabitsch Daten zum metabolischen Syndrom (Syndrom X) bei Kindern auf der Jahrestagung der European Society for Pediatric Endocrinology in Berlin. In den Folgejahren publizierte er zahlreiche wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Komorbidität der Adipositas bei Kindern und des Auswirkungen des Bewegungsmangels und der Überernährung. Die zentralen Fragestellungen dabei waren die Zusammenhänge zwischen der Körperfettverteilung und der Insulinresistenz, den Blutfettwerten und dem Blutdruck. Prof. Wabitsch publizierte die ersten Prävalenzahlen zum Vorkommen des Prä-Diabetes und Typ-2-Diabetes bei adipösen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diese Untersuchung wurde mit einem Forschungspreis der Deutschen Diabetes Gesellschaft ausgezeichnet.

Neben den klinischen Fragestellungen bearbeitete er Fragestellungen in der Grundlagenforschung zum Thema „Physiologie und Pathophysiologie des humanen Fettgewebes“. Besonders hervorzuheben ist, dass seine Arbeitsgruppe die bislang einzige humane Adipozyten-Zelllinie entwickelte. Mit Hilfe dieser Zelllinie lässt sich die Regulation von Sekretionsprodukten der Adipozyten (z. B. Adiponektin) ideal untersuchen. Die Zelllinie, die aufwändige Tierexperimente heute teilweise überflüssig macht, wird heute in über 50 Forschergruppen weltweit verwendet. Die Forschungsarbeiten wurden unterstützt durch die DFG, das BMBF sowie von verschiedenen Stiftungen und Kooperationspartnern aus der Industrie.

Anlässlich des 6. Workshops der European Childhood Obesity Group 1996 in Ulm (Präsident: Prof. Wabitsch) wurde die Idee einer pädiatrischen Fachgesellschaft geboren, die 1997 innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft gegründet wurde. Die sehr aktive Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA),

die über 100 Mitarbeiter hat, kümmerte sich unter Leitung ihres Sprechers, Herrn Prof. Dr. Wabitsch, in den Folgejahren intensiv um die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und dem metabolischen Syndrom. Dabei wurden folgende Ergebnisse erzielt:

- Erstellung von AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie und Prävention bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter (s. www.a-g-a.de).
- Erfassung aller Therapie- und Präventionskonzepte in Deutschland
- Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes zur Betreuung und Schulung betroffener Kinder und ihrer Familien (Trainermanual KGAS „Leichter, aktiver, gesünder“, eine Gemeinschaftsproduktion des aid, der DGE und der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“).
- Entwicklung eines EDV-basierten Dokumentationssystems (apv) zur Qualitätssicherung von Therapiemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas.
- Erstellung des Konsensuspapier zur Finanzierung von Leistungen zur Versorgung adipöser Kinder unter besonderer Berücksichtigung von kardio-vaskulären Risikofaktoren in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem medizinischen Dienst der Spitzenverbände und dem BMGS. Das Papier wurde von Frau Ministerin Schmidt im Herbst 2004 als Empfehlung veröffentlicht.

Die Publikationsliste von Professor Wabitsch beinhaltet über 200 Veröffentlichungen (Originalarbeiten in peer reviewed Journalen, Übersichtsarbeiten, Lehrbuchartikel, Berichte). Erfreulicherweise wurden mehrere Forschungsprojekte im Jahr 2005 positiv begutachtet:

- Regulation der Apoptose in humanen Adipozyten (DFG).
- Adipositasprävention bei Schulkindern (URMEL-ICE) (Landesstiftung Baden-Württemberg, Teilprojekt)
- Regulation der Adiponektinsekretion in humanen Adipozyten (Landesforschungsschwerpunkt, Teilprojekt)

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, geboren 1945. Wirtschaftswissenschaftliches Studium, Universität Berlin

Promotionsabschluss 1977 zum Dr. rer. pol. in Volkswirtschaftslehre/Politische Ökonomie an der Universität Bremen. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Internationalen Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung (WZB).

1988 Habilitation und Privatdozent für Sozialwissenschaften/Gesundheitspolitik an der Universität Bremen.

Bis 1994 Leiter der Forschungsgruppe "Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik" im WZB.

1996 Professor für Sozialwissenschaften/Gesundheitspolitik an der Technischen Universität Berlin

Seit 1995 Leiter der Forschungsgruppe "Public Health" im Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB), Berlin

Seit 1999 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG)

Mitglied des Vorstands des Berliner Zentrums Public Health und Sprecher des Forschungsbereiches "Arbeit & Gesundheit". Mitglied des Nationalen Aids-Beirates; Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.