

Landesvereinigung
für Gesundheit
Niedersachsen e.V.

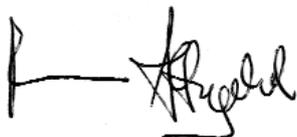
Adipositas – Epidemie oder Hysterie?

Die Konjunktur von Präventionsthemen lässt sich an der derzeitigen aufgeregten Debatte um Übergewicht sehr deutlich nachvollziehen. Als vor drei Jahren das Gesundheitsziel ›gesund aufwachsen‹ durch gesundheitsziele.de definiert wurde, waren das Übergewicht von Kindern und der Bewegungsmangel noch ein Randthema in der Präventionsdiskussion. Die Datenlage zu diesem Themenbereich war jedoch damals schon schlecht. In Deutschland fehlen bislang Studien, die an repräsentativen Stichproben durchgeführt wurden. Die Zahlen der vorhandenen Studien schwanken ungeheuer. Ist nun jedes vierte oder jedes fünfte oder doch nur jedes zehnte Kind übergewichtig? Auch in diesem Newsletter ist es uns nicht gelungen, eine einheitliche, fachliche Meinung über das genaue Ausmaß des Problems herzustellen.

Die Beiträge des Heftes haben jedoch eines gemeinsam: Sie beleuchten die Bedingungen des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen und versuchen, abseits der Präventionsmode ›Hauptsache Adipositas‹, Handlungsbedarfe und -möglichkeiten genau zu skizzieren. Sie zeigen auch die soziale Dimension des Problems, die Klaus Hurrelmann in seinem Eröffnungsbeitrag als ›schweren Start ins Leben‹ charakterisiert. Adipositas im Kindesalter ist ein Beispiel für sozial bedingte Ungleichheiten in Gesundheit und Krankheit sowie für mangelnde Bewegungsräume und -anreize für Kinder und Jugendliche in einer überwiegend nur maschinengestützten ›mobilen Gesellschaft‹.

Aufgrund der Fülle von neuen Aktivitäten in diesem Bereich ist auch die Rubrik Aktuelles sehr übergewichtsgeprägt. Über die dann – hoffentlich endgültigen – neuen Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland berichten wir in unserer nächsten Ausgabe wieder ausführlich. Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten ›Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege‹ (Redaktionsschluss 22.04.2005) und ›Soziale Netzwerke und Gesundheit‹ (Redaktionsschluss 22.07.2005). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Anregungen und Beiträgen zu beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Altgeld und Team

Inhalt

	Seite
■ Der schwere Start ins Leben	... 2
■ Ist Adipositas die Epidemie des 21. Jahrhunderts?	... 3
■ Dick oder dünn, fett oder schlank?	... 5
■ Eine Welle dicker Kinder	... 6
■ Die Verhältnisse machen dick	... 7
■ Übergewichtige Kinder und Jugendliche im Schulsport	... 8
■ Adipositasprävention – Aufgaben der Gesundheitsförderung	... 9
■ Kritischer Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten der Adipositas	... 10
■ Armut und Ernährung	... 11
■ Übergewicht bei Kindern am Schulbeginn in Niedersachsen	... 12
■ Kommentar zur Heidelberger Erklärung	... 14
■ Das Anti-Diät-Prinzip	... 15
■ Plattform Ernährung und Bewegung e.V.	... 15
■ Durch unabhängige Beratung mehr Patientenautonomie	... 16
■ Prävention und Therapie von Adipositas als Herausforderung für Physio- und Ergotherapie	... 17
■ Konsensuspapier Adipositasbehandlung im Kindesalter	... 18
■ Gesundheitsfördernde Hochschulen – neue Entwicklungen	... 18
■ ›wir frühstücken‹ – machen Sie mit	... 19
■ Was esse ich da eigentlich	... 19
■ Peine speckt ab – Gesundheitsbündnis für den Landkreis Peine	... 20
■ Gesundheit mit Genuss in der Gemeinschaftsverpflegung	... 21
■ Fit von klein auf	... 21
■ M.O.B.I.L.I.S. – Schulungsprogramm für Übergewichtige Erwachsene	... 22
■ Internetlinks	... 26
■ Impressum	... 13

Der schwere Start ins Leben – Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen verbreitet sich immer stärker und immer schneller. Noch ist die interdisziplinäre Forschung unsicher, welches die Ursachen sind und wie effektive Präventionsansätze aussehen können.

Eine gesunde Entwicklung von Kindern ist nur möglich, wenn gezielte Anforderungen und individuelle Förderungen der körperlichen, psychischen und sozialen Kompetenzen und Anpassungsmechanismen angeboten werden. Übergewicht ist im Kern durch ein Defizit von Entwicklungsimpulsen und Herausforderungen zu erklären.

Der genetische Faktor wird überschätzt

Offensichtlich ist ein genetischer Defekt ein Ausgangsfaktor. Er wird aber in der Ursachenforschung oft überschätzt. Er führt nicht direkt zum Übergewicht, sondern zu einer erhöhten Prädisposition – einer Anfälligkeit, die sich erst im Zusammenspiel mit ungünstigen sozialen und physischen Umweltbedingungen und einem ungeeigneten Ernährungs-, Bewegungs- und Bewältigungsstil ausprägt.

Das scheint heute der Fall zu sein. Vor allem körperliche Inaktivität muss als Risikofaktor angesehen werden. Das Sitzen an Fernsehern und Computern ist schon für Kinder charakteristisch, auch die Freizeitformen im Erwachsenenalter sind meist körperlich passiv. Hierdurch wird die Grundumsatzrate des gesamten Stoffwechsels abgesenkt und der Energieverbrauch stark reduziert. Dennoch werden von vielen Kindern große Mengen an Nahrungsmitteln aufgenommen, und diese auch noch in ungünstiger Zusammensetzung. Die Energiebilanz gerät aus dem Ruder, der Körper hat keine Gelegenheit, die zugeführten Energiemengen zu verwerten.

Übergewicht als Vorläufer für chronische Krankheiten

Übergewichtige Kinder haben ein hohes Risiko für schwere chronische Krankheiten, vor allem Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Haltungsschäden und psychosoziale Probleme bis hin zu Depressionen.

Weil sich chronische Krankheiten während des gesamten Lebens aufbauen, findet das Lebenslaufkonzept in der Gesundheits- und Krankheitsforschung immer größere Resonanz. Das menschliche Leben wird demnach vom Fötus im Mutterleib über Geburt, Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben bis ins hohe Alter hinein als ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess gesehen, bei dem jeder neue Entwicklungsschritt auf früheren aufbaut.

Sozialkulturelle Lebensstile und Bewältigungsmuster

Die interdisziplinäre Gesundheits- und Krankheitsforschung findet immer mehr Belege für die Verankerung chronischer Krankheiten im lebenslang anhaltenden Lebensstil, also der Gesamtheit der Verhaltensmuster, die auf die körperliche und psychische Gesundheit Einfluss nehmen. In der Regel kommt es dabei zu einer Häufung von gesundheitsschädigenden Lebensstilen bei Menschen mit geringem Bildungsgrad und niedrigem sozioökonomischen Status. Übergewichtige Kinder und Jugendliche finden sich in allen Untersuchungen weltweit vor allem in den niedrigen sozialen Schichten. Von entscheidender Bedeutung sind das Ernährungs- und Bewegungs-

verhalten und das Verhalten bei der Bewältigung von psychischen und sozialen Spannungen, wozu als besondere Komponente der Konsum von psychoaktiven Substanzen (Suchtstoffen) gehört.

Eine anregende und herausfordernde soziale und physische Umwelt für Kinder und Jugendliche hat große Bedeutung. Gelingt es Familien, Kindertagesstätten und Schulen nicht, Kindern Impulse für Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zu geben und ihnen Anregungen und Strukturen für die Gestaltung des täglichen Lebens zu vermitteln, dann brechen die Selbstregulationsmechanismen für Körper und Psyche zusammen. In unseren individualisierten Gesellschaften ist diese persönliche Kompetenz heute unabdingbar. Das ›Ausweichen‹ in Übergewicht kann als einer von mehreren Mechanismen der Fehlanpassung und der unproduktiven Verarbeitung der Lebensrealität gewertet werden.

Hygiene und körperliches Training

Die bisherige Forschung zur Entstehung von chronischen Krankheiten weist auf den Hygienefaktor hin, der gegenwärtig in der Fachdiskussion noch unterschätzt wird. Damit wird ein altes Public-Health-Konzept wie das Hygiene-Konzept wieder entdeckt. Es geht davon aus, dass Kinder und Jugendliche heute nicht nur wegen Fehlernährung und Bewegungsmangel, sondern auch wegen der falschen Hygienestandards in den wohlhabenden westlichen Ländern kein angemessenes Training ihres Immunsystems erleben. Sie halten sich überwiegend in geschlossenen Räumen auf, deren hygienische Standards übertrieben hoch sind. Dadurch sind sie von der Möglichkeit ausgeschlossen, ihren Körper auf Abwehrstoffe hin ausreichend vorzubereiten. Das Spielen im Freien, das Wühlen und Graben im Boden und Dreck, die Auseinandersetzung mit infektiösen Erregern und anderen Keimen – alle diese Trainingseffekte kommen zu kurz. Die körpereigene Abwehr kann sich nicht ausreichend mit infektiösen Agentien auseinandersetzen, es kommt zu Fehlentwicklungen des immunologischen Abwehrsystems.

Präventionsstrategien

Für Präventionsansätze bedeuten diese Überlegungen, in Familie, Kindergarten und Schule und möglichst auch im kommunalen Raum Einfluss auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Bewältigungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu nehmen, um sie zu einer strukturierten Alltagsgestaltung anzuregen. In die Familienerziehung gehören in diesem Zusammenhang Angebote für das Elterntaining, um die vorherrschende Unsicherheit im Umgang mit den eigenen Kindern abzubauen und Mut für einen Erziehungsstil zu wecken, der Anerkennung, Anregung und Anleitung miteinander kombiniert. In den Kindergärten sind Impulse wichtig, um alle Sinne anzuregen und zu koordinieren, soziale Regeln zu erlernen und mitzugestalten, den Körper zu stählen und Naturerlebnisse zu intensivieren. Im schulischen Bereich müssen diese Impulse fortgesetzt werden und in ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Resilienztraining münden. In allen Bereichen ist eine stabile emotionale Beziehung zu einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson

Thomas Lob-Corzilius

Ist Adipositas die Epidemie des 21. Jahrhunderts?

notwendig, um ein emotional positives und unterstützendes Erziehungsklima mit klaren Strukturen und Beziehungsangeboten aufzubauen. Ein aktives und nicht nur reaktives, vermeidendes oder passives Bewältigungsverhalten bei körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen muss im Vordergrund der Präventionsprogramme stehen.

Persönlichkeitsstärkung und Kompetenzbildung

Auch bei der Prävention von Übergewicht zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass Kinder und Jugendliche Anweisungen für ein verändertes Ernährungs-, Bewegungs- und Stressbewältigungsverhalten als Einschränkung empfinden und deswegen nicht in ihr dauerhaftes Verhaltensrepertoire übernehmen. Stattdessen benötigen sie Hinweise und Impulse für die selbständige Gestaltung ihres Alltagsverhaltens mit klaren Strukturangeboten. Dazu gehört ein umfassendes Wahrnehmungstraining durch die Förderung aller Sinne durch ausreichende Erfahrungen und Herausforderungen beim Denken und Kombinieren, Greifen und Fassen, Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Sprechen und Gefühle zeigen. Werden die Fähigkeiten des Kindes nicht herausgefordert, können sie sich nicht optimal entfalten und vor allem nicht in Vernetzung zueinander treten. Diese Vernetzung scheint nach den Erkenntnissen der Gehirnforschung wiederum eine Voraussetzung dafür zu sein, dass eine intakte Weiterentwicklung der Gesamtpersönlichkeit möglich wird.

Die bisherigen Erfahrungen mit Präventionskonzepten haben gezeigt, dass von den genannten Risikofaktoren der Faktor Bewegung eine Schlüsselrolle hat. Über die körperliche Aktivität lassen sich fast alle übrigen Risikofaktoren im Lebensstil- und Hygienebereich beeinflussen.

Der Reformpädagoge Kurt Hahn weist zurecht darauf, dass die menschliche Gattung ein hohes Ausmaß von körperlicher Aktivität benötigt, um alle physiologischen und psychischen Funktionen »am Laufen« zu halten. Durch körperliche Aktivität können die natürlichen inneren Spannungen abgebaut werden, kommt es zu Entdeckungs- und Erkundungsverhalten, zu Strukturierungen und Gestaltungen der Lebenssituation, zum Aneignen der räumlichen Umwelt. Über Bewegung erschließen sich neue Möglichkeiten des Austausches mit der sozialen und physischen Umwelt, die auf das Ernährungs- und gesamte Sozialverhalten Auswirkungen haben.

Fazit

Es spricht also vieles dafür, die Prävention von Übergewicht und Adipositas in ein breites salutogenes und sozialisationsbezogenes Konzept einzubeziehen, das die gesamte persönliche Entwicklung des Kindes stärkt und vielfältige Lebenskompetenzen trainiert. Das pädagogische Prinzip, Kinder durch eine Kombination von Fordern und Fördern »für das Leben stark zu machen«, sollte dabei die Leitorientierung sein.

PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, *Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Tel.: (05 21) 106 46 69, Fax: (05 21) 106 64 33, E-Mail: klaus.hurrelmann@uni-bielefeld.de, www.uni-bielefeld.de/gesundhw*

Im Report der WHO-Consultation 2000 wird von der Adipositas als der globalen Epidemie des kommenden Jahrhunderts gesprochen und auf den dramatischen Anstieg der Fettleibigkeit bei Erwachsenen und Kindern seit 1980 verwiesen. Eine mittlerweile nur noch von Epidemiologen zu überschauende Vielzahl an Erhebungen und Publikationen weltweit untermauert diese Aussagen. So hat sich die Adipositasprävalenz von Erwachsenen, d.h. die zum Erhebungszeitpunkt vorfindbare Häufigkeit, in den USA binnen eines guten Jahrzehnts (1991 bis 2002) landesweit verdoppelt von durchschnittlich 10–15% auf 20–25%. Laut dem Bundesgesundheitsurvey von 1998 haben im Durchschnitt jede und jeder fünfte Bundesbürger eine Adipositas, jede und jeder dritte sind übergewichtig.

Für Kinder und Jugendliche sieht die Datenlage für den Anstieg der Adipositas im Kern nicht besser aus. Waren in den USA 1980 noch ca. 6% aller Kinder zwischen 6–11 Jahren adipös, stieg ihre Zahl auf 15% im Jahr 2000. In Europa findet sich die gleiche Tendenz mit eindeutigem Nord-Süd-Gefälle: je südlicher die Kinder aufwachsen, umso dicker sind sie. So leben in Malta und Süditalien ca. 35% übergewichtige und adipöse Kinder, während es in Skandinavien nur 15% sind. Aber es bestehen auch regionale Unterschiede: so leben in den Niederlanden nur 12% übergewichtige und adipöse Kinder, während es in Deutschland 16% sind.

Bei der Suche nach den Ursachen sind sich viele Forschende sowie Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber die Medienöffentlichkeit einig: zu kalorienreiche Nahrung und zu wenig Bewegung, nicht selten mit der Zuschreibung verknüpft: die Menschen sind daran selber schuld.

Damit müsste der Artikel hier schliessen, die Epidemie wäre eindeutig bestätigt und Handlungskonsequenzen wären »vernünftiges« Essen und mehr Bewegung. Doch so einfach ist weder die Datenlage zu interpretieren, noch ein problemangemessenes Handlungsmodell zu etablieren.

Die Relativität der Zahlen

Die Probleme beginnen schon mit der Definition dessen, was Übergewicht und Adipositas eigentlich sind. Dazu hat die WHO nach internationaler Übereinkunft den Body-Mass-Index eingeführt, der sich im Prinzip aus den gemessenen Werten von Körpergewicht in kg geteilt durch Körperlänge in Metern zum Quadrat leicht errechnen lässt. Wesentlich daran ist die Tatsache, dass dabei Körpertrocken- und -fettmasse nicht getrennt erfasst werden. So hat ein muskelbepackter Bodybuilder einen genauso hohen BMI wie ein fettleibiger Mann gleicher Größe. Für große bevölkerungsbezogene Untersuchungen können aber bislang keine Impedanzwaagen zur Differenzierung der Körpermassen eingesetzt werden, die zudem ihre eigenen Fehlerquellen haben.

Der BMI ist zwar weltweit akzeptiert, jedoch haben allein Experten die Normen zu Übergewicht und Adipositas definiert: Übergewicht beginnt geschlechtsunabhängig bei Männern und Frauen mit einem BMI größer 25 und kleiner 30. Die Adipositas ersten Grades besteht ab einem BMI von 30 bis 35, die zweiten Grades von einem BMI ab 35 bis 40, die extreme Adipositas liegt bei einem BMI größer 40 vor.

Bei wachsenden und auch natürlicherweise an Gewicht zunehmenden Kindern und Jugendlichen ist das Definitionsproblem ungleich schwieriger. Zum einen müssen Altersklassen möglichst jahrgangsweise gemessen werden, ferner müssen die Erhebungen nach Mädchen und Jungen getrennt erfolgen und der Messzeitraum muss klar bestimmt sein. Auf diese Weise lassen sich dann sog. Perzentilenkurven bestimmen, die eine Verteilung des BMI nach Geschlecht und Alter aufzeigen. Wiederum definitorisch ist dann weltweit das Übergewicht von Kindern und Jugendlichen festgesetzt: es liegt über der 90. Perzentile, d. h. nur noch 10% haben einen darüber liegenden BMI. Bei der Adipositas im Kindes- und Jugendalter liegt der BMI in Europa über der 97. Perzentile, während er in der oben zitierten amerikanischen Studie oberhalb der 95. Perzentile liegt. Und flugs gibt es in den USA schon 2% mehr adipöse Kinder und Jugendliche!

In Deutschland basieren die von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter – www.a-g-a.de – aktuell benutzten Perzentilenkurven auf einem Datenpool aus verschiedenen regionalen Erhebungen zwischen 1985 und 1999 mit insgesamt 34.500 deutschen Mädchen und Jungen von 0–18 Jahren. Genauere Daten wird erst der zur Zeit laufende Kinder- und Jugendgesundheitsurvey in 2–3 Jahren erbringen. Für internationale Vergleiche werden die Perzentilen nach Cole benutzt, die etwas von den deutschen abweichen.

Im Laufe ihrer Geschichte sind die Menschen größer und schwerer geworden. Daran wird deutlich, dass auch in Zukunft mindestens einmal pro Jahrzehnt eine solche Erhebung wiederholt werden muss, um solide Bezugsdaten zu haben. Dies gilt nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern muss auch für Erwachsene und nach Geschlechtern getrennt erfolgen.

Somit könnte angesichts der genannten methodischen Probleme Entwarnung gegeben werden nach dem Motto: ›alles nicht so schlimm‹ oder ›nur ja keine Hysterie!‹ Auch dies ist im Mediensommer 2004 geschehen. Festzuhalten bleibt aber, dass man mit der BMI-Bestimmung ein weltweit mit wenig Aufwand einsetzbares Instrument in der Hand hat, das, mit Augenmass genutzt und richtig interpretiert, wichtige epidemiologische Aussagen ermöglicht. So gesehen besteht kein vernünftiger Zweifel an einer massenhaften Zunahme der Adipositas weltweit; dies betrifft Junge wie Alte gleichermaßen. Ob dies schon eine Epidemie ist oder ›nur‹ ihr Anfang, wird interessegeleitet interpretiert.

Nach den bisherigen humangenetischen Erkenntnissen gehen mindesten 50% der Unterschiede des BMI in einer Bevölkerung auf die unterschiedlichen genetischen Anlagen zurück. Die beeinflussbaren Faktoren Bewegung und Ernährung, aber auch die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen ergänzen sich zu 100%. Dabei bestehen viele, meist noch unbekannte Verknüpfungen, denn direkt und indirekt haben die genetischen Faktoren Einfluss auf unseren Stoffwechsel und unser Verhalten bzgl. Energieaufnahme und -verbrauch. Auch menschheitsgeschichtlich war die Fähigkeit zur optimalen Fettspeicherung für das Überleben in Hungerperioden wichtig. Die genetische Ausstattung vieler Menschen ist damit für ein ständig im Überfluss vorhandenes Nahrungsangebot und das heutige bewegungsarme Leben eher ungünstig.

Machen Adipositas und Übergewicht krank?

Nach allen vorliegenden medizinischen Daten muss diese Frage bejaht werden, wenn die Adipositas über Jahre hinweg besteht oder wie so oft noch zunimmt. Sie verursacht u.a. das metabolische Syndrom, bekannt als ›tödliches Quartett‹ aus Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz und Typ 2-Diabetes sowie Bluthochdruck und Gicht. Herzinfarkte, Hirschnschläge und auch orthopädische Invalidität schon im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt können die Folge sein, oder sie führen zum frühzeitigen Tode. Die Einbußen an Lebensqualität und die Gefahr psychosozialer Vereinsamung sind dabei noch gar nicht erfasst.

Gilt dies auch schon für Kinder und Jugendliche? Ist die Adipositas > der 97. Perzentile schon eine Krankheit oder noch eine chronische Gesundheitsstörung, die, unbeeinflusst, in das metabolische Syndrom einmündet? Medizinisch gesehen ist die Frage zu bejahen, sozialrechtlich ist sie aber noch nicht entschieden. Macht aber auch Übergewicht (BMI > 25 < 30) Erwachsene schon nachweisbar krank? Bislang fehlt hier ein gesicherter Zusammenhang für eine lineare oder gar supra-lineare Zunahme an Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und orthopädischen Problemen in Abhängigkeit von je einem zusätzlichen BMI-Punkt. Klarheit können hier nur groß angelegte Studien bringen, in denen neben dem jeweiligen BMI auch nach der individuellen Trocken- und Fettmasse differenziert werden muss.

Fazit

Abschließend sei festgehalten, dass die in den Ländern der ›ersten‹ Welt eindeutig belegbare Zunahme der Adipositas eine historisch bislang noch nicht da gewesene sozialmedizinische, politische und ökonomische Herausforderung darstellt. Unbeeinflusst wird die Adipositas mit ihren krankmachenden Folgen sicher epidemische Ausmaße erreichen, wie dies für die USA und einige europäische Staaten schon jetzt gilt. Handlungsoptionen müssen sich sowohl Konzepten der Verhaltens- wie der Verhältnisprävention bedienen. Angesichts der komplexen Zusammenhänge sind jedoch vor-schnelle Schuldzuweisungen, besonders an die Adresse der Betroffenen, überflüssig und erwiesenermaßen unwirksam.

DR. THOMAS LOB-CORZILIUS, *Kinderhospital Osnabrück*,
Iburger Str. 187, 49082 Osnabrück, Tel.: (05 41) 5 60 21 14,
E-Mail: lob@kinderhospital.de

Sigrid Stöckel

Dick oder dünn, fett oder schlank? Kulturelle und historische Betrachtung des Körpergewichts

Die Geschichte der Leibesfülle, des Übergewichts oder der Fettleibigkeit kann unter biologisch-anthropologischen, medizinhistorischen oder kulturhistorischen Aspekten betrachtet werden. Aus jeder Perspektive ergeben sich andere Befunde, die jeweils unterschiedliche Konsequenzen erfordern.

Anthropologisch gesehen lebten Menschen ursprünglich als Nomaden, die sich ihre Nahrung erjagen oder mühsam sammeln mussten. Entsprechend stellen wir uns unsere Vorfahren und damit die Grundform unserer körperlichen Existenz schlank, sehnig und schnell vor – so ähnlich wie die 1.000-m-Läufer und -Läuferinnen bei der Olympiade, die federnd, muskulös und offensichtlich ohne Ballast ihre Bahnen ziehen. Jede Abweichung von dieser Körperform dokumentiert demnach eine grundlegende Verfehlung. Eine Orientierung an dieser Vorstellung führt zu der Vermutung, vom Nomadenleben habe eine geradlinige Entwicklung bis in die Gegenwart stattgefunden, in deren Verlauf die Menschen sich immer weniger bewegten, immer mehr Nahrung aufnahmen und dadurch immer dicker wurden. Entsprechend wäre zu erwarten, dass der Body-Mass-Index im Verlauf der Jahrhunderte gleichmäßig zugenommen hat und dieser Prozess sich in der Gegenwart beschleunigt. Sowohl eine Zunahme an Körperfülle als auch an Problembewusstsein diesem Phänomen gegenüber wären damit zwangsläufig und naturgegeben.

Ein Blick auf die Geschichte zeigt, dass die historische Entwicklung komplexer ist und von weiteren Faktoren beeinflusst wird. Im »Universalexikon aller Wissenschaften und Künste« aus dem Jahre 1734 wird »Fett« als nützlich angesehen, weil es vor Kälte, schädlichen Salzen und Stößen »wie ein Kissen« schütze sowie »die leeren Stellen« fülle und damit der »Schönheit im Gesicht dienlich« sei. Die »Dickigkeit des Leibes« wird jedoch als »sehr beschwerlich« und mit »Engrüstigkeit und anderen Krankheiten« verbunden geschildert. Dabei werden Personen mit einem Körpergewicht von bis zu sechs Zentnern erwähnt und beschrieben, wie der Bauch eines derartig Übergewichtigen von Hilfspersonal in einem Handtuch getragen werden musste, wenn der bedauernswerte Mensch sich zu seinem Arbeitsplatz begab. Eine derartige Leibesfülle wurde zwar als für die Betroffenen belastend wahrgenommen, aber sie führte nicht zu einer Diffamierung.

Etwa 100 Jahre später wird im »Encyclopädischen Wörterbuch medicinischer Wissenschaften« berichtet, der übermäßige Fettansatz sei auf »Überfluss der Nahrung« und »versäumte Muskelbewegung« zurückzuführen. Es gebe jedoch wohlgenährte und korpulente Menschen, die nicht fett seien. Die eigentliche Ursache liege in unbekanntem »inneren dyskrasischen (Dyskrasie = fehlerhafte Zusammensetzung des Blutes) Momenten«. Nach Berichten über außerordentliche Gewichtszunahmen und den fließenden Übergang hin zu krankhaften Störungen heißt es: »Die ganze Gestalt des Körpers macht einen widrigen, unangenehmen Eindruck, und die Atmosphäre um solche Menschen sei besonders im Sommer »sehr unangenehm für die Nase«.

Die Wahrnehmung des Übergewichts verändert sich. Das ungläubige Staunen vor der Körperfülle weicht einer kritischen Beurteilung – nicht nur des Gesundheitszustandes,

sondern der Abweichung von der Norm und ihrer ästhetischen Konsequenz.

Einen Hinweis auf das, was da verloren geht, findet sich in einem Märchen aus der Mitte des 18. Jhs: Zwei Schwestern – die eine geizig, die andere hilfsbereit – haben einen Wunsch frei. Die Geizige wünscht sich, die Frau eines Königs zu werden. Bei Hofe erfährt sie Missgunst, und der König lässt sie bald links liegen. Daraufhin flieht sie zu ihrer Schwester, die sich nur einen Bauernhof gewünscht hat und dort mit ihrem Mann und den beiden Kindern fröhlich lebt. »Sie sieht so zufrieden aus und ist so dick und fett geworden, dass die [abgemagerte] Königin weint«. Die Körperfülle ist hier ein Zeichen des Glücks, gleichbedeutend mit einer Unabhängigkeit von den Regeln der höfischen Gesellschaft. Das höfische Leben galt als Vorbild der Zivilisiertheit und verlangte, Temperamente, Gefühle und Leidenschaften zu zügeln und körperliche Wünsche zu beherrschen. Dicksein hingegen bedeutete eine gewisse Autonomie und Unabhängigkeit von derartigen Ansprüchen und Anforderungen. Diese Vorstellung hat Parallelen in der Gegenwart, wenn das Abnehmen oder Nicht-Zunehmen als angemessene zivilisatorische Leistung gefordert und eine Körperfülle, die entgegen der gesellschaftlichen Norm aufrecht erhalten wird, als »unbotmäßig« empfunden wird.

Mittlerweile befinden sich Übergewichtige in einem Dilemma: Einerseits haben sich im 20. Jh. Ernährung und Bewegung in einer Weise verändert, die zu einer Zunahme von adipösen Menschen führt. In der zweiten Hälfte des 20. Jhs werden nicht nur mehr, sondern auch anders zusammengesetzte Lebensmittel gegessen. Industriell veränderte Nahrung, die möglichst marktgerecht und attraktiv gestaltet wird, enthält häufig einen hohen Anteil an so genannten »versteckten Dickmachern«. Gleichzeitig gibt es weniger Notwendigkeiten und Möglichkeiten, sich im Alltag körperlich zu bewegen. Diese Faktoren, die zu einer Steigerung des Übergewichts führen, machen eine Seite der Schere aus, mit der auf Übergewichtige »zugegriffen« wird. Die Schere greift inzwischen schärfer als im 19. Jh., weil in epidemiologischen Studien bereits »Korpulenz« als gesundheitliches Risiko identifiziert wurde und damit nicht nur ausgesprochene »Dickleibigkeit« als mögliches gesundheitliches Risiko angesehen wird. Gleichzeitig besteht die Erwartung, dass jeder seinen – beziehungsweise jede ihren – Körper beherrschen oder »managen« kann und muss. Appelle an die Vernunft und Disziplin, die Nahrungsaufnahme zu reduzieren und sich mehr zu bewegen, sind zumindest im öffentlichen Diskurs an die Stelle des Eingeständnisses früherer Jahrhunderte getreten, dass »innere dyskrasische Momente« für eine krankhafte Körperfülle verantwortlich sind.

Zwischen diesen beiden Schenkeln der Schere scheint das Phänomen »Übergewicht« heute festzustecken. Aus anthropologischer wie auch medizinischer Sicht ist zu wünschen, das Nahrungsangebot besser auf unsere biologischen Bedürfnisse auszurichten – im Sinne der WHO-Forderung »Make the healthier choice the easier choice«. Unter demselben Motto ist eine allgemeine Bewegungskultur zu schaffen, da Bewegung nicht nur Kalorien verbraucht, sondern auch die Stoffwech-

selvorgänge positiv beeinflusst. Aus kultureller Perspektive dürfen Glück und Zufriedenheit sowie Eigenständigkeit und Autonomie, die im Märchen durch Körperfülle symbolisiert sind, keinesfalls für Gesundheit geopfert werden. Zu suchen sind Konzepte, die Gesundheit und die symbolischen und realen Qualitäten der Körperfülle möglichst weitgehend verbinden.

DR. SIGRID STÖCKEL, *Medizinische Hochschule Hannover, Medizingeschichte, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: (05 11) 53 23 50 6, E-Mail: stoeckel.sigrid@mh-hannover.de*

Petra Kolip

Eine Welle dicker Kinder?

›Jedes vierte Kind in Deutschland ist übergewichtig!‹, ›Dramatische Zunahme übergewichtiger Kinder!‹, ›Immer mehr Kinder leiden unter Altersdiabetes!‹ – so rauscht es im deutschen Blätterwald. Eine Welle dicker Kinder rollt auf uns zu, so hat es den Anschein, und alle sind aufgerufen, etwas dagegen zu unternehmen, da die Folgen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter absehbar sind: Übergewichtige Kinder leiden häufiger unter Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ I, Asthma, sie werden stigmatisiert und ausgegrenzt. Die Wahrscheinlichkeit, auch im Erwachsenenalter unter Übergewicht zu leiden, ist hoch, das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, einige Krebserkrankungen und Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems steigt.

Das Thema Adipositas im Kindes- und Jugendalter hat Konjunktur und auch die Politik fühlt sich aufgerufen, etwas dagegen zu unternehmen: Der Streit zwischen dem Landwirtschafts- und Gesundheitsministerium, wer denn nun dieses Thema besetzen darf – inzwischen zugunsten von Renate Künast ausgegangen – spricht Bände. Adipositas ist weniger ein Public Health denn ein gesundheitspolitisches Thema, mit dem sich Sympathien der Wähler und Wählerinnen gewinnen lassen.

Was ist dran an den Zahlen?

Zunächst einmal: Ob die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland zugenommen hat, lässt sich nicht zuverlässig sagen, da für Deutschland Längsschnittstudien zu dieser Frage fehlen. Jeder Versuch, Zahlen aus älteren Studien mit jüngeren Daten zu vergleichen, scheitert daran, dass mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden und Referenzsystemen gearbeitet wurde; ab wann ein Kind als übergewichtig zu gelten hat, ist Definitionssache und die entsprechenden Referenzsysteme müssen im Konsens gefunden werden. Die Kieler Adipositasstudie zeigt, dass je nach gewähltem Referenzsystem die Prävalenzraten für Übergewicht zwischen 9,4 und 21,4% schwanken. Gleichwohl: Studien aus europäischen Nachbarländern zeigen in der Tat einen Anstieg, und es gibt keine Hinweise darauf, dass dies in Deutschland anders sein sollte. Auch ob die Zahl der Kinder mit Altersdiabetes gestiegen ist, ist derzeit nur wilde Spekulation. Zuverlässige Zahlen wird erst der Kinder- und

Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts liefern können. Nach Aussage der Studienleiterin, Dr. Bärbel Kurth, ist Diabetes Typ II bislang bei keinem der 1.000 untersuchten Kinder diagnostiziert worden (zitiert in DIE ZEIT vom 30.9.2004).

Was sind die Konsequenzen?

Die vorhandenen Zahlen zeigen durchaus, dass auch ohne Dramatisierungsrhetorik ein Handlungsbedarf besteht. Legt man die Zahlen der Schuleingangsuntersuchungen zugrunde, so liegen die Prävalenzraten für Adipositas (97%-Perzentil) bei etwa 4-5%, für Übergewicht (90%-Perzentil) bei etwa 10-12%. Die vorhandenen Daten zeigen auch, dass das Risiko für Übergewicht und Adipositas mit sinkender Sozialschicht steigt, wie auch das Ernährungsverhalten in unteren sozialen Schichten ungünstiger ist. So zeigen die Daten der Berliner Schuleingangsuntersuchung aus 2001, dass das Risiko für Adipositas bei türkischen Kindern mehr als doppelt so hoch ist wie bei herkunftsdeutschen Kindern (herkunftsdeutsche Kinder 10,6%, eingebürgerte Kinder 17%, ausländische Kinder aus Industrieländern 20,4%, türkische Kinder 22,7%).

Anders formuliert: Auch Adipositas ist ein Beispiel für sozial bedingte Ungleichheiten in Gesundheit und Krankheit, und es sind vor allem sozial Benachteiligte, die in diesem Zusammenhang in das Blickfeld von Interventionen rücken sollten. Sieht man auf die Präventionslandschaft, so muss man leider feststellen, dass gerade dieser Aspekt wenig Berücksichtigung findet. Adipositas genießt als Interventionsthema hohe Aufmerksamkeit, aber leider ist aufgrund des vermeintlich hohen Handlungsdrucks zu vermuten, dass die Maßnahmen nicht immer mit der notwendigen Sorgfalt geplant und Erfahrungen aus anderen Interventionsbereichen nicht genutzt werden. Es passiert viel – aber leider auch vieles ohne wissenschaftliche Evidenz und aus dem Bauch heraus. Die Prävalenzraten rechtfertigen ein hohes Engagement, auch unabhängig davon, ob sie ansteigen oder nicht. Aber der Schwerpunkt sollte bei den Kindern und Jugendlichen liegen, die besonders gefährdet sind. Gesunde Frühstückssaktionen oder Kochveranstaltungen in den Grundschulen mit Mittelklasseklientel mögen als Motiv für werbewirksame Politikerfotos taugen – als Maßnahme zur Bekämpfung des Problems Adipositas sind sie sicherlich kaum geeignet.

PROF. DR. PETRA KOLIP, *Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Postfach 33 04 40, 28334 Bremen, E-Mail: kolip@uni-bremen.de*

Volker Pudiel

Die Verhältnisse machen dick

Es ist 5 nach 12

Die World Health Organisation (WHO) hat Adipositas weltweit als größtes Gesundheitsproblem erkannt; die internationale Adipositasgesellschaft hat schon vor Jahren eine Task Force eingesetzt, um die nationalen Regierungen zu informieren und zu Gegenmaßnahmen aufzufordern.

Wenn über 50% der Deutschen übergewichtig und 20% adipös sind (Mikrozensus des stat. Bundesamtes von 2003), dann ist es wirklich fünf nach 12 – zumal immer mehr übergewichtige Kinder und Jugendliche zu dicken Erwachsenen heranwachsen. Die Task Force hat Trends berechnet und kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Verbreitung der Adipositas in den kommenden 30 Jahren verdoppeln wird. Daher trifft der Begriff »Epidemie« eindeutig zu.

Subjektives Übergewicht

Allerdings kann von »Hysterie« gesprochen werden, wenn es um Fragen des Körpergewichts geht. Eine Gesellschaft, die die magere Figur (objektiv Untergewicht) zum attraktiven Schönheitsideal hochstilisiert hat, zwingt insbesondere junge Frauen dazu, hektisch und verstört zu agieren, wenn das eigene Körpergewicht den Body-Mass-Index von 20 überschreitet. Wenn das Normalgewicht in der gesellschaftlichen Bewertung zum Übergewicht wird, wird Motivation ausgelöst, mit Schlankheitsdiäten und intensivem Sport die Figur zu modellieren. Dadurch kommt es zu Essstörungen, unter denen immer mehr Frauen, und inzwischen auch Männer, leiden.

Körpergewicht als Markt

Das Marketing hat seit Jahren das Körpergewicht bzw. die Figur zur Absatzförderung entdeckt. Unzählige Light-Produkte füllen die Supermärkte, ohne dass nachhaltige Effekte auf das Gewicht beobachtet werden. Im Grunde zielen Light-Produkte darauf ab, das Sattwerden zu verteuern, wenn sie weniger Kalorien für mehr Geld anbieten. Auch die angeblichen Fatburner sorgen nur für Umsatz, nicht aber für Gewichtsabnahme.

Durch die moderne Präsentation der Lebensmittel ist für den Verbraucher und die Verbraucherin der emotionale Bezug zum Lebensmittel verloren gegangen. Ob Food oder Non-Food eingekauft wird, der Vorgang ist vergleichbar. Die unzähligen Convenience-Produkte haben letztlich den Bezug zur originären Herkunft der Lebensmittel vergessen lassen. Sie füllen die Lücke, die durch die fehlenden Kochkenntnisse gerissen wurde. Werbung und Verpackung stimulieren den Appetit, und oft ist die biologische Sättigungskontrolle überfordert. In die gleiche Richtung zielt der Trend, immer größere Verpackungseinheiten anzubieten, die erst nach vollständiger Entleerung den Appetit bremsen.

Das Angebot an Außer-Haus-Verpflegung ist allgegenwärtig. Die Fast-Food-Restaurants locken den eiligen Gast mit üppigen Zwischenmahlzeiten, die Sättigung oft erst signalisieren, wenn der Pappteller geleert ist.

Verbraucher reagieren emotional

Die Ernährungsaufklärung, aber auch konkrete Ernährungsempfehlungen schaffen kaum Abhilfe, da sie zumeist kogni-

tiv-rational abgefasst sind, der Verbraucher und die Verbraucherin sich aber nicht ernährt, sondern isst. So hat die jahrzehntelange Ernährungsaufklärung nicht dazu geführt, dass anders gegessen wird. Doch das, was gegessen wird, wird oft mit einem schlechten Gewissen verzehrt. Verbraucher und Verbraucherinnen optimieren ihre Lebensqualität kurzfristig, doch neben anderen ernährungsabhängigen Erkrankungen entsteht auch Übergewicht nicht kurzfristig, sondern erst über sehr lange Zeitspannen. Verlernt wurde der »Belohnungsaufschub«, der »heute« ein Verhalten fordert, um »morgen« dafür belohnt zu werden.

Auch der Markt der Kommunikation wirkt auf Verbraucherinnen und Verbraucher. Jeder Lebensmittelskandal aktiviert die Verunsicherung, führt aber nur kurzfristig zu Vermeidungsreaktionen. Das aktuelle Ernährungsrisiko wird erheblich überschätzt, während die tatsächlichen Gefahren z. B. durch Übergewicht dramatisch unterschätzt werden. Es sind nicht mehr die Tatsachen, die menschliches Verhalten beeinflussen, sondern die Meinungen, die sich Menschen (durch die Medien) über diese Tatsachen bilden. Adipositas ist im subjektiven Erleben vorrangig ein kosmetisch-ästhetisches Problem. Modeboutiquen für »Mollige« belegen, wie durch ein geschicktes Outfit ein gesundheitlicher Risikofaktor »behandelt« wird.

Nicht Schuld, eher Schicksal

Heute bespricht die Fachwelt die genetischen, evolutionsbiologischen Programme, die das Gewicht regulieren, zeigt, dass es »gute« und »schlechte Futterverwerter« gibt, belegt, dass Übergewichtige, weil sie mehr Fett, aber weniger Kohlenhydrate verzehren, tatsächlich »weniger Menge« auf dem Teller haben, diskutiert, welche Hormone an der Gewichtsregulation beteiligt sind. Kurz: Übergewicht ist weniger Schuld des Individuums, sondern eher Schicksal – allerdings kein unentrinnbares Schicksal.

Das geniale Fettspeicherprogramm, das die Evolution erfunden hat, um Menschen auch in knappen Zeiten das Überleben zu ermöglichen, entpuppt sich im Dauerüberfluss als pathogener Faktor für die Gesundheit. »Friss die Hälfte« simuliert nur eine freiwillige Notzeit, auf die der Organismus gut vorbereitet ist. So hat das »Diätzeitalter« ab Twiggy mit unzähligen Blitz- und Crashkuren letztlich die Gewichtszunahme gefördert. Der leidende Verbraucher bzw. die Verbraucherin wurde offenbar falsch schlau gemacht und erntete die Zinsen nach der Diät auf der Waage.

Verhältnisprävention kann helfen

Übergewicht ist kein individuelles, sondern ein kollektives Problem. Statt Verhaltensprävention (Tipps an Individuen) sollte Verhältnisprävention (Veränderung der Bedingungen) realisiert werden. Richtige Speisenangebote in Kindergärten und Schulen, aber auch in der Gemeinschaftsverpflegung und Gastronomie prägen den Geschmack und etablieren Gewohnheiten. Nicht größere, sondern kleinere Portionspackungen sowie fettbilanzierte, kohlenhydratreichere Speisen setzen günstige Rahmenbedingungen. Die sozial positiv bewertete körperliche Aktivität kann Menschen motivieren, statt Lift die

Treppe zu nutzen, um die jetzt durchschnittlich geleistete Fußstrecke von zwei (!) Kilometern in der Woche zu verlängern.

Wer übergewichtig ist, hat es sehr schwer, normalgewichtig zu werden und zu bleiben – es ist bereits »fünf nach zwölf«. Verhältnisprävention kann normalgewichtigen Kindern und Erwachsenen »fünf vor zwölf« viel leichter dabei helfen, nicht übergewichtig zu werden. Der Genpool ist (noch) nicht beeinflussbar – doch die Umweltbedingungen schaffen sich Menschen selbst.

PROF. DR. VOLKER PUDEL, *Zentrum Psychosoziale Medizin der Universität Göttingen, von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen, Tel.: (05 51) 39 67 41, Fax: (05 51) 39 96 21, E-Mail: volker@pudel.de*

Dieter Brodtmann

Übergewichtige Kinder und Jugendliche im Schulsport

Die Schulwirklichkeit zeigt, dass wir im Schulsport heute eine zwar immer noch relativ kleine, aber doch zunehmend größer werdende Zahl von Kindern und Jugendlichen finden, die so erheblich übergewichtig sind, dass dies ihre Bewegungsfähigkeit und in der Folge auch ihre Bewegungsbereitschaft erheblich beeinträchtigt. Diese Schülerinnen und Schüler werden oft schon in der Grundschule zu Außenseitern, werden häufig verspottet und ihre »Karriere« als »Sport-Muffel« scheint vorgezeichnet.

Sportpädagogik und Sportdidaktik haben sich zu diesem Sachverhalt bis jetzt so gut wie nicht oder höchstens in Verbindung mit Überlegungen zur Verbesserung der Fitness der nachwachsenden Generation geäußert, dabei in aller Regel jedoch nur medizinische und ernährungswissenschaftliche Argumente und Forderungen aufgenommen und wiederholt. Es fehlt eine realistische Betrachtung der Chancen, die der Schulsport überhaupt hat, um der Zunahme der Zahl der übergewichtigen Heranwachsenden entgegen zu wirken. Erst recht fehlen Aussagen, welchen Prioritäten ein Schulsport folgen sollte, der den Problemen übergewichtiger Kinder und Jugendlicher angemessen wäre.

Viele mögen meinen, der Schulsport sei prädestiniert für das Erhöhen des Energieverbrauchs. Aber was wäre das für ein Schulsport, bei dem es vorrangig darum ginge, durch möglichst intensive körperliche Belastung den Energieverbrauch zu erhöhen!

Kalorienverbrauch als Kriterium für die Qualität des Schulsports?

Es sollte niemand glauben, durch Schulsport könnten aus dicken wieder dünnere Kinder werden. Wenn die Familien nicht in der Lage und bereit sind, die Empfehlungen über Ernährung und Körperbewegung dauerhaft im Alltag umzusetzen, steht auch der Schulsport auf verlorenem Posten.

Ich plädiere deshalb dafür, die übergewichtigen Heranwachsenden zunächst einmal in ihrer Übergewichtigkeit zu

akzeptieren und nach Möglichkeiten zu suchen, wie sie mit dem Körper, den sie nun einmal mitbringen, freudevoll und erfolgreich wenigstens in Teilbereichen der Bewegungskultur mitwirken können. Bei dieser Suche sind die Erkenntnisse hilfreich, die eine salutogenetisch ausgerichtete Gesundheitswissenschaft in den letzten 25 Jahren herausgearbeitet hat. Dazu zählt insbesondere, dass ein positives Selbstwertgefühl und eine befriedigende soziale Einbindung außerordentlich wichtige Schutzfaktoren für Gesundheit sind. Nimmt man diese Erkenntnisse ernst, sollte als Erstes möglichst alles vermieden werden, was das Selbstwertgefühl der Übergewichtigen und Adipösen dauerhaft beschädigen könnte, vor allem dadurch, dass sie sich immer wieder als sozial unerwünscht erleben müssen. Wie können sie in ihrem Selbstwertgefühl gestärkt und wie kann ihnen mehr Freude am Sich-Bewegen vermittelt werden?

Entscheidend ist die soziale Dimension des Schulsports

Durch Situationen und Arrangements müssen alle Schülerinnen und Schüler, auch die übergewichtigen, immer wieder zum gemeinsamen, vorrangig durch Miteinander und nicht durch Gegeneinander geprägten Handeln herausgefordert werden. Diese Aufgabe ist verbunden mit der Auswahl geeigneter Unterrichtsinhalte. Was von dem, was wir im Schulsport vermitteln könnten, sollte Vorrang haben? Und was ist dann weniger wichtig?

Gerade für die übergewichtigen Kinder und Jugendlichen muss es darum gehen, dass sie solche relativ einfachen, aber grundlegenden Kompetenzen erwerben, durch die sie beim Spielen und Sporttreiben mit anderen dabei sein können und – noch wichtiger – mit denen sie dort von anderen gebraucht werden. Hierzu zählt z. B., dass sie:

- erst einmal lernen, einen Ball anderen so gezielt zuzuwerfen, dass er von ihnen problemlos gefangen werden kann, bevor sie lernen, ihn weiter als andere zu werfen;
- erst einmal lernen, ihnen zugeworfene Bälle sicher zu fangen (weil sie damit nämlich akzeptable Spielpartnerinnen und -partner werden), bevor sie lernen, wie man andere mit dem Ball umdribbelt und austrickst;
- erst einmal lernen, synchron mit anderen vorwärts zu rollen und daraus vielleicht sogar eine vorführungsreife Gruppengestaltung zu entwickeln, statt nach dem Erlernen der Rolle vorwärts gleich zur nächsten individuellen Fertigkeit wie Rolle rückwärts oder gar dem Salto voranzuschreiten;
- zunächst einmal miteinander tanzen lernen, ehe sie sich jeder für sich hinter- oder nebeneinander mit von einer »Vorturnerin« vorgegebenen Aerobicübungen bewegen (auch wenn das Miteinander-Tanzen körperlich deutlich weniger belastend ist).

Darüber hinaus aber sollte das Angebot des Schulsports im Blick auf die übergewichtigen Schülerinnen und Schüler gezielt um solche Bewegungsformen erweitert werden, die selbst mit einem adipösen Körper problemlos ausgeführt werden können und damit Möglichkeiten einer »bewegten« Frei-

Ines Heindl

Adipositasprävention – Aufgaben der Gesundheitsförderung durch Erziehungs- und Bildungskoordination

zeitgestaltung eröffnen (z. B. Jonglieren, Boule und ähnliche Kugelspiele sowie Bumerangwerfen).

Ferner sind Sportarten in den Schulsport aufzunehmen, in denen ein hohes Körpergewicht sogar einen gewissen Vorteil verschaffen kann, z. B. im Erfahrungs- und Lernfeld ›Kämpfen‹. In Zweikämpfen wird ein sonst eher als belastend empfundener Körper aufgewertet.

Auch das Vermitteln der Fähigkeiten zum Radfahren und zum Inline-Skaten ist für Übergewichtige wichtig, weil sie Zugänge zu Ausdauersportarten eröffnen, die einerseits mit weniger Energieaufwand und weniger unangenehmen Körpererfahrungen als etwa beim Laufen verbunden sind, andererseits aber den erwünschten höheren Energieverbrauch mit sich bringen.

Und schließlich lässt sich im Sportförderunterricht mit den Übergewichtigen gezielt an der Verbesserung solcher Fertigkeiten arbeiten, mit denen sie im allgemeinen Sportunterricht durch Ungeschick oder Unvermögen auffallen und möglicherweise gehänselt werden.

Es kann und sollte im Schulsport im Blick auf die adipösen Kinder und Jugendlichen nicht vorrangig um die Reduzierung von Körpermasse gehen. Für Sportpädagogen sollte vielmehr die genuine pädagogische Aufgabe im Mittelpunkt stehen, junge Menschen als Menschen zu stärken. Das wird aber bei den stark übergewichtigen und adipösen Schülerinnen und Schülern kaum gelingen, wenn sie von vornherein als leistungsschwache Defizit-Wesen betrachtet werden, die uns vor allem durch das auffallen, was sie alles nicht können. Es gilt vielmehr, bei ihren vorhandenen und potenziellen Stärken anzusetzen. Aber dies sind oft Stärken, die die Kinder und Jugendlichen noch gar nicht entdecken konnten, weil sie im inhaltlichen Angebot des Schulsports entweder überhaupt nicht oder viel zu wenig angesprochen werden.

UNIV.-PROF. EM. DIETER BRODTMANN, *An der Kirche 3A, 30457 Hannover, Tel.: (05 11) 43 16 42, E-Mail: Dieter.Brodtmann@freundeskreis.uni-hannover.de*

›Wir brauchen in Zukunft weniger Einzelprojekte und Modellversuche als koordinierte Konzepte und Programme. Dieses Zitat anlässlich eines Expertentreffens zur institutionellen Gesundheitsförderung verdeutlicht, was immer wieder zu hören ist, wenn die Ergebnisse der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in sozialen Settings (Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern, Betrieben) ausgewertet werden. Entsprechend dem Setting-Verständnis von Gesundheitsförderung (WHO 1986) ermöglichten umfangreiche Modellversuche in den 1990er Jahren die Erarbeitung von alltagsverträglichen Konzepten, wobei es sich oftmals um niedrigschwellige Angebote handelte. So notwendig die empirischen Daten in Pilotprojekten waren, so sorgfältig ist nun zu fragen, weshalb sich die guten Ideen dieser Projekte nicht verbreiten.

Die zunächst nahe liegende Antwort ist sicher in der Tatsache zu suchen, dass Projektskizzen und Evaluation die Transferverpflichtung nicht konsequent zum Gegenstand der Konzeptionen gemacht haben. Schwieriger wird die Suche nach den personenbezogenen und organisationsimmanenten Widerständen, die Übertragungsleistungen verhindern.

Zeiten knapper Kassen verlangen jedoch Konzept- und Koordinationsleistungen, die

- Erfahrungen und Erkenntnisse vorausgegangener Projekte berücksichtigen,
- daraus zu folgernde Entwicklungen begründen,
- Synergieeffekte nutzen,
- das Anliegen einzelner Organisationen oder wirtschaftliche Interessen zurückstellen bzw. zum Gewinn des sozialen Settings umgestalten,
- Erfolgskriterien der Konzeptplanung, -durchführung und -evaluation offen legen.

›Law of diminishing returns‹

Die Ergebnisse der Adipositas-Präventionsstudien in reichen Ländern zeigen bis heute vor allem folgende Zusammenhänge deutlich: Bildungsstand, soziale Zugehörigkeit, soziale und materielle Ernährungsarmut stehen in einem direkten Verhältnis zu ›ungesundem‹ Essverhalten, ein Problem, das besonders in Familien mit Migrationshintergrund deutlich wird.

Sieht man sich die Programme zur Ernährungserziehung und -bildung genauer an, so stehen betroffene bildungsferne Schichten nicht im Mittelpunkt der Konzepte. Die überwiegenden Mittel werden nach wie vor in Projekte für bildungsferne Schichten investiert, deren Erfolge in Relation zu den eingesetzten Mitteln zeigen, dass zu einer deutlichen Verbesserung des Verhaltens der Mittelschicht unverhältnismäßig hohe Einsätze nötig sind. Diese bekannte Gesetzmäßigkeit der nachlassenden Investitionswirkung kann als Denkmodell für eine konsequente Neuorientierung der Gesundheitsbildung genutzt werden. Im Gegensatz dazu könnte mit den gleichen Mitteln bei bildungsfernen Schichten ein vergleichsweise höherer Erfolg erzielt werden.

Eine seit langem geforderte gemeinsame Bildungs- und Gesundheitspolitik, die für eine erfolgreiche Adipositasprävention auf folgende Koordinationsaspekte achtet, ist vor

dem Hintergrund der dargestellten Überlegungen auf sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten auszurichten:

- Bildungsprogramme der Gesundheit sind auf ein lebenslanges Lernen zu beziehen;
- Ernährungs- und Gesundheitsbildung vom ersten Lebens- tag an braucht informierte Eltern, qualifizierte Erzie- herinnen und Lehrkräfte. Zwischen den Bildungsgängen abgestimmte Konsequenzen müssen sich in den Aus- Fort-, und Weiterbildungskonzepten wiederfinden;
- Gesundheit als Ergebnis des Lebensstils ist ein Ziel der Allgemeinbildung und gehört somit in die Diskussion über Bildungsstandards und Kerncurricula;
- Informations- und Angebotsvielfalt der Nahrungs- und Genussmittel braucht institutionelle Verantwortung: Wirtschaftliche Interessen, Marketing und Werbung gehören weder in Kindergärten noch in Schulen;
- Kinder und Jugendliche brauchen Angebote für ein ›gesundes Essverhalten‹, welches sie im geschützten Raum sozialer Settings fordert und fördert;
- zu einem gesunden Essverhalten gehört Freude an der Bewegung. Angebote in beiden Bereichen verringern nachhaltig inaktive Medienzeiten;
- zukünftige Ganztagskonzepte für Kinder und Jugend- liche müssen die Qualität der Essensangebote und Bewe- gungsräume unter pädagogischen, ästhetischen und gesundheitlichen Aspekten auf die Tagesordnungen ihrer Entwicklungsplanung setzen.

Wenn entsprechende Forderungen an die Gesellschaft und von der Gesellschaft an ihre Vertreterinnen und Vertreter, Trä- gerinnen und Organisationen gerichtet werden und diese zum Schutz der nachwachsenden Generation unheilige Alli- anzen einseitiger Interessen verhindern helfen, so könnte das Problem Adipositas langfristig und nachhaltig in Grenzen gewiesen werden. Gelingt dies nicht, so muss die Gesellschaft mit den gesundheitlichen Folgen leben.

Literatur bei der Verfasserin

PROF. DR. INES HEINDL, *Universität Flensburg, Institut für Ernährungs- und Verbraucherbildung i.Gr., Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Tel.: (04 61) 8 05 23 59, Fax: (04 61) 8 05 23 58*

Martin Ohly

Kritischer Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten der Adipositas

Die Behandlung der Adipositas erfolgt diätetisch, durch Selbsthilfegruppen, verhaltensmedizinisch, durch Medika- mente und Operationen. Die Behandlungsergebnisse enttäu- schen diejenigen, die sich eine Rückkehr zum Normalgewicht erhoffen, was häufig nicht gelingt, da nicht nur der Einfluss der Umwelt, sondern biologische Vorgaben von Erbanlagen und Stoffwechsel das Körpergewicht bestimmen. Das heißt, die Lebensführung hat nur begrenzte Einflussmöglichkeiten.

Möglichkeiten die eigene Lebensführung zu ändern

Gesunde Lebensführung wird auch als Diätetik bezeichnet, was zu unterscheiden ist von einer Diät im Sinne eines Ver- zichts auf Nahrungsmittel. Diese aus den Medien bekannten Diäten können über die Kalorienreduktion neben einer Man- gelernährung an Vitaminen und Spurenelementen zu einer kurzfristigen Gewichtsabnahme führen, ohne dass diese lang- fristig Bestand hat. Wird dem Körper eine zu geringe Ener- giemenge zugeführt, dann schaltet er ›auf Sparflamme‹. Das heißt, die in der Menschheitsgeschichte erworbene günstige Fähigkeit, ein knappes Nahrungsangebot besser zu verwer- ten, wird wieder aktiviert. Kehrt man von einer solchen Diät zum normalen Essverhalten zurück, führt die bessere Verwer- tung der Nahrung unweigerlich zur erneuten Gewichts- zunahme (›Jojo-Effekt‹). Diätetik als gesunde Lebensführung bedeutet relativ fettreduzierte Ernährung (30% der zuge- führten Energie) und ein Mehr an Bewegung im Alltag und durch Sport. Eine allgemeine Kalorienreduktion (›Fdh‹) bringt demgegenüber keine Vorteile und ist auf Dauer nur sehr schwer durchzuhalten.

Bewegung ist für Gewichtsreduktion unabdingbar

Körperliche Aktivierung folgt aus der Tatsache, dass die Tech- nik uns von körperlich schwerster Arbeit befreit hat, aufge- nommene Nahrung aber verbraucht werden muss, um nicht zur Gewichtszunahme zu führen. Soll nun das Gewicht niedri- ger werden, muss mehr Energie verbraucht werden, als an Nahrung zugeführt wird. Für eine Gewichtsreduktion ist zusätzliche körperliche Bewegung von 5 Stunden Dauer pro Woche mit einem Kalorienverbrauch von 2500 kcal erforder- lich. Eine zu fettreiche Kost führt zur Fetteinlagerung mit Vermehrung und Größenzunahme der Fettzellen. Die Auf- nahme von Kohlenhydraten, also Zucker und Stärke, führt nur in sehr geringem Umfang zu einer Zunahme des Körperfetts. Gelingt eine solche Umstellung der Lebensführung hin zur relativen Fettreduktion, ist eine Gewichtsreduktion von 5–15% möglich. Das erscheint wenig und weit entfernt vom Normalgewicht, jedoch werden durch eine Gewichtsreduktion um 10 kg die Risiken zu sterben um mehr als 20%, an Diabe- tes zu erkranken um mehr als 30%, an Darmkrebs zu erkran- ken um mehr als 40% reduziert, ebenso sinken Blutdruck und Blutfettwerte. Gelingt eine solche Umstellung nicht allein, ist eine Unterstützung durch Selbsthilfegruppen hilfreich.

Möglichkeiten der verhaltensmedizinischen Rehabilitation

Sollte dies nicht weiterhelfen, ist bei einem BMI > 35 in jedem Fall und bei einem BMI < 35 bei medizinischen Komplika- tionen oder vor Operationen und bei schweren psychosozialen Problemen eine verhaltensmedizinisch ausgerichtete Rehabi- litation in einer Klinik erforderlich, die ebenfalls eine Gewichts- reduktion von 5% bis 15% auf ein Jahr gerechnet erreicht. Eine ambulante Behandlung zeigt nicht die gleiche Wirkung, kann zur weiteren Unterstützung als Nachsorge aber unerläs- slich sein, insbesondere bei zusätzlichen psychischen Erkran- kungen. Stark adipöse Menschen essen, wenn Essen verfügbar ist und bei emotionalen Krisen. Dies kann bis hin zu extremen Essanfällen im Sinne eines Suchtverhaltens führen und

Antje Richter

Armut und Ernährung

zusammen mit Depressionen, sozialen Ängsten, anderem Suchtverhalten und Selbstverletzungen auftreten. In der Rehabilitation über 8–10 Wochen erlernen die Betroffenen andere Bewältigungsstrategien für emotionale Krisen und wieder mehr Hunger und Sättigung zu spüren, um aus einem Teufelskreis von zu viel essen, sich das Essen versagen und dies nicht durchzuhalten und wieder zu viel zu essen auszubrechen.

Möglichkeiten durch Medikamente

Von Quellstoffen, die den Magen füllen, und starke Unruhe auslösenden und überdies nicht zugelassenen Appetitzüglern ist abzuraten. Zugelassen zur Gewichtssenkung ist der Wirkstoff Sibutramin, Markenname Reductil, ein Appetitzügler, der ähnlich Medikamenten gegen Depression auf die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin im Gehirn wirkt, und Verstopfung, Mundtrockenheit, Schlafstörungen und Blutdruck-erhöhung als Nebenwirkungen haben kann. Bei Herzkranken ist dieses Medikament nicht vertretbar. Man kann damit bis zu 6 kg an Gewicht verlieren, die Kosten betragen 2,50 € pro Tag. Der Wirkstoff Orlistat, Markenname Xenical, hemmt die Fettverdauung. Er führt zur Abnahme von 3–4 kg, die Kosten pro Tag betragen 3,21 €. Problematisch sind die Nebenwirkungen: fettreiche, weiche Stühle und Blähungen, insbesondere wenn trotz Medikamenteneinnahme eine fettreiche Ernährung beibehalten wird.

Möglichkeiten der invasiven und operativen Behandlung

Invasive und operative Behandlungsmethoden sollen die Nahrungszufuhr drosseln. Durch ein Magenband, einen Magenballon, einen Magenbypass und ähnliche Operationsverfahren, bei denen neben einer Verkleinerung des Magens auch die Nahrungsaufnahme im Dünndarm verringert wird, wird der funktionstüchtige Magenanteil verkleinert. Beim in der Magenwand liegenden Magenschrittmacher wird durch einen elektrischen Impuls ein Sättigungsgefühl imitiert. Beim Magenband wird eine Gewichtsabnahme zwischen 10%, also nicht besser als bei nicht-operativer Behandlung, und mehr als 35% erreicht. Das unterschiedliche Ergebnis rührt daher, dass bei fehlender Fähigkeit, den Impuls zur Nahrungsaufnahme zu kontrollieren, durch die Aufnahme von Süßigkeiten oder Cola der Effekt der Operation »ausgetrickst« werden kann, und so die erhoffte Gewichtsabnahme ausbleibt. Daher ist eine Unterstützung zur Verhaltensänderung in jedem Fall erforderlich. Magenballon, Magenband und Magenschrittmacher haben ein relativ niedriges Eingriffsrisiko und sind rückgängig zu machen im Vergleich zu den 3 Stunden und mehr dauernden, den Magen und Darm auf Dauer verändernden Operationen wie der Magenbypass. Diese Eingriffe werden nur auf Antrag von der Krankenkasse gezahlt, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten versagt haben.

DR. MED. MARTIN OHLY, *Psychosomatische Fachklinik, Bombargallee 10, 31812 Bad Pyrmont, Tel.: (0 52 81) 61 90, Fax: (0 52 81) 61 96 66, E-Mail: mohly@ahg.de*

Als arm gilt heutzutage nach der Definition der Europäischen Union, wer weniger als 50% des durchschnittlichen Einkommens im Land zur Verfügung hat (relative Armut). Zur Messung dieser Armutsgrenze wird jährlich das Durchschnittseinkommen auf Bundes- bzw. Landesebene bestimmt. In Niedersachsen beispielsweise liegt die Armutsschwelle zur Zeit bei ca. 560 Euro pro Monat für den Haushaltsvorstand. Differenzierte Zahlen zur Armutverbreitung zeigen, dass die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen in Deutschland am meisten von Armut betroffen ist. Nach der in der EU gültigen Berechnung leben in Deutschland 2 Millionen Minderjährige in relativer Armut. Mehr als 1 Million (oder jede/r Vierzehnte) lebt von der Sozialhilfe. Im Jahr 2003 wies Deutschland sogar nach Irland die zweithöchste Kinderarmutsquote in der Europäischen Union auf.

Armut kann aber nicht nur auf das finanzielle Einkommen zurückgeführt werden, denn diese ausschließliche Betrachtungsweise vernachlässigt Potenziale und auch besondere Härten. Zur Bestimmung der Armutbetroffenheit sollte vielmehr die konkrete Lebenssituation in den Blick genommen werden. Aspekte wie Bildungsstand oder Gesundheit spielen dabei eine entscheidende Rolle. Um weiterreichende Zusammenhänge wie den zwischen Armut und Ernährung zu erkennen, müssen auch so unterschiedliche Dimensionen wie Bildung und soziale Beziehungen näher betrachtet werden.

Bildungsstatus wirkt erheblich auf das Ernährungsverhalten

Daten des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg zur Kindergesundheit und Ernährungssituation von Kindern zeigen ganz deutlich, dass der Gemüseverzehr mit dem Bildungsgrad des Vaters steigt. Ähnliche Ergebnisse können auch der Kieler Adipositaspräventionsstudie (Kiel Obesity Prevention Study, KOPS) entnommen werden. Im Rahmen von KOPS wurden ca. 800 Kinder bei den jährlichen schulärztlichen Einganguntersuchungen erfasst und im Hinblick auf biologische, sozioökonomische, ernährungs- und verhaltensrelevante Faktoren beschrieben. Kinder, von denen mindestens ein Elternteil Abitur hat, verzehren häufiger Obst, Käse und Milch, seltener Weißbrot, Chips, Limonade und Fleisch.

Essen erfüllt auch (psycho-)soziale und kulturelle Funktionen

In Haushalten, die Sozialhilfe empfangen, verschlechtern sich Ernährungsumfang und -qualität vor allem in der zweiten Monatshälfte. Davon ist dann nicht nur die Versorgung mit wichtigen Nährstoffen, sondern auch die Einbindung in ein soziales Netzwerk betroffen. Drei Beispiele machen das schnell deutlich: Einladungen beispielsweise erfordern Gegeneinladungen und bleiben aus, wenn sie mangels Geld nicht erwidert werden können. Bei der Ernährung der Kinder wird nicht immer auf Geld geachtet. Häufig werden Chips und Fast-Food eingekauft, obwohl es billigere Alternativen gibt. Von Bedeutung ist in diesem Fall der psychosoziale Nutzen der Lebensmittel, der Integration und Zugehörigkeit symbolisiert oder kulturell bedingte Ernährungsgewohnheiten spiegelt. Übergewicht tritt häufig bei Kindern aus Migranten-

familien auf, in deren Herkunftskulturen gut genährte Kinder jedoch als ein Zeichen des Wohlstands gelten.

Festzuhalten ist, dass Ernährung mit 20–25 % einen der größten Einzelposten im Haushaltsbudget ärmerer Haushalte darstellt und im Gegensatz zu anderen Ausgaben (z. B. Wohnkosten) variabel ist, so dass aus diesem Budget häufiger andere, nicht aufschiebbare Kosten finanziert werden. Vorurteilungen der Eltern sollte man besonders skeptisch begegnen, denn gerade Mütter aus Armutshaushalten versuchen, die armutsbedingten Belastungen soweit wie möglich von ihren Kindern fernzuhalten, indem sie selbst auf vieles (auch auf eigene Nahrung) verzichten, nur um ihre Kinder ausreichend versorgen zu können. Dieses Verhalten ist besonders bei alleinerziehenden Müttern zu finden.

Handlungsmöglichkeiten in Kindergarten und Schule

Armut bringt bisher in Deutschland nur in Ausnahmefällen hungernde Kinder mit sich. Aber Kinder, die hungrig und ohne Frühstück in die Schule kommen, werden von den Lehrkräften bereits seit einigen Jahren ebenso wie fehlernährte Kinder registriert. Die Mangelerscheinungen machen sich in der Schule durch Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall bemerkbar. Viele Schulen organisieren daher ein gemeinsames Frühstück, und Hilfsorganisationen wie »Die Tafel« oder Lernküchen hauswirtschaftlicher Schulen stellen insbesondere in »sozialen Brennpunkten« auch Mittagsmahlzeiten für Kinder zur Verfügung, die sonst keine warme Mahlzeit erhalten würden.

Einen anderen Weg beschreiten Initiativen, die Kochgruppen für Eltern anbieten. Sie erweitern damit das Wissen über ein gesundes Ernährungsverhalten und fördern gleichzeitig die Integration der Familie in ein Netzwerk, das Zugehörigkeit und Unterstützung bieten kann. In Zusammenarbeit mit der Jugendsozialarbeit können Kurse, die das gemeinsame Kochen und Essen in den Mittelpunkt der Aktivitäten stellen, auch in Stadtteiltreffs, kirchlichen Einrichtungen und Jugendzentren angesiedelt werden und ganz nebenbei auch noch hauswirtschaftliche und wirtschaftliche Kompetenzen vermitteln. Ernährungswissen lässt sich leichter vermitteln, wenn es mit anderen Themen oder Aktivitäten verknüpft wird, die einen direkten Bezug zur Alltagsproblematik der Betroffenen haben. Erfolgversprechend sind hier vor allem settingorientierte Maßnahmen, die über bereits bestehende Zugänge den Kontakt zu sozial benachteiligten Zielgruppen sichern.

Egal, ob mit Kindern, Jugendlichen oder Eltern gearbeitet wird, immer ist zu bedenken, dass sie in der Regel mit vielen anderen Alltagsproblemen kämpfen, die sie oft völlig beanspruchen, und das Problem einer gesunden und vollwertigen Ernährung und die Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten nicht das vorrangigste Problem der von Armut Betroffenen ist.

Anschrift siehe Impressum

Elke Bruns-Philipps, Johannes Dreesmann

Übergewicht bei Kindern am Schulbeginn in Niedersachsen

Der niedersächsische Bericht zu Übergewicht am Schulbeginn basiert auf Auswertungen der standardisierten – d. h. einheitlich durchgeführten – Schuleingangsuntersuchungen im Regierungsbezirk Weser-Ems der Jahre 1993–2003. In dieser Zeit wurden 265.947 Jungen und Mädchen durch die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte untersucht. Ergänzend konnten Datensätze des Jahres 2003 von knapp 16.000 Kindern aus Landkreisen der SOPHIA-Anwendergemeinschaft (Sozialpädiatrisches Programm Hannover jugendärztlicher Aufgaben) ausgewertet werden, welche die Schuleingangsuntersuchungen in vergleichbarer Weise standardisiert durchführen.

Ergebnisse des Berichts

Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas hat in dem genannten Zeitraum bei den Schulanfängerinnen und -anfängern signifikant zugenommen. Der Anteil (die Prävalenz) übergewichtiger Jungen ist von 8,4 % im Jahr 1993 auf 10,4 % im Jahr 2003 gestiegen. Waren 1993 erst 3,4 % der Jungen adipös, so lag der Anteil 2003 bereits bei 4,6 %. Bei den Mädchen betrug der Anteil Übergewichtiger 1993 noch 9,7 %, davon waren 3,6 % adipös, im Jahr 2003 lag der Anteil der Übergewichtigen bei 11,5 % und 5,1 % waren adipös. Vergleicht man die Kinder deutscher mit den Kindern ausländischer Herkunft, so findet sich eine signifikant stärkere Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei den Kindern ausländischer Herkunft, und hier besonders bei Kindern türkischer Herkunft bzw. mit Eltern türkischer Herkunft.

Der Anteil übergewichtiger Kinder ist, verglichen mit anderen Untersuchungen in Deutschland, relativ niedrig. Dies ist möglicherweise durch das sehr junge Kollektiv zu erklären, welches erst am Anfang der »Übergewichtskarriere« steht. Viele Untersuchungen zeigen, dass das Übergewicht mit dem Alter zunimmt. Bereits nach Abschluss der Grundschulzeit hat sich z. B. in einzelnen Schulen in der Region Hannover der Anteil der übergewichtigen Kinder mehr als verdoppelt.

Die Zunahme Übergewichtiger in den Altersgruppen steigt im Erwachsenenalter bei Männern früher und sprunghafter an als bei den Frauen, beide Geschlechter haben ihren Gipfel in der Gruppe der 60–69jährigen. Dort sind 54,2 % der Männer übergewichtig und davon 18,7 % adipös, bei den Frauen sind es 44,7 %, davon 31,1 % adipös.

Anhand von Sozialdaten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen auf freiwilliger Basis der Eltern erhoben werden, sind Gruppen mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht erkennbar. Je geringer qualifiziert die schulische beziehungsweise die berufliche Ausbildung der Eltern ist, desto höher ist die Prävalenz übergewichtiger und adipöser Kinder. Dieser starke Bildungsgradient bestand bei den Kindern deutscher Herkunft, bei den Kindern ausländischer Herkunft ließ er sich nicht in gleichem Maße nachweisen. Bei den nicht berufstätigen Vätern, in der Regel bedingt durch unfreiwillige Arbeitslosigkeit (nur knapp zwei Prozent der Väter gaben an, Elternzeit zu nehmen), ist die Prävalenz übergewichtiger Jungen und Mädchen signifikant erhöht. Dieser

Einfluss des sozialen Status auf die Häufigkeit von Übergewicht setzt sich auch im Erwachsenenalter fort. So waren im Bundesgesundheitsurvey 1998 in der Unterschicht 22,3 % der Männer und 31,4 % der Frauen aller Altersgruppen adipös. In der Oberschicht waren es dagegen 16,2 % der Männer und nur 9,9 % der Frauen.

Hinsichtlich des Einflusses der Berufstätigkeit der Mutter auf das Übergewicht bei den Kindern lässt sich kein eindeutiger Gradient aufzeigen. Ganztags berufstätige Mütter haben die höchsten Anteile übergewichtiger Kinder, gefolgt von den nicht berufstätigen Müttern. Die niedrigsten Anteile finden sich bei den halbtags berufstätigen Müttern. In der Gruppe ohne Berufstätigkeit sind jedoch überproportional die Frauen ohne abgeschlossene Berufsausbildung vertreten. Auch hier zeigte sich, dass die berufliche Qualifikation der Mütter einen stärkeren Einfluss auf die Adipositasprävalenz hat als deren Berufstätigkeit.

Bezüglich der Geschwisterreihenfolge weisen Jungen, wenn sie das älteste oder ein Einzelkind sind, häufiger Übergewicht auf als jüngere Geschwisterkinder. Dies gilt auch für Jungen ausländischer Herkunft. Das Geburtsgewicht erweist sich ebenfalls als ein Vorhersageparameter. Kinder mit einem Geburtsgewicht über 3500 g sind bei der Einschulung signifikant häufiger übergewichtig und adipös. Kinder, die die Früherkennungsuntersuchungen U8/U9 nicht in Anspruch genommen haben, weisen ebenfalls eine höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas auf. Kontrolliert man dabei die Berufsausbildung der Mutter, sind diese Unterschiede aber nicht mehr signifikant. Damit ist die Bildung der Eltern der wesentlichere Einflussfaktor und es bestätigt sich, was aus vielen Präventionsprojekten bekannt ist, dass geringer qualifizierte und sozial bedürftige Eltern präventive Angebote seltener wahrnehmen. Sind die Kinder übergewichtig, so haben sie signifikant häufiger Defizite im Bereich der Grobmotorik und Körperkoordination sowie der Körperhaltung.

Konsequenzen

Wichtig ist, dass die derzeitige Diskussion Stigmatisierung und Schuldzuweisung vermeiden sollte, denn kaum ein Erwachsener und schon gar kein Kind ist vorsätzlich übergewichtig.

Bei Kindern und Erwachsenen, die einen BMI im Bereich der Adipositas haben und/oder zusätzliche Risikofaktoren aufweisen, so dass Folgeerkrankungen bereits bestehen oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, besteht Therapiebedarf, der durch das Gesundheitssystem zu leisten ist. Für den Rest der Gesellschaft sollte versucht werden, eine

langfristige Veränderung des Lebensstils hin zu mehr Bewegung zu erreichen und die Eigenverantwortlichkeit zu stärken.

Aufgrund der Ergebnisse des Berichts wurde von Frau Ministerin Dr. von der Leyen eine Projektgruppe unter der Leitung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes eingerichtet, welche bis März 2005 Vorschläge für ein weiteres Vorgehen auf Landesebene erarbeiten wird. Ziel soll die kontinuierliche und nachhaltige Senkung der Rate übergewichtiger Kinder in Niedersachsen sein.

Der ausführliche Bericht 'Übergewicht bei Schulanfängern. Eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993-2003' kann im Internet abgerufen werden unter: www.nlga.de > Daten zur Gesundheit > Spezialberichte

DR. ELKE BRUNS-PHILIPPS, DR. JOHANNES DREESMANN,
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, Roesebeckstr. 4-6,
30449 Hannover, Tel.: (05 11) 45 05-0
E-Mail: elke.bruns-philipps@nlga.niedersachsen.de

Impressum

Herausgeberin und Verlegerin:

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Tel.: (05 11) 3 50 00 52,
Fax: (05 11) 3 50 55 95,
E-Mail: info@gesundheit-nds.de
Internet: www.gesundheit-nds.de

ISSN: 1438-6666

Vi.S.d.P.: Thomas Altgeld

Redaktion: Thomas Altgeld, Bärbel Bächlein, Claudia Bindl, Iris Bunzendahl, Angelika Maasberg, Dr. Antje Richter, Tania-Aletta Schmidt, Ute Sonntag, Irmtraut Windel, Birgit Wolff

Beiträge: Prof. Dr. Aloys Berg, Andreas Berg, Andreas Berger, Horst Brockhoff, Univ.-Prof. Em. Dieter Brodtmann, Dr. Elke Bruns-Philipps, Dr. Johannes Dreesmann, Dietmar Hagen, Prof. Dr. Erik Harms, Christiane Haufe, Prof. Dr. Ines Heindl, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Prof. Dr. Petra Kolip, Dr. Ulrike Korsten-Reck, Dr. Thomas Lob-Corzilius, Dr. Rüdiger Meierjürgen, Karen Nespethal, Dr. Martin Ohly, Prof. Dr. Hans-Georg Predel, Prof. Dr. Volker Pudiel, Monika Schneider, Hermann Spörl, Dr. Sigrid Stöckel, Margot Wehmhöner, Dr. Ute Winkler

Sekretariat: Marcin Czerwinski, Andrea Eins

Redaktionsschluss Ausgabe Nr. 47: 22. 04. 2005

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Auflage: 6.000

Gestaltung: formfuersorge

Druck: Interdruck Berger

Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin/des Autors wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Falls diese Ausgabe keinen Rückmeldecoupon mehr enthält, können Sie sich unter der oben angegebenen Adresse der Landesvereinigung kostenlos in den Newsletter-Verteiler aufnehmen lassen und/oder weitere Informationen über unsere Arbeit anfordern.



Ulrike Korsten-Reck

Kommentar zur Heidelberg Erklärung

Mit der Heidelberg Erklärung haben am 8. Juli 2004 mehrere Unterzeichner aus Fachgesellschaften und Verbänden sowie Klinikdirektoren und Krankenkassenvertreterinnen und -vertreter ein Statement unter dem Motto: »Übergewicht und Diabetes mit gebündelter Energie bekämpfen« verfasst.

In der Präambel werden die Zahlen zu Adipositas (ca. 50 % der Erwachsenen sind übergewichtig, 20 % adipös, d. h. weisen einen BMI von über 30 auf) und Diabetes (6 Millionen bekannt, bei 2 Millionen noch unerkannt) mit den Folgeerkrankungen beschrieben. Die volkswirtschaftlichen Konsequenzen sind beeindruckend. 30 % des Gesamtetats der Krankenkassen in Höhe von 157 Milliarden Euro werden durch Krankheiten verursacht, die mit Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht zusammenhängen.

Adipositas im Kindesalter ist mehr als ein Gewichtsproblem und erfordert ein Umdenken in der gesamten Gesellschaft. Von den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen wird eine absolute Priorität für die Verbesserung der Prävention gefordert. Dazu gehören konkrete Hilfestellung für Betroffene und Strukturen für flächendeckende Angebote zur Bewegung.

Forderungen der Heidelberg Erklärung

Die Forderung geht an Kommunen zur Bereitstellung von Bewegungsflächen, an Sportvereine, spezielle Angebote für die »Nichtbewegten« zu etablieren, und an Anbieter im Bereich Ernährung, neue Konzepte zu überdenken. Mit zehn Punkten fordern die Unterzeichner der Heidelberg Erklärung von den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen:

1. Eine gesundheitspolitische Vision im Kampf gegen Übergewicht und Diabetes.
2. Kommunikationskonzepte für Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung.
3. Gesunder Lebensstil muss zur sozialen Norm werden.
4. Strukturelle Voraussetzungen müssen geschaffen werden.
5. In der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Therapeuten muss

Prävention einen zentralen Stellenwert erhalten.

6. Es müssen qualifizierte Gesundheitstrainer ausgebildet werden.
7. Für Kinder und Jugendliche sind spezielle Maßnahmen erforderlich.
8. Die Produktion gesunder Kindernahrungsmittel muss gefördert werden.
9. Gemeinschaftsküchen müssen gesundes Essen anbieten.
10. Es muss eine nationale Walking-Strategie propagiert werden.

In Anbetracht dessen, dass sowohl im »Forum Prävention« des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) als auch im Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) mit der »Plattform für Ernährung und Bewegung« das Problem Adipositas erkannt wurde, ist es sehr schmerzlich, dass die Versorgung und Umsetzung nicht in einer »Nationalen Obesity Task Force« mündet, wie es international in der IOTF (z. B. Australien) geschehen ist. Es wurden zwar Anstrengungen von Seiten der Politik und der Krankenkassen unternommen, die Qualität von Maßnahmen zu überprüfen (z. B. Konsensus-Papier für ambulante Therapieprogramme, Evaluationsprojekt der BZgA), jedoch werden sowohl von Krankenkassen als auch von anderen Anbietern noch unstrukturierte Einzelanstrengungen unternommen. Es bleibt die Frage: Warum können wir in Deutschland keine Versorgungsstrukturen zur Bekämpfung der Adipositas wie in anderen Ländern aufbauen?

Nationaler Konsens als sinnvolle Prävention

Einen ersten Schritt in der Adipositasprävention auf nationaler Ebene stellte das Präventionspapier als Leitlinie der AGA (www.a-g-a.de) dar. Die dort mitarbeitenden Expertinnen und Experten waren sich darüber im Klaren, dass nur über einen nationalen Konsens mit Vertretern aller Fachdisziplinen (Ärzteschaft, Ernährungsfachleute, Sportlehrkräfte, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Pädagoginnen und Pädagogen, Psychologinnen und Psychologen) und mit Vertreterinnen

und Vertretern aus verschiedenen Ministerien (Ernährung, Gesundheit, Sport, Umwelt, Kultus, länderübergreifend und parteienübergreifend) eine sinnvolle Prävention unter Einbezug der gesellschaftlichen Bedingungen, aber auch der individuellen Ressourcen zur Lebensstilveränderung möglich ist. Diese nationalen Erfahrungen müssen genutzt werden.

Die explosionsartige Zunahme der Adipositas innerhalb einer genetisch unveränderten Population muss im begleitenden Lebensstil mit seinem sozioökonomischen Kontext erklärt werden. Während es für die biomedizinische Forschung genug Fördermittel gibt, stehen für die praktische Umsetzung und Gesundheitsförderung kaum finanzielle Mittel zur Verfügung. Wenn wir nicht lernen, neue Ansätze zu entwickeln, z. B. Gesundheitssteuer, Bonussystem für gesundheitliches Verhalten etc., dann werden wir in Zukunft kaum zu bewältigende Probleme bekommen. Dies ist nur möglich unter Einbindung von Politikern und verantwortlichen Interessenvertretern. Wir sind heute eine »übergewichtige Gesellschaft«, die sich auf dem Weg in eine »adipöse Gesellschaft« befindet, wenn wir nicht sofort handeln.

Die Heidelberg Erklärung kann aus dem Internet heruntergeladen werden: www.futurehealthcare.de/upload/he_final_081004.pdf

Literatur bei der Verfasserin

DR. MED. ULRIKE KORSTEN-RECK,
Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin, Medizinische Universität,
Hugstetterstr. 55, 79106 Freiburg,
Tel.: +49- (7 61) 2 70-74 77,
Fax: +49- (7 61) 2 70-74 70, E-Mail:
u.korsten-reck@msm1.ukl.uni-freiburg.de



Karen Nespethal

Das Anti-Diät-Prinzip

Gedanken über das Abnehmen

Wenn ein Mensch heute ein Gewichtsproblem hat, dann wird ihm mit ziemlicher Sicherheit eine Diät empfohlen. Für viele Berater und Beraterinnen liegt auf der Hand, dass dieser Patient oder diese Patientin zu viel oder zu wenig isst. Wenn er oder sie abnehmen will, dann muss er/sie sich eben mit dem Essen umstellen. Selbst ernannten Diätberatern und -beraterinnen fehlt oft die Zeit und manchmal auch das fachliche Interesse für eine Untersuchung der Gründe, warum der Patient bzw. die Patientin überhaupt so viel zugenommen hat. Diätvorschriften, Pulver, einseitige Kostvorschriften und solche selbsternannten Heiler tragen dazu bei, dass der Mensch sich in seiner ›Hülle‹ zunehmend unwohl fühlt.

Keine Diätanweisung kann einem Menschen jedoch dazu verhelfen, sein Gewicht langfristig und für die Gesundheit nachhaltig zu regulieren, wenn dabei nicht die wahren Ursachen erkannt und behandelt werden.

Für viele ist eine dauernde Beschäftigung mit dem Essen und dem Gewicht dennoch zur Selbstverständlichkeit geworden. Mode und Schlankeitsidole manipulieren das Frauen- und Männerbild und untermauern die Forderung, dass ein Mensch schlank sein muss. Oft sind es langwierige Prozesse, in die sich ein Klient bzw. eine Klientin begibt, wenn er oder sie neu lernt, sich selbst zu akzeptieren und anzunehmen, in dieser Gesellschaft ein ›Ich‹ sein zu dürfen, ohne sich permanent an Bilder von außen anpassen zu müssen.

Die mediale Verbreitung von Körpervorbildern und der gesellschaftliche Druck verstärken bei vielen Menschen die Neigung, diesen Idealvorstellungen zu entsprechen.

Dies führte im letzten Jahrhundert zur Ausprägung verschiedener Essstörungen, z. B. Anorexie (Magersucht) und Bulimie (Ess-Brech-Sucht). Doch es gibt auch Formen im Alltag, die Zeichen problematischen Essverhaltens enthalten: Einseitiges, übermäßiges, hastiges, unregelmäßiges Essen, der Zwang den Teller leer zu essen usw.

Wenn Übergewicht das Auftreten und Fortschreiten von Krankheiten fördert (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen),

so gilt es, sich mit den Ursachen für ein verändertes Verhalten bei der Nahrungsaufnahme und natürlich auch für veränderte Bewegungsmuster (z. B. Bewegungsmangel) auseinander zu setzen. Eine sinnvolle und langfristig stabile Gewichtsreduktion hat enorme Vorteile für die Gesundheit.

Das Anti-Diät-Prinzip?

Stellen Sie sich selbst einmal folgende Fragen:

- Wann habe ich bei einer Mahlzeit wirklich Hunger gehabt?
- Wann bin ich richtig satt gewesen (nicht übersatt!)?
- Wann hatte ich wirklich genug (war zufrieden)?

Wer sich darüber Gedanken macht, dem wird die Vielschichtigkeit dieser Empfindungen bewusst. Oft ist es der Hunger nach etwas anderem, vielleicht menschliche Wärme, Zuneigung, Nähe, Anerkennung, Fröhlichkeit, Heiterkeit und auch einer Sinnhaftigkeit im eigenen Leben, um sich satt zu fühlen und (endlich) genug zu haben.

Essen und Trinken sind die einfachsten und schnellsten Methoden, sich etwas zuzuführen, bei Langeweile, Wut oder auch Einsamkeit sich etwas Gutes zu tun, oder auch, um sich zu stärken, z. B. gegen Müdigkeit, die ja oft andere Ursachen hat.

Überprüfen Sie Ihre eigenen Essgewohnheiten: Notieren Sie die Mahlzeit, die Speise und Ihr Motiv, warum Sie dies jetzt essen. Sie werden erstaunt sein, aus welchen Gründen gegessen wird. Es ist bestimmt nicht immer der Hunger, den wir als ›knurrenden Magen‹ beschreiben.

Eine weitere Hilfe: Setzen Sie sich vor dem Essen zu Nebenzeiten (spät oder zwischendurch) innerlich oder auch laut ein ›STOP‹. Fragen Sie sich: Warum esse ich jetzt oder was brauche ich jetzt wirklich? Es gibt in solchen Momenten viele Möglichkeiten, sich etwas Gutes zu tun außer zu essen. Überlegen Sie sich zuhause, was Sie schon immer unternehmen wollten, wofür sie sich nie die Zeit genommen haben: Ein schönes Bad; pflegende Körperöle benutzen; einen lieben Brief schreiben; Gedichte notieren, die Ihnen gefallen; ein schönes

Telefongespräch führen; einen besonders leckeren Tee aufbrühen ...

Wer feststellt, dass er oder sie mit diesen Problemen nicht mehr alleine zurechtkommt, kann sich mit ärztlicher Unterstützung ernährungstherapeutischen, möglicherweise psychotherapeutischen Rat einholen.

DIPLOM. ÖCO. TROPH. KAREN NESPEHAL,
NOVITAS Vereinigte BKK in Duisburg,
Beethovenstr. 13a, 50858 Köln,
E-Mail: knespethal@netcologne.de,
www.ernaehrungsberatung-queen.de

Erik Harms

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V.

Nach einer dreimonatigen Aufbauphase hat sich Ende September des vergangenen Jahres die Plattform Ernährung und Bewegung mit ihrem Gründungskongress gut 1000 interessierten Akteurinnen und Akteuren vorgestellt. Im Rückblick auf ein gutes halbes Jahr Aufbauarbeit stellt sich die Frage, welche Ziele die Plattform heute praktisch verfolgt.

Es gibt Handlungsbedarf

Dabei stellt sich keineswegs die journalistische Titelfrage dieser Zeitschrift, ob es sich bei der Warnung vor Übergewicht und Adipositas um Hysterie handelt. Die Tatsache eines Anstiegs des Anteils übergewichtiger und stark übergewichtiger Kinder, gemessen etwa bei Einschulungsuntersuchungen, ist ebenso wenig strittig wie die nachlassende Bewegungskompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Auch die überproportionale Betroffenheit von Kindern aus sozial schwachen und aus Migranten-Familien kann als gesicherte Erkenntnis gelten. Unabhängig von der notwendigen Verbesserung der Datenbasis z. B. durch den erst in 2006 abgeschlossenen Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts ist eindeutiger Handlungsbedarf gegeben.



Präventionsansätze müssen stärker fundiert und koordiniert werden

Nicht nur die Datenbasis zur Größenordnung und Entwicklung der Prävalenz von Übergewicht, auch die Erkenntnisse über wirksame Präventionsansätze in Deutschland und international müssen entwickelt werden. So fehlen zu den genauen Mechanismen der Entstehung und des nachhaltigen Abbaus von Übergewicht noch Kenntnisse. Die häufig betroffenen Kinder aus sozial schwächeren und Migranten-Familien sind schwer zu erreichen. Die Arbeit an der langfristigen Veränderung von Lebensstilen bedarf entsprechender (Finanzierungs-)Mechanismen.

Welche Erfahrungen hierfür aus Präventionsprogrammen auf lokaler Ebene vorliegen, diskutierten etwa 40 Expertinnen und Experten während eines Plattform-Workshops am 14./15. Dezember in Bonn. Von besonderem Interesse war das Vorgehen des zentralen französischen Programms EPODE, das von einer Allianz aller zuständigen Ministerien mit Unterstützung der Wirtschaft getragen und in zehn Städten parallel durchgeführt und evaluiert wird. Die französische Erfahrung zeigt, dass mit einem solchen koordinierten Vorgehen zumindest eine weitere Zunahme der Übergewichtsproblematik verhindert werden kann. Demgegenüber existiert in Deutschland zwar eine Vielzahl von Programmen, bislang jedoch oft ohne Koordination und mit deutlich schwächerer Mittelausstattung.

Austausch und Vernetzungsmöglichkeiten nutzen

Sowohl der Gründungskongress wie der Experten-Workshop zur Präventionsarbeit auf lokaler Ebene haben gezeigt, dass Träger, Expertinnen und Experten aus Präventionsprojekten und -einrichtungen wie auch Vertreter und Vertreterinnen der unterschiedlichen zuständigen Fachressorts der Länder großes Interesse an besseren Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten haben. Die Plattform bietet hierfür ein weiter auszubauendes Forum – auch mit dem Ziel, Impulse für mehr Abstimmung und Kooperation zwischen zur Zeit häufig parallel laufenden Aktivitäten zu geben.

Eine Stärke der Plattform, die Zusammenführung von Mitgliedern aus sonst eher getrennt auftretenden gesellschaftlichen Bereichen, konnte in den letzten Monaten stetig ausgebaut werden. Die über 50 Mitgliedsorganisationen repräsentieren ein breites und für das Präventionsthema der Plattform spezifisches Spektrum. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen, der Bundeselternrat, Lebensmittelindustrie und -handel, der Sport, die Bundesregierung und die Länder Bayern und Nordrhein-Westfalen, die Krankenkassen, Ernährungswissenschaftler und -wissenschaftlerinnen sowie Fachgewerkschaften bilden den weiter wachsenden Mitgliedsstamm und beginnen mit der Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten.

Konzentration auf programmatische Schwerpunkte

Bei Kindern bis zu zehn Jahren bestehen nach vorliegenden Erkenntnissen die besten Möglichkeiten, die Entwicklung von Übergewicht zu verhindern oder ein bereits entstandenes Übergewicht wieder abzubauen. Diese Chancen werden jedoch noch zu wenig genutzt. Die Verstärkung von Präventionsmaßnahmen für diese Altersgruppe wird daher im Mittelpunkt des ersten Aktionsprogramms der Plattform stehen, das sich in einem ersten Schritt vor allem mit der Zeitspanne von der Geburt bis zum Beginn der Grundschule auseinandersetzt.

Um den Aufbau von Vernetzungsstrukturen und die präventive Aktivität auf lokaler Ebene zu fördern, arbeiten die Plattform und das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft in einem dreijährigen Modellwettbewerb zusammen.

PROF. DR. ERIK HARMS, *Vorsitzender der Plattform Ernährung und Bewegung e. V., c/o Aufbausekretariat büro hammerbacher, Schnatgang 27, 49080 Osnabrück, Tel.: (05 41) 3 38 82-0, E-Mail: plattform@hammerbacher.de, www.ernaehrung-und-bewegung.de*

Monika Schneider

Durch unabhängige Beratung mehr Patientenautonomie?

Die wissenschaftlichen Ergebnisse aus einem dreijährigen Modellversuch zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen des § 65 b SGB V liegen vor. Vom 01. 07. 2001 bis 30. 06. 2004 förderten die Spitzenverbände der Krankenkassen 30 Modell-einrichtungen. Es wurden verschiedene Beratungsformen und -inhalte sowie Trägerorganisationen in den Modellverbund integriert. Sie sind ein Spiegelbild von Einrichtungen, die bereits in der Vergangenheit Anlaufstellen für Ratsuchende waren (z. B. Verbraucherzentralen, Sozialverbände, Einrichtungen der Selbsthilfe) bzw. sich durch die neuen gesetzlichen Regelungen berufen fühlten, ihr Wissen der Patientenberatung und Nutzerinformation zur Verfügung zu stellen (z. B. wissenschaftliche Erkenntnisse der Schmerztherapie bei Krebs oder Umweltinformationen bei allergiekranken Kindern). Die Evaluation, die von Wissenschaftlerteams der Universität Bielefeld sowie der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt wurde, hat die verschiedenen Ansätze über zweieinhalb Jahre untersucht. Als PDF-Datei steht der Abschlussbericht im Internet unter www.gkv.info > Verbraucher- und Patientenberatung.

Anfänge

Hoch engagiert und motiviert startete der Modellversuch. So wurde u.a. Unterstützung beim ›Aufspüren‹ von Arztadressen, Zuständigkeiten von Sozialleistungsträgern oder Informationen zu Krankheiten, Therapiemöglichkeiten sowie Lebenshilfe gegeben. Es wurden viele Daten gewonnen, die u.a. Einblick in die Arbeit der Beratungseinrichtungen, deren Kooperationsbeziehungen sowie die Beurteilung der Arbeit durch die Nutzer und Nutzerinnen liefern. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass dieser Modellversuch erstmalig umfassende Daten und wichtige Erkenntnisse für die Patientenberatung und Nutzerinformation in Deutschland liefert.

Transparenz schaffen

Ob Angebote der persönlichen Beratung oder Informationen via Internet – allen gemeinsam ist, dass die Beratungsangebote genauso vielfältig und unübersichtlich sind wie die bestehende



gesundheitliche Versorgungslandschaft. Gerade hier sollten Transparenz und ein leichter Zugang für alle Bürger und Bürgerinnen erreicht werden, um Wege durch den Dschungel der Angebote zu bahnen bzw. Informationen zur Verfügung zu stellen, die es Patienten und Patientinnen ermöglichen, selbstbestimmt am Therapieprozess teilzunehmen. Daher muss diese Förderphase als Suchprozess verstanden werden, um die verschiedenen Angebote auch bezüglich der Nutzerfrequentierung und -zufriedenheit zu betrachten. Eine Zusammenführung qualitätsgesicherter Gesundheitsinformationen auf allen Ebenen, von der Prävention bis zur Pflege, von der Akutmedizin bis zur Lebenshilfe, würde die Information und Beratung auf hohem Niveau wirtschaftlich gestalten.

Bedarfe analysieren

Weiterhin im Dunkeln bleibt die Frage nach dem tatsächlichen Bedarf an unabhängiger Beratung. Dass es Situationen gibt, in denen eine von Leistungsanbietern und Krankenkassen unabhängige Information oder Beratung benötigt wird, ist unbestritten. Aber in welchen Fällen wollen Ratsuchende von wem beraten werden? Es wäre daher verfrüht und wirtschaftlich nicht tragbar, über flächendeckende Strukturen nachzudenken, bevor der Bedarf bekannt ist. Es muss auch darüber nachgedacht werden, wie sich diese Angebote sinnvoll in die Gesamtstruktur einbetten lassen. Doppelstrukturen und Konkurrenzgebaren tragen weder zur Transparenz noch Akzeptanz bei den Ratsuchenden bei.

Die wissenschaftliche Auswertung belegt, dass über 37% der Ratsuchenden Fragen zu gesundheitsbezogenen Themen haben. Doch gerade Fragen nach dem besten Arzt bzw. der besten Ärztin oder der besten Behandlungsmethode müssen unbeantwortet bleiben, da es darüber in Deutschland noch keine ausreichenden Daten gibt. Zukünftig wird es qualitätsgesicherte Informationen auch für Patienten und Patientinnen über das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geben. Das Institut muss daher ein zentraler

Baustein in einer aufeinander abgestimmten Beratungslandschaft sein.

Zukunft

Führt die unabhängige Beratung zu mehr Patientenautonomie? Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen, dass die unabhängige Patientenberatung und Nutzerinformation einen wichtigen Beitrag zu mehr Patientenautonomie leisten kann. Sie muss allerdings für alle Ratsuchenden transparent und leicht zugänglich sein sowie aktuelle qualitätsgesicherte Informationen bereitstellen. Dazu ist eine – auch von Krankenkassen – unabhängige Finanzierung der Beratung notwendig. Die Finanzierungsfrage wird eine der entscheidenden sein.

MONIKA SCHNEIDER, AOK-Bundesverband Dependance Berlin, Charlottenstraße 42, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 25 31-10 09, Fax.: (0 30) 25 31-10 00, E-Mail: monika.schneider@bv.aok.de, www.aok.de

Christiane Haufe

Prävention und Therapie von Adipositas als Herausforderung für Physio- und Ergotherapie

Zur Bekämpfung von Übergewicht, besser noch dessen Vermeidung, ist die interdisziplinäre Mithilfe vieler gefragt. Welchen Beitrag zur Prävention und Therapie von Adipositas die Gesundheitsfachberufe Physiotherapie und Ergotherapie leisten können, soll im Folgenden ausgeführt werden.

Physiotherapie kümmert sich einerseits um die Beseitigung von Schäden des Haltungs- und Bewegungsapparates sowie andererseits auch um eine Verbesserung der Kreislauf- und Lungenfunktion. Beides sind Einflussgrößen, die bei der physiotherapeutischen Behandlung von adipösen Kindern zum Tragen kommen können. Ergotherapie dagegen ist die zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Sie findet u. a. Anwendung zur Therapie von Störungen der Motorik. Ihr Ziel ist es, durch Wieder-

herstellung und Erhaltung geistiger, psychischer und körperlicher Fähigkeiten die weitestgehende Selbständigkeit bei der Verrichtung der Tätigkeiten des täglichen Lebens zu ermöglichen.

Interdisziplinarität heißt das Stichwort

Bisherige aus verschiedenen Bausteinen zusammengesetzte Therapieprogramme zur Behandlung der Adipositas werden daher von verschiedenen Bereichen abzudecken versucht. Dabei sind Verhaltenstherapie sowie Ernährungs- und Bewegungsschulung sehr häufig vertreten. Auch ist die Einbindung der Eltern in ein Gewichtsreduktionsprogramm ihrer Kinder unabdingbar, denn schließlich tragen sie zu Hause dafür die Verantwortung, was gegessen wird und ob ein Bewegungsverhalten ihrer Sprösslinge gefördert wird oder nicht. Sie müssen bereit sein, ggf. selbst ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, um mit gutem Beispiel voranzugehen.

Beitrag der Physio- und Ergotherapie – Bewegung als zentrales Element

Neben bewegungsrelevanten Berufsgruppen wie Motopädiefachkräften, Sport- und Gymnastiklehrkräften, die häufig an der Therapie beteiligt sind, sollten aber gerade Physiotherapeuten und -therapeutinnen als Experten und Expertinnen auf dem Gebiet der Bewegung mit in Programmen integriert sein. Sie sind durch ihre Ausbildung und Berufsinhalte qualifiziert, Bewegungsprogramme speziell für adipöse Kinder zu entwickeln und anzuleiten. Auch sind sie in der Lage, veränderte Bewegungsmuster zu erkennen und mit Kindern ein Bewegungsverhalten einzuüben, das die Strukturen des Bewegungssystems ökonomisch belastet, denn diese leiden nicht selten an orthopädischen Fehlbildungen und Haltungsschwäche. Physiotherapeuten und -therapeutinnen müssen Erfolgserlebnisse bei den Kindern schaffen (z. B. Kraftzugewinn, Schnelligkeit, Verbesserung der Ausdauer), um ihnen schon frühzeitig und nachhaltig die Freude an der Bewegung zu vermitteln. Dies kann und sollte bereits in bestehenden Angeboten im Sinne eines gesundheitsförderlichen Ansatzes geschehen, z. B. im



Bereich der Frühförderung mit der Anleitung von Eltern-Kind-Turnstunden oder Babyschwimmkursen. Später ist eine Aufklärung der Eltern in Form von Elternabenden in Kindergärten und Schulen mit dem physiotherapeutischen Thema »Bewegungsförderung« denkbar. Dabei geht es auch darum, den Eltern zu vermitteln, wie sinnvoll schon eine schlichte Förderung der Alltagsaktivität (Treppe statt Fahrstuhl benutzen) sein kann.

Ergotherapie als Partner in der interdisziplinären Arbeit mit adipösen Kindern

Ein weiterer Partner in der interdisziplinären präventiven sowie therapeutischen Arbeit mit adipösen Kindern ist die Ergotherapie. In einem ganzheitlich-systemischen Ansatz konzentrieren sich Ergotherapeuten und -therapeutinnen auf die Betätigung bzw. die Handlungen von Menschen. Dabei ziehen sie das familiäre, vor- und schulische Betätigungsfeld des Kindes mit ein. Das bedeutet, dass Behandlungen auch dort stattfinden, wo sich das Kind in seinem Alltag aufhält, z. B. im Kindergarten, und dass Bezugspersonen in die Behandlung aktiv integriert werden. Ziel ist es, die individuelle Betätigungsperformance, also die Durchführung der Betätigung vor dem Hintergrund spezifischer Umfeldbedingungen und persönlicher Voraussetzungen, zu stärken. Es ist bekannt, dass essgestörte Kinder sowohl an motorischen Defiziten als auch an mangelnder Körper- und Selbstwahrnehmung leiden bzw. ein schlechtes Körperbewusstsein haben und somit zunehmend ungeschickter werden. Das ist eine der Ursachen für die in den letzten Jahren enorm gestiegene Zahl von Unfällen an deutschen Grundschulen. Ziele der ergotherapeutischen Behandlung adipöser Kinder sind hierbei u.a. die Verbesserung der Koordination und Sinneswahrnehmung, aber auch die Wiedererlangung von Selbstvertrauen und Handlungskompetenz in den verschiedenen Betätigungsfeldern.

Prävention der Adipositas als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Darüber hinaus müssen viele weitere gesellschaftliche Kräfte ihren Beitrag zur Adipositasprävention leisten. Dazu gehören zum Beispiel eine bewegungsfreundliche Städtebauplanung (sichere Radwege, attraktive Kinderspielplätze, Parkanlagen, Sportplätze, etc.), aber u. a. auch die Lebensmittelindustrie, die für gesunde Ernährung werben sollte und nicht mehr für überflüssige, jedenfalls aber zu kalorienreiche Kindernahrungsmittel.

CHRISTIANE HAUFE, *In der Mark 9, 44869 Bochum, Tel.: (0 23 27) 78 74 79, E-Mail: christiane_haufe@web.de*

Ute Winkler

Konsensuspapier Adipositasbehandlung im Kindesalter

Übergewicht bis hin zu Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird zunehmend zu einem gesundheitspolitischen Problem mit gravierenden Auswirkungen für die Betroffenen, aber auch für das Gesundheitswesen. Deshalb hat eine Arbeitsgruppe, in der alle maßgeblichen Akteurinnen und Akteure vertreten waren, unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erstmalig fundierte Qualitätsstandards zu Patientenschulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas vorgelegt. Dieses Konsensuspapier hat in erster Linie die Funktion, den Krankenkassen eine Handreichung zu geben, auf deren Grundlage Patientenschulungsprogramme bewertet und die Kosten übernommen werden können. Ebenfalls stellt es für die Anbieter der Programme eine Orientierungshilfe dar. Für die Betroffenen und deren Eltern wird dadurch die Bewertung des Nutzens und Erfolgs der inzwischen zahlreich angebotenen Patientenschulungsprogramme erleichtert.

Das Papier ist unter der Adresse www.bmgs.bund.de im Internet zugänglich.

DR. UTE WINKLER, *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat »Prävention im Bereich der Ernährung und Bewegung«, Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin, Tel.: 0 18 88 / 4 41-32 60, Fax: 4 41-48 56, E-Mail: ute.winkler@bmgs.bund.de*

Gesunde Hochschulen – neue Entwicklungen

Der AK Gesundheitsfördernde Hochschulen, koordiniert von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., existiert 2005 zehn Jahre. Nun sind die ersten Landeszusammenkünfte da. Am 18.11.2004 initiierte die Landesunfallkasse Nordrhein Westfalen in Kooperation mit der Koordinationsstelle für Hochschulübergreifende Fortbildung NRW einen ersten Erfahrungsaustausch zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung in Hagen. Im Rahmen dieser Tagung konstituierte sich die Landesarbeitsgruppe NRW des bundesweiten Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen. Als Grundlage der Zusammenarbeit wurde eine Programmatik (www.luk-nrw.de/downloads/Programmatik.pdf) verabschiedet, die u.a. Ziele, Arbeitsgrundlagen und Mitgliedschaft konkretisiert. Bei der Gründungstagung sind 77 Personen aus 28 Hochschulen der Landesarbeitsgruppe beigetreten.

GU DRUN FALLER, *E-Mail: gfaller@luk-nrw.de*

Einen weiteren Zusammenschluss gibt es seit Mai 2004 in Bayern, der unabhängig vom bundesweiten Arbeitskreis tätig ist: die Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung, in der alle bayerischen Universitäten vertreten sind. Ziele sind ein Forum für Austausch und gegenseitige Beratung zu sein sowie einheitliche Standards auf dem Gebiet von Suchtprävention und Gesundheitsförderung festzulegen. Die Initiative ging von den bayerischen Kanzlern aus, die in der Arbeitsgemeinschaft erarbeiteten Ergebnisse werden an die Hochschulleitungen vermittelt.

E-Mail: suchtberatung@zv.uni-wuerzburg.de

Andreas Berger

»wir frühstücken« – machen Sie doch einfach mit!

Leerer Bauch studiert nicht gern, das wissen wir alle, dennoch geht der Trend immer mehr dahin, dass Schülerinnen und Schüler ohne gefrühstückt zu haben in die Schule kommen. Vor allem an weiterführenden Schulen ist dies ganz normal. Die Folgen sind hinlänglich bekannt – z. B. Konzentrationsmangel, Leistungsabfall, Aggressivität, Essstörungen.

Genau an diesem Punkt setzte die Landesvereinigung der Milchwirtschaft Niedersachsen e. V. (LVN) den Hebel an und gründete das Aktionsforum »Schulfrühstück«. In einem Kompetenzteam mit Expertinnen und Experten aus Schule, Wissenschaft, Politik und Ernährungswirtschaft wurde das Projekt »wir frühstücken« mit folgenden Zielen entwickelt:

- Initiierung von Frühstücksprojekten an weiterführenden Schulen in Niedersachsen
- Optimierung der Ernährungssituation
- Stärkung des Ernährungsbewusstseins und -wissens
- Förderung der Dialogbereitschaft

Im Frühjahr 2005 wird ein Pilotprojekt starten. Dieses ist notwendig, um positive und negative Erfahrungen in die Kampagnenoptimierung einfließen zu lassen, bevor »wir frühstücken« landesweit umgesetzt wird. 2004 hat bereits ein Workshop zu »wir frühstücken« stattgefunden. Die Ideen und Anregungen aus diesem Workshop waren die Grundlage für die Entwicklung des erweiterbaren Leitfadens »Umsetzung von »wir frühstücken« in meiner Schule«. Diesen Leitfaden bekommen alle Schulen ausgehändigt, die sich an dem Projekt beteiligen. Die LVN sieht sich als Impulsgeberin und bietet Hilfe zur Selbsthilfe. Denn nur so ist es für die teilnehmenden Schulen möglich, das Projekt langfristig und in Eigenregie fortzuführen. Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung des Projektes übernimmt der Fachbereich Erziehungswissenschaften an der Universität Hannover unter Leitung von Prof. Dr. Gunter A. Pilz.

Bei »wir frühstücken« wird in der Zielgruppenansprache bewusst auf den gesundheitlichen Aspekt des Frühstückens verzichtet, da zukünftige

Krankheiten und Gebrechen bei Kindern und Jugendlichen nachweislich noch kein Thema sind. Vielmehr stehen bei »wir frühstücken« Spaß, Freude, Faszination und das gemeinsame Erleben des leckeren Frühstücks im Mittelpunkt. Ein besonderes Augenmerk legt die LVN auf Schulen in sozialen Brennpunkten. Mit einem gemeinsamen Frühstück können zusätzlich soziale Kompetenzen vermittelt und das Aggressionspotential vieler Kinder verringert werden.

Für die schulinterne Durchführung von »wir frühstücken« gibt es verschiedene Ansätze. Sie variiert je nach Schultyp, Ausstattung und Räumlichkeiten der Schule. Denkbar sind z. B. »Wir-AGs«, die ihre selbst kreierten Produkte in einer Art Cafeteria oder Pausentreff anbieten. Diese »Wir-AGs« haben den Vorteil, dass Schülerinnen und Schüler verschiedener Klassenstufen je nach Qualifikation eine Tätigkeit ausüben. Jüngere können von Älteren angelernt werden, so wie es auch im Berufsleben gang und gäbe ist. Als wissenschaftliche Basis für die Auswahl der angebotenen Speisen und Getränke dienen die Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V.

Um die Attraktivität von »wir frühstücken« noch zu steigern, stellt die LVN ein internetbasiertes Bonussystem sowohl für die einzelnen Schülerinnen und Schüler als auch für die Schulen zur Verfügung. Es belohnt gesundes Essverhalten, aber auch Engagement und Eigeninitiative. Die Preise reichen von T-Shirts über zweckmäßiges Küchenequipment bis hin zur Bezuschussung von Schulfesten.

Die Landesvereinigung der Milchwirtschaft Niedersachsen steht den teilnehmenden Schulen beratend zur Seite, wenn es um die Planung, Organisation und Durchführung von »wir frühstücken« geht.

ANDREAS BERGER, Landesvereinigung der Milchwirtschaft Niedersachsen e. V.,
Seelhorststraße 4, 30175 Hannover,
Tel.: (05 11) 85 65 3-35,
E-Mail: berger@milchwirtschaft.de.

Horst Brockhoff

Was esse ich da eigentlich??

Ernährungsbedingte und -mitbedingte Krankheiten stellen heute gerade bei Kindern und Jugendlichen ein verbreitetes Problem dar. Essstörungen und Übergewicht sind eine wesentliche Ursache für spätere Erkrankungen, für daraus folgende Störungen individueller Lebenszufriedenheit, für Probleme der sozialen wie der psychischen Stabilität.

Die bisherigen Ansätze zur Ernährungs- und Verbraucherbildung in diesen Lebensphasen haben diese Entwicklungen besonders in sozial benachteiligten Schichten nicht nachhaltig beeinflussen können. Hinzu kommt, dass gerade bei den jungen Altersgruppen viele ehemals selbstverständliche Kenntnisse und Kompetenzen des Lebensmitteleinkaufs und der Lebensmittelzubereitung nicht länger anzutreffen sind.

Konsummuster und Ernährungsverhalten werden jedoch bereits im Kindesalter wesentlich geprägt. Der frühzeitigen Vermittlung von Wissen über die Herkunft der Lebensmittel, über ihre Zusammensetzung und über die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit kommt daher besondere Bedeutung zu. Die notwendigen Kompetenzen, um verantwortungsvolle und selbstbestimmte Konsumentinnen und Konsumenten von Lebensmitteln werden zu können, müssen also frühzeitig vermittelt werden.

Damit gilt es, ergänzend zum Elternhaus und schulische Bemühungen unterstützend, den Schülerinnen und Schülern Wege zu einer selbstbestimmten und nachhaltigen Ernährungskultur aufzuzeigen. Hierzu gehört es, die Fähigkeit zur Beurteilung von Lebensmitteln und Fertigkeiten ihrer handwerklichen Zubereitung zu vermitteln.

»Transparenz schaffen ...« – ein Projekt für außerschulisches Lernen im Themenfeld Lebensmittelkonsum

Seit 2002 gibt es in Niedersachsen die Initiative »Transparenz schaffen – von der Ladentheke zum Erzeuger«. An 19 regionalen Standorten unterstützt das Projekt schulische Vorhaben der Verbraucherbildung und Ernährungserziehung durch vielfältige Angebote des Lernens vor Ort. Die Initiatoren des

Projekts gehen davon aus, dass es vielen jungen Menschen im Bereich des Lebensmittelkonsums an wichtigen Erfahrungs- und Begegnungsräumen mangelt, die die Schule allein nicht bereitstellen kann.

Wenn bei jungen Verbraucherinnen und Verbrauchern nachhaltige Verhaltensänderungen erreicht werden sollen, müssen Lernarrangements bereitstehen, die an der Alltagssituation der Schülerinnen und Schüler, an ihren Problemen und selbstgestellten Fragen ansetzen. Die Erfahrungen aus dem Projekt zeigen, dass sich die Lernmotivation entscheidend steigert, sobald die Perspektive der Schülerinnen und Schüler mit einbezogen wird.

Der Mehrzahl der Jugendlichen sind die Grundlagen gesunder Ernährung und sinnvollen Konsums im Wesentlichen durchaus bekannt. Allerdings wird dieses Wissen häufig nicht in aktives Handeln überführt. Dies liegt sicher auch an der noch fehlenden Erfahrung z. B. mit den Folgen von Fehlernährung. Wichtiger ist aber noch, dass ein abstrakter und mit Warnungen behafteter Gesundheitsbegriff häufig eher abstößt und nur wenig motiviert. Ein mehr emotionaler und auf erlebnisorientiertes Handeln ausgelegter Vermittlungsweg verspricht hier, eher zum Ziel zu führen. Über reale Begegnungen mit Menschen aus der Landwirtschaft, über Betriebs erkundungen und Lernwerkstätten lassen sich Erfahrungen und Erlebnisse vermitteln, deren Reichweite über reines Lernwissen hinausgeht.

Wo kommen meine Lebensmittel her? Wie erkenne ich deren Qualität? Wie bereite ich sie schmackhaft zu? Welche Nahrungsbestandteile braucht mein Körper? Dies sind wichtige Fragen, die jede Schülerin und jeder Schüler zu beantworten in der Lage sein sollte. Bei der angeleiteten Erkundung von landwirtschaftlichen Betrieben, von Bäckereien, von Supermärkten und anderen Orten des Lebensmittelsektors wird es möglich, generelle Hintergründe der Herstellung und des Lebensmittelkonsums zu verstehen und sich dabei die Folgen des eigenen Ernährungs- und Konsumverhaltens bewusst zu machen.

Sinnvoll essen und Essen schmackhaft zuzubereiten lernen gerade junge

Konsumenten und Konsumentinnen durch Handeln und Ausprobieren, weniger durch Information über Inhaltsstoffe und Gesundheitswerte. Daher sind die gemeinsame Mahlzeit in der Gruppe und das direkte Umsetzen des Erfahrenen in praktische Tätigkeit obligatorische Bestandteile der Veranstaltungen des Projekts.

Die Öffnung der Schule hin zu strukturierten realen Begegnungen vor Ort ist ein wichtiger Weg, Gestaltungskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern zu entwickeln. Hier kann ausprobiert werden, was als Schlüsselqualifikation für ein künftiges reflektiertes Handeln als Verbraucherin und Verbraucher von Bedeutung ist.

Landwirte, Landfrauen, handwerkliche und industrielle Lebensmittelverarbeitende berichten an ihrem Arbeitsort aus der Praxis und von ihrem Arbeitsalltag. Sie machen damit eventuell schon bekannte, aber bislang abstrakt gebliebene Vorgänge und Zusammenhänge der Lebensmittelherstellung anschaulich und verstehbar – vom eigenen Teller bis zum Acker des Landwirtes. Das Projekt will hierdurch einen Beitrag leisten, dem Nahrungsmittelsektor aufgeklärte und verantwortliche junge Konsumenten und Konsumentinnen an die Seite zu stellen.

HORST BROCKHOFF, Projektleitung ›Transparenz schaffen...‹, Freilichtmuseum am Kiekeberg, Am Kiekeberg 1, 21224 Rosengarten, Tel.: (0 40) 79 01 76-13, Fax: (0 40) 7 92 64 64, E-Mail: brockhoff@kiekeberg-museum.de, www.transparenz-schaffen.de

Hermann Spörl

›Peine speckt ab‹ - Gesundheitsbündnis für den Landkreis Peine

Im Landkreis Peine hat sich im Mai 2003 ein Forum für Gesundheit von Experten und Expertinnen aus verschiedenen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens gegründet. Die Zusammenarbeit in dem ›Gesundheitsbündnis für den Landkreis Peine‹ findet auf der Basis einer Selbstverpflichtung statt.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus den Bereichen der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung, der ambulanten und stationären Krankenpflege sowie der Kommunalpolitik. Vertreten sind ebenso die Krankenkassen, Agenda 21, die Kontaktstelle für Selbsthilfe, das Gesundheitsamt und die Frauenbeauftragte für den Landkreis. Das Gesundheitsbündnis strebt als regionales Forum für alle gesundheitsrelevanten Fragestellungen und Probleme die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsstruktur an.

Mitte des vergangenen Jahres hat sich das Gesundheitsbündnis mit den Ursachen und Folgen falscher Ernährung und fehlender Bewegung befasst. Die Veranstaltung ›Peine speckt ab‹ am 25. Februar war der Auftakt für weitere Aktionen unter diesem Leitgedanken.

Mit der Veranstaltung sollte das Gesundheitsbewusstsein hierfür geschärft werden. Schwerpunkt der Veranstaltung war ein Vortrag von Prof. Dr. Pudel unter dem Titel ›Weg mit dem Fett!‹. Im anschließenden ›Markt der Möglichkeiten‹ wurden individuelle Aktionen rund um das Thema Ernährung, Bewegung und Lebensgefühl an verschiedenen Informationsständen präsentiert, z. B. der Auftakt des Projekts ›Sprint-Training zur Gewichtsreduzierung und zur Selbstbehauptung für Kinder und Jugendliche‹ durch die KVHS, die ›Aktion Einkauf‹ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, eine ›Fettausstellung‹ oder ein ›Esstypetest‹.

Neben den ortsansässigen Organisationen wie Kreissportbund, Krankenkassen, Verbraucherzentrale, Ärzteverein und der Selbsthilfe war auch die DGE mit einem Info-Stand vertreten.

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sollte durch positive Aspekte von gesunder Ernährung, moderater Bewegungssteigerung und flexibler Kontrolle des Essverhaltens oder auch durch Änderung der Essgewohnheiten verbessert werden. Schirmherrin der Veranstaltung war Frau Ministerin Dr. von der Leyen.

HERMANN SPÖRL, Gesundheitsamt Peine, Tel.: (0 51 71) 70 00 01, E-Mail: h.spoerl@landkreis-peine.de

Margot Wehmhöner

›Fit von klein auf‹ – Ein Wettbewerb für Kindergärten

In Kooperation mit dem BKK-Landesverband NRW, dem Regionalverband Ruhr und der RWE-Jugendstiftung hat der BKK-Bundesverband im September letzten Jahres den Wettbewerb ›Fit von klein auf‹ ausgeschrieben. Rund 2.500 Kindertagesstätten im Ruhrgebiet wurden aufgerufen, sich zu beteiligen.

Im Mittelpunkt des Wettbewerbs standen Interventionen in Kindertageseinrichtungen zur Prävention von Übergewicht – also vorrangig zur Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Daneben waren Maßnahmen gefragt, mit denen insbesondere die Rahmenbedingungen und Strukturen in den Kindertagesstätten gesundheitsförderlich gestaltet werden. Damit zielte der Wettbewerb darauf ab, einen Überblick über bestehende Aktivitäten zu sammeln, gute Praxisbeispiele herauszustellen und zu bestärken sowie neue Impulse und Anregungen für einen gesunden Kinderalltag zu geben. Die Wettbewerbsausschreibung beschränkte sich zunächst auf das Ruhrgebiet – eine Region mit einem hohen Anteil von Menschen in schwierigen sozialen Verhältnissen, mit Migrationshintergrund, Arbeitslosen oder allein erziehenden Eltern.

Mit 128 eingereichten Beiträgen zeigte sich eine hohe Resonanz auf den Wettbewerb, die sich auch in der starken öffentlichen Aufmerksamkeit in Medien widerspiegelt.

Die eingereichten Beiträge zeigen ein breites Engagement zur Ernährungs- und Bewegungsförderung als integralen Bestandteil des Kindergartenalltags. Viele darüber hinausragende Aktivitäten haben Beispielcharakter, wie die regelmäßige Kooperation mit Sportvereinen, die Umsetzung von ›Mini-Sportabzeichen‹, die Ausweitung von Angeboten für Eltern sowohl im Bewegungsbereich (Familienwandertage) als auch im Ernährungsbereich (Mütterfrühstück mit Fachvorträgen zu unterschiedlichen Themen) sowie regelmäßige Mahlzeiten für die Kinder. Bei der Auswahl der Preisträgerinnen und Preisträger wurde ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet, dass gerade auch die erschwerten Bedingungen in Einrichtungen mit einem hohen Anteil von Kindern aus sozial benachteiligten

Lebensverhältnissen – also die Risikogruppe für Übergewicht – berücksichtigt wurden.

Die eingereichten Beiträge wurden von einer Fachjury bewertet. Die Preisverleihung wurde am 10.2.2005 von der Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, Birgit Fischer, vorgenommen.

Der BKK-Bundesverband plant, einen solchen ›Fit von klein auf‹-Wettbewerb auch in anderen Regionen und Bundesländern auszuschreiben.

MARGOT WEHMHÖNER, BKK-Bundesverband
Abt. Gesundheit, Ref. Gesundheitsförderung u. Selbsthilfe, Kronprinzenstr. 6,
45128 Essen, Tel.: (02 01) 1 79 12 46,
Fax: (02 01) 1 79 10 14,
E-Mail: WehmhoenerM@bkk-bv.de,
www.bkk.de/gesundheits/gesundheitsförderung

Dietmar Hagen

Gesundheit mit Genuss in der Gemeinschaftsverpflegung

Neben einer qualitativ hochwertigen und gesunden Ernährung in der Kantine der traditionsreichen hannoverschen Firma Bahlsen ist seit mehreren Jahren das ›Lieblingessen‹ eines Mitarbeiters oder Mitarbeiterin ein fester Bestandteil des wöchentlichen Speiseplans. Das Stichwort bei dieser Art der Verköstigung heißt ›Mehr-Wert-Ernährung‹.

Was bedeutet ›Mehr-Wert-Ernährung?‹

Die Qualitätsmerkmale der Mehr-Wert-Ernährung sind eine Synthese aus saisonaler Vielfalt von Naturprodukten, gekonnter Zubereitung der Gerichte und Einbeziehung der Wünsche der Gäste. Dazu gehört auch, dass die Essenszeit in einer angenehmen Atmosphäre genossen wird und somit die Sinne beleben kann. Das Konzept ist bis hin zur finanziellen Machbarkeit mit hoher Transparenz durchdacht, entwickelt und in verschiedenen Institutionen bereits umgesetzt worden.

Die Auswahl der Lebensmittel: Respektvoller Umgang mit den Ressourcen

Der wahre Geschmack liegt in der Natur: Diese Erkenntnis ist Grundlage der Mehr-Wert-Ernährung. Deshalb sind frische und aus ökologischer Landwirtschaft stammende Lebensmittel die Basis dieses Konzepts. Dabei werden regionale und der Jahreszeit entsprechende Produkte bevorzugt. Weiterer spürbarer Mehr-Wert ist die Verwendung erstklassiger Öle und Fette, minimaler Einsatz von Tiefkühlprodukten sowie der Verzicht auf gehärtete Pflanzenfette wie z. B. Margarine sowie Tütensoßen und Suppenpulver.

Die Zubereitung: Werterhaltende Verarbeitung

Eine werterhaltende Vor- und Zubereitung ist erforderlich, um den natürlichen Geschmack der Lebensmittel bis hin zu den fertig gestellten Speisen zu gewährleisten. Dies beginnt bereits mit der sorgfältigen Lagerung der Rohwaren, wozu z. B. die produktbezogene Einstellung der Luftfeuchtigkeit in den Kühlräumen zählt. Um Vitamine und Mineralstoffe so weit wie möglich zu erhalten und die Bekömmlichkeit der Speisen zu garantieren, werden nährstoffschonende Gartechniken wie Dämpfen, Dünsten und Braten mit geringem Fettanteil angewendet. Die Warmhaltezeiten bei der Vorhaltung und Ausgabe der Speisen müssen möglichst kurz sein, um die wertgebenden, meist hitzeempfindlichen Inhaltsstoffe und die sensorische Qualität auf hohem Niveau zu halten. Dies wird durch eine gut organisierte Logistik ermöglicht.

Der Speiseplan: Abwechslung ist Trumpf!

Dreh- und Angelpunkt erfolgreicher Großküchen ist die durchdachte Speiseplanung. Eine hohe Varianz im Wochenablauf und nicht eine breite Speiseauswahl innerhalb eines Tages ist der Schlüssel zum Erfolg. Ein ansprechendes Angebot vegetarischer Gerichte hat zur Folge, dass ein ca. 40% geringerer Fleischeinsatz möglich wird. Das eingesparte Geld kann für hochwertiges Fleisch von artgerecht gehaltenen

Tieren (möglichst von Demeter- oder Bioland-Höfen) verwendet werden.

Die Ausgewogenheit von Frischkost, Fleischgerichten und vegetarischen Speisen bestimmt die Ernährungsqualität. Differenzierter betrachtet sind es dann die einzelnen Bestandteile und deren Verhältnis zueinander: Kohlenhydrate, Proteine, Fette, Vitamine, Mineralstoffe sowie Ballaststoffe und nicht zu vergessen die umfassende Palette sekundärer Pflanzenstoffe.

Die Wirtschaftsweise: Konzentration auf das Wesentliche

Das Konzept der Mehr-Wert-Ernährung beruht auf einfachen ökonomischen Prinzipien, welche die wirtschaftliche Umsetzung gewährleisten.

- Wir fokussieren das Angebot auf ausgewählte Gerichte und verzichten auf Convenience-Produkte.
- Wir setzen bevorzugt auf saisonale und regionale Lebensmittel und reduzieren den Fleischanteil.
- Wir haben ein klares Anforderungsprofil an Lieferanten und sichern so eine hohe Qualität der Lebensmittel.
- Wir erzielen eine hohe Effizienz der Prozessabläufe durch unterstützende Führung.
- Die feine und gesunde Küche leistet einen sehr wichtigen Beitrag zur Unternehmenskultur.

Fazit

Beim Konzept der Mehr-Wert-Ernährung werden die Aspekte, die mit dem Thema Essen in Verbindung stehen, gekonnt und verantwortungsvoll vereint. Dabei geht es um die Frage: Was ernährt den ganzen Menschen? Es geht nicht nur um Ökologie, nicht nur um Esskultur, nicht nur um Genuss oder Gesundheit. Die Gesamtheit ergibt den Mehr-Wert.

Das Konzept der Mehr-Wert-Ernährung wurde in Zusammenarbeit mit Stefan G. Meyer (Küchenchef bei Bahlsen) und Christine Dietrich (Heilpraktikerin und Prozessbegleitung) entwickelt.

DIETMAR HAGEN, *Essenszeit – Agentur für gesundes Leben, Deisterstr. 37g, 30449 Hannover, Tel.: (05 11) 96 02 31 8, E-Mail: dietmar.hagen@essenszeit.com,*

www.essenszeit.com

Berg, Berg, Meierjürgen, Predel

M.O.B.I.L.I.S. – Schulungsprogramm für übergewichtige Erwachsene

Adipositas ist eines der am häufigsten auftretenden Gesundheitsprobleme in Deutschland. Laut Deutscher Adipositas-Gesellschaft (DAG) weisen 20 Prozent der Bevölkerung (ca. 18 Mio.) ein behandlungsbedürftiges Übergewicht auf – Tendenz steigend. Dieser Entwicklung kann in der gezielten Kombination von Maßnahmen zur Umstellung von Ernährung, körperlicher Aktivität und Verhalten entgegengewirkt werden. Unter Leitung des Universitätsklinikums Freiburg, Abt. für Rehabilitative und Präventive Sportmedizin und der Deutschen Sporthochschule Köln, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin wurde ein innovatives sportmedizinisches/sporttherapeutisches Schulungsprogramm zur Therapie der Adipositas und assoziierter Risikofaktoren entwickelt. Die Umsetzung des Programms wird von der BARMER aktiv begleitet und unterstützt.

M.O.B.I.L.I.S. (multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) zielt auf die Umsetzung einer energetisch ausgeglichenen Lebensweise und einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Im Laufe eines Jahres werden M.O.B.I.L.I.S.-Teilnehmern und Teilnehmerinnen Inhalte aus Bewegung/Sport, Psychologie/Pädagogik, Ernährung und Medizin/Gesundheit in 20 theoretischen und 35 praktischen Einheiten durch ein interdisziplinäres Team vermittelt. Die ärztliche Betreuung mit ausführlicher Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung gehört zum festen Bestandteil des Programms.

Voraussetzungen für die Teilnahme bei M.O.B.I.L.I.S. sind die Vollendung des 18. Lebensjahres, starkes Übergewicht (BMI zwischen 30 und 40), mindestens ein begleitender Risikofaktor (z. B. Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, orthopädische Beschwerden, psychische Probleme) sowie eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung.

Erste Erfolge und weiterer Aufbau

2004 konnte die Modellphase mit ersten M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen in Freiburg und Ratingen erfolgreich abgeschlossen werden: So verloren die Teilnehmenden durchschnittlich fast 9 Kilogramm

Körpergewicht. Ca. 70 Prozent erzielten damit eine Gewichtsreduktion von mehr als 5 Prozent ihres Ausgangsgewichts. Mit diesem Ergebnis erfüllt M.O.B.I.L.I.S. die Empfehlungen der DAG für ambulante Interventionsprogramme mit übergewichtigen Erwachsenen.

Gegenwärtig werden bundesweit interdisziplinäre Schulungsteams ausgebildet. Im Laufe des Jahres 2005 werden M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen nach standardisiertem Konzept in 30–40 Städten starten. Dabei soll eine Dokumentation des Therapieverlaufs im Sinne der Evidence-based-Medicine (angestrebte Beobachtungszahl: $n = 4.000$) erreicht werden. Neben der Gewichtsentwicklung werden hierzu die Verbesserung der Risikofaktoren und des Gesundheitsverhaltens (Bewegung, Ernährung) sowie die Veränderung der Lebensqualität berücksichtigt. Das Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Heidelberg führt eine begleitende Prozessevaluation durch. Die BARMER erwartet von dem Programm langfristige Kosteneinsparungen durch die Vermeidung oder Verzögerung von Folgeerkrankungen. Ein bundesweiter Aufbau von M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen, mit einer zentralen Projektsteuerung in Freiburg, ist für die kommenden Jahre vorgesehen.

In der Gesundheits- und Sportpolitik stößt das Schulungsprogramm auf große Resonanz: Verschiedene Bundestagsabgeordnete haben bereits ihre feste Zusage gegeben, M.O.B.I.L.I.S.-Gruppen als Gesundheitspaten in ihrem Wahlkreis zu begleiten. So soll eine höhere allgemeine Wertschätzung als bei bisherigen Gesundheitsprojekten erreicht werden. Das Projekt wird darüber hinaus durch eine Reihe von Partnern aus der Industrie sowie Verbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefördert und unterstützt.

PROF. DR. ALOYS BERG, ANDREAS BERG, DR. RÜDIGER MEIERJÜRGEN, PROF. DR. HANS-GEORG PREDEL, *Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Universitätsklinik, Abt. Rehabilitative u. Präventive Sportmedizin, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg, Tel.: (07 61) 50 39 10, E-Mail: info@mobilis-programm.de, www.mobilis-programm.de*



Gesundheitsmonitor 2004

Man nehme die in regelmäßigen Abständen erhobenen Daten des Gesundheitsmonitors und lasse sie von Experten und Expertinnen für unterschiedliche gesundheitspolitisch relevante Themenfelder interpretieren. Im Ergebnis kommt es zwar zu keinen überraschenden Erkenntnissen, die Bewertung der Daten fällt aber durch spezifische Hintergrundinformationen der einzelnen Autorinnen und Autoren interessant aus. Das Datenmaterial stellt die Bertelsmann Stiftung zur Verfügung, die seit längerem den Status quo der ambulanten Versorgung durch Befragungen von Versicherten sowie Ärztinnen und Ärzten erhebt. Der Fragebogen sowie Feld- und Methodenberichte können von jedermann im Internet eingesehen werden. Die Herausgeber kommen im Übrigen zum Schluss, dass die Probleme des deutschen Gesundheitswesens nur bei Aufnahme der Position der Versicherten in die diversen Reformüberlegungen erfolgreich zu lösen sind. (bb)

JAN BÖCKEN, BERNARD BRAUN, MELANIE SCHNEE (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft.* Verlag Bertelsmann Stiftung, Bielefeld, 2004, ISBN 3-89204-781-2, 148 Seiten, 18 Euro

Selbsthilfe und Gesundheit

Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie der Zunahme von chronischen Krankheiten und Behinderung, der Veränderung sozialer Netzwerke sowie der Verringerung finanzieller Ressourcen des Gesundheitssystems, ergeben sich auch neue Anforderungen an eine adäquate Gesundheitsversorgung. Um diesem Wandel Rechnung zu tragen, werden einerseits die Reorganisation und Verbesserung der Versorgung und andererseits die Stärkung von Prävention, Eigenverantwortung und Selbsthilfe diskutiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich das professionelle Gesundheitssystem und organisierte Selbsthilfe ergänzen können. In dem vorliegenden Buch wird den

Fragen nachgegangen, was man unter Selbsthilfe versteht, welchen Beitrag Selbsthilfegruppen und -organisationen in der Versorgung leisten können und welche Forderungen und Möglichkeiten der Unterstützung von Selbsthilfe daraus resultieren. Der Autor gibt sowohl einen systematischen allgemeinen Überblick über Begriffe, Konzepte sowie den Stand der Forschung als auch über die Entwicklungen und Perspektiven der Selbsthilfe in der Schweiz und in Deutschland. (ts)

BERNHARD BORGETTO: *Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.* Hans-Huber Verlag, Bern 2004, 293 Seiten, ISBN 3-456-84027-6, 28,95 Euro.

Handbuch Integrierte Versorgung

Die Loseblattsammlung ist in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Integrierte Versorgung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes der Niedergelassenen Chirurgen entstanden. Ausgangspunkt der Betrachtung ist das Krankenhaus, für das sich mit Kooperationen wie der Integrierten Versorgung neue Handlungsmöglichkeiten ergeben. So stehen dann die ersten Aufsätze schwerpunktmäßig unter den Rubriken ›Strategie, Planung, Umsetzung‹ und ›Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. Neben den verschiedenen (Prozess-) Aspekten der Integrierten Versorgung werden als eigene Schlagworte natürlich das Case Management und Disease Management aufgeführt. Dem Handbuch sind Literaturhinweise, Glossar, Stichwortverzeichnis und aktuelle Kurzinformationen vorangestellt. Ergänzungslieferungen sind drei- bis viermal jährlich vorgesehen. (bb)

WOLFGANG HELLMANN (Hrsg.): *Handbuch Integrierte Versorgung. Strategien - Konzepte - Praxis.* Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg/Lech, 2004, ca. 600 Seiten, ISBN 3-609-10620-4, 148 Euro

Filmreihe ›Zu dick? Zu dünn?‹

Diese von der BZgA herausgegebene Filmreihe stellt das Thema ›Ess-Störungen‹ vor, eingebettet in den Lebenszusammenhang von Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahren. In den vier Filmfolgen à 15 Minuten kommen vor allem nicht akut betroffene Jugendliche zu den Themen Körper und Wohlbefinden, Ernährung, Ess-Störungen sowie Therapie- und Selbsthilfemöglichkeiten zu Wort. Die dazugehörige Begleitbroschüre richtet sich besonders an Pädagoginnen und Pädagogen in der schulischen und außerschulischen Jugendarbeit, die mit dem Problem Ess-Störungen konfrontiert sind. Sie gibt im ersten Teil präventiv orientierte Hintergrundinformationen zu Ess-Störungen und Hinweise für die pädagogische Praxis. Der zweite Teil enthält konkrete und praxisnahe Vorschläge für die Arbeit mit den Filmfolgen, während im dritten Teil Texte aus den Filmen sowie Hinweise auf Beratung, Materialien und Literatur zusammengestellt sind. (ib)

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hrsg.): *Zu dick? Zu dünn? Ess-Störungen bei Jugendlichen, Videokassette mit Begleitmaterialien zur Filmreihe.* Köln, 2002/2004, Bestell-Nr. 99 860 000, 8 Euro incl. Versand, Bezugsadresse: BZgA, 51101 Köln, Fax (02 21) 89 92-2 57

Gesetze für Pflegeberufe

Im Bereich des Pflege- und Gesundheitswesens ist eine Vielzahl verschiedener Gesetze und untergesetzlicher Normen von Bedeutung, die laufend Reformen und Ergänzungen unterliegen. So ergeben sich beispielsweise aufgrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, der Integration des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch sowie der Novellierung des Krankenpflegegesetzes zahlreiche Neuerungen, welche für die Lehre und Praxis der Pflege relevant sind. Die umfangreiche Gesetzessammlung entspricht dem Stand 1. August 2004. (ts)

THOMAS KLIE, ULRICH STASCHEIT (Hrsg.): *Gesetze für Pflegeberufe.* Nomos Verlag, Baden-Baden, 8. Auflage, 2004, 1103 Seiten, ISBN 3-8329-0484-0, 18 Euro



Patientenzufriedenheit

Nur der Originaltitel ›Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care zeigt, um was es überhaupt in der vorliegenden deutschen Übersetzung geht. Zum einen wird konsequent die Kundensituation im Gesundheitswesen analysiert, wie sie für Praktiker und Praktikerinnen im Wettbewerb um Patienten/Patientinnen und Kunden/Kundinnen überlebensnotwendig ist. Zum anderen findet eine Fokussierung auf die Situation in der häuslichen und stationären Pflege statt. Inwieweit die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den USA übertragbar auf das deutsche System ist, können letztlich nur Experten und Expertinnen beurteilen. So wäre es sicherlich sinnvoll gewesen, der Darstellung eine Einführung zur Versorgung von Pflegebedürftigen im Land der Autoren und Autorinnen voranzustellen. Wer sich diese Informationen anderweitig beschafft, erhält neben der Diskussion um Kundenzufriedenheit auch zugleich eine Liste englischsprachiger Internetadressen und ein komplettes englischsprachiges Literaturverzeichnis. (bb)

ROBERT K. APPLEBAUM, JANE K. STRAKER, SCOTT M. GERON: *Patientenzufriedenheit. Benennen, bestimmen, beurteilen.* Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, 144 Seiten, ISBN 3-456-83844-1, 29,95 Euro

Krankenhaus-Report 2004

Ab 2005 müssen zugelassene Krankenhäuser erstmalig für das Jahr 2004 einen strukturierten Qualitätsbericht vorlegen. Der Krankenhaus-Report 2004 hat sich auch deshalb des Themas Qualitätstransparenz angenommen und beleuchtet dieses unter verschiedenen Aspekten. So wird über den deutschen Tellerrand hinausgeschaut. Erfahrungen mit Qualitätsberichten aus verschiedenen angelsächsischen Ländern werden vorgestellt. Interessant sind Überlegungen, wie Qualitätsdaten von Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Gesundheitswesen genutzt werden können. Hilfreich ist auch die Krankenhauspolitische Chronik 2000 bis 2004 (Juli),

die die vielen Veränderungen kompakt ins Gedächtnis zurückruft. Neu aufgenommen wurden Auswertungen des Mikrozensus 1995–2003 zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die dem Report beigelegte CD-ROM enthält alle Abbildungen, Tabellen, ergänzenden Daten und Tabellen sowie die G-DRG-Kataloge 2003–2005. (bb)

JÜRGEN KLAUBER, BERNT-PETER ROBRA, HENNER SCHELLSCHMIDT (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz – Instrumente und Konsequenzen.* Schattauer, Stuttgart, New York, 431 Seiten, ISBN 3-7945-2350-4, 49,95 Euro

Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie

Passen gesundheitsökonomische Untersuchungen und die Behandlung psychischer Störungen zusammen? Warum wurde gerade dieser medizinische Leistungsbereich von wirtschaftlichen Bewertungen ausgeschlossen? Ein Hauptgrund ist die methodische Schwierigkeit, die direkten und indirekten Kosten zu ermitteln und sie auf die möglichen Grundformen der ökonomischen Evaluation anzuwenden. Dem Methodenteil wird deshalb durch mehrere Beiträge breiter Raum gegeben. Eine Konkretisierung erfolgt durch die Vorstellung störungsspezifischer Ansätze wie z. B. der gesellschaftlichen Kosten von Essstörungen oder der psychosozialen Versorgung in der Onkologie. Die aktuelle Vergütungsproblematik der niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen werden abschließend in einem eigenen Beitrag vorgestellt. (bb)

HEINER VOGEL, JÜRGEN WASEM (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung.* Schattauer, Stuttgart, New York, 2004, 310 Seiten, ISBN 3-7945-2258-3, 79 Euro

Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, der Deutsche Gewerkschaftsbund und das Netzwerk Gesundheit haben im Frühjahr 2004 drei Anhörungen zur Umsetzung der Bürgerversicherung durchgeführt. Die Rede- und Diskussionsbeiträge von Befürwortern wie Kritikern der Bürgerversicherung sind unter drei Themenblöcken zusammengefasst worden: die mögliche Rolle der gesetzlichen und privaten Krankenkassen im Rahmen der Bürgerversicherung, Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrundlage, Risikostrukturausgleich – rechtliche Bedenken – Übergangsprobleme. Abschließend stellen die Herausgeber die konkrete Umsetzung der Bürgerversicherung vor. (bb)

MARTIN PFAFF, HEINZ-STAPF-FINÉ (Hrsg.): *Bürgerversicherung – solidarisch und sicher! Die Rolle von GKV und PKV, Beitragsgrundlagen, Leistungskatalog, rechtliche Umsetzung.* VSA-Verlag, Hamburg, 2004, 261 Seiten, ISBN 3-89965-088-3, 17,50 Euro

Balance von Familie und Arbeitswelt

Von einer besseren Balance von Familie und Arbeitswelt profitieren die Familien, der Staat und die Unternehmen. Das Buch belegt in Beiträgen von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens, wie z. B. Jutta Limbach, Michael Sommer, Peter Hartz, Roland Berger und Bert Rürup, diese Thesen. Sein Anliegen ist, eine familienorientierte Personalpolitik in Unternehmen zu fördern.

In einem Serviceteil sind Untersuchungsergebnisse, Adressen und Literatur zum Thema aufbereitet. Initiativen wie die Allianz für die Familie oder das Audit Beruf und Familie werden vorgestellt. (us)

RENATE SCHMIDT, LIZ MOHN (Hrsg.): *Familie bringt Gewinn. Innovation durch Balance von Familie und Arbeitswelt.* Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2004, 201 Seiten, ISBN 3-89204-778-2, 25 Euro



Gesundheit gemeinsam gestalten

Die Gestaltung des kommunalen Lebensraumes im Hinblick auf nachhaltige Gesundheitsförderung steht im Zentrum des Readers. Die institutionellen Organisationsformen, wie z. B. Gesundheitsläden, Gesundheitszentren, Gesundheitshäuser, werden als Infrastrukturen für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung ins Blickfeld gerückt. Methodische Ansätze für die Berichterstattung sowie Geschlecht und soziale Ungleichheit als Themen der Gesundheitsförderung sind weitere Aspekte dieses Buches. (us)

EBERHARD GÖPEL, VIOLA SCHUBERT-LEHNHARDT (Hrsg.): *Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung*. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2004, 257 Seiten, ISBN 3-935964-61-7, 19,80 Euro

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Mittelpunkt des sehr formal gehaltenen rechtlichen Kompendiums stehen die gesetzlichen Grundlagen aller Leistungsbereiche der GKV. Den einzelnen Bereichen wird jeweils die genaue Fundstelle im SGB V vorangestellt. Fast immer werden dazu entsprechende Urteile des Bundessozialgerichts und untergeordneter Gerichte zitiert bzw. mit Randnummern Querverweise zu anderen im Buch beschriebenen einzelnen Leistungsbereichen gegeben. In einem separaten Abschnitt wird auf die Auslandsbehandlung und das neue EU-Recht eingegangen. Ein sehr ausführliches Stichwortverzeichnis entschädigt für ein sehr unübersichtliches Inhaltsverzeichnis, das mit teilweise sechststelligen Gliederungspunkten leider keine Hervorhebungen zu den einzelnen Leistungsbereichen vorzieht. (bb)

KATRIN FASTABEND, EGBERT SCHNEIDER: *Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung*, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2004, 421 Seiten, ISBN3-503-07427-9, 49,80 Euro

Gender Mainstreaming in zivilgesellschaftlichen Organisationen

Die vorliegende Expertise gibt Argumentationshilfen zur Einführung von Gender Mainstreaming in Organisationen und stellt Ansätze und Implementierungskonzepte von zivilgesellschaftlichen Organisationen aus den Bereichen Soziales, Bildung, Jugend und Sport vor. Zudem werden idealtypische Elemente und Instrumente zur Gestaltung von Prozessverläufen skizziert. Umsetzungsfragen und grundsätzliche Fragen werden erörtert. Damit gibt das Buch wertvolle Anstöße und Anregungen zu Gender Mainstreaming. (us)

MARIANNE WEG: *Going Gender für die BürgerInnengesellschaft. Gender Mainstreaming in zivilgesellschaftlichen Organisationen. Studie für den Arbeitskreis ›Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat‹ der Friedrich-Ebert-Stiftung*. 2005, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, 95 Seiten, ISBN 3-89892-314-2, kostenlos zu beziehen über E-Mail: svetlana.rodewald@fes.de

Sonja Gerisch

Biografien in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Buch ›Leben, um zu arbeiten‹ geht der Frage nach, welche Unterstützungsformen die Menschen brauchen, um mit ihrem unsteady gewordenen Arbeitsleben zurechtzukommen, und welche institutionellen Handlungsschritte im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) dafür notwendig werden. Die Beiträge behandeln die aktuellen Themen der BGF wie die Entgrenzung von beruflicher und privater Lebenssphäre, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, berufsbiografische Umbrüche und Stationen der Arbeitslosigkeit oder den Übergang in den Ruhestand. Die (Berufs-) Biografie wird dabei als Kreuzungspunkt verstanden, der alle damit zusammenhängenden Fragen miteinander verbindet. Die Beiträge thematisieren hierfür die

Perspektive der Betroffenen, ihre Situation, ihre Sichtweisen und Bewältigungsversuche. Es geht dabei vielfach um die Notwendigkeit eines Ortes der Verständigung untereinander, an dem über Wahrnehmungen einer veränderten Arbeitswelt gesprochen werden kann und Zusammenhänge gemeinsam bewusst gemacht werden, ein Ort auch der Reflexion über das eigene Verhältnis zur Arbeit und ihre Einbettung ins Leben insgesamt.

JOSEPH KUHN, EBERHARD GÖPEL, ROLF BUSCH (Hrsg.): *Leben, um zu arbeiten? Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischem Blickwinkel*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2005, 176 Seiten, ISBN 3-935964-87-0, 17,90 Euro

Psychyrembel

›Der‹ Psychyrembel listet auch nach 110 Jahren immer noch aktuell neben Abkürzungen alle medizinischen Begrifflichkeiten von ›Aarskog-Syndrom‹ bis ›zytozid‹ auf. Die neue Ausgabe hat eine typographische Überarbeitung erfahren und listet erstmalig im Anhang auch ärztliche Erstmaßnahmen bei ausgewählten internistischen Notfällen und Hinweise bei Vergiftungen auf. Ab sofort kann der Psychyrembel auch als online-Version unter www.psychyrembel.de als Nachschlagewerk mit einer Einzelplatz- oder Mehrplatzlizenz benutzt werden. Lieferbar ist die Gesamtausgabe auch als CD-ROM. (bb)

Psychyrembel. Klinisches Wörterbuch. 260. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York, 2004, 2022 Seiten, ISBN 3-11-017621-1, 39,95 Euro



<http://ab-server.uni-leipzig.de>

Dieses Projekt wurde von der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e. V. initiiert. Der Beratungs- und Essstörungserver bietet eine breite Kommunikationsplattform. Die Kommunikation unter Betroffenen und Angehörigen kann sowohl über einen Chat Room als auch über Diskussionsforen (offen und geschlossen) erfolgen. Informationen über laufende Studien und Studienergebnisse sind strukturiert und verständlich dargestellt und bieten einen guten Überblick.

www.bgvv.de

Diese Webseite wird vom Bundesinstitut für Risikobewertung betrieben. Hier findet man zu den verschiedenen Themenbereichen, darunter auch Ernährungsprodukte, unterschiedliche Bewertungskriterien. Aktuelle Pressemitteilungen stehen zu den entsprechenden Themen zum Downloaden zur Verfügung.

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

Der Verband stellt einen Zusammenschluss gemeinnütziger Träger ambulanter Beratungs- und Therapieeinrichtungen dar. Die Seite bietet eine sehr komprimierte Darstellung von Informationen über Essstörungen.

www.echtgerecht.de

Eine Webseite vom Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft. »Clever einkaufen« ist das Motto dieser Seite. Denn nicht nur billig ist auch gut. Das Bewusstsein über Konsumgüter (Herstellung, Handel, Qualität) soll in der Bevölkerung durch diese Seite verbessert werden. Lebensmittel spielen dabei natürlich auch eine wichtige Rolle. Wo und wie werden Produkte angebaut, wie wird der Handel betrieben und an was erkenne ich ein Bioprodukt, welche Qualitätssiegel existieren. Gut strukturiert und übersichtlich.

www.ifap-index.de/bda-manuale/adipositas/index.html

Herausgegeben vom BDA, dem Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband – e. V. Eine detaillierte Darstellung der Ursachen, Diagnostik, Risikofaktoren und der

möglichen Therapieverfahren von Adipositas. Es besteht die Möglichkeit, die Ernährungspyramide und Druckvorlagen für die Praxis herunterzuladen.

www.slowfood.de

»Genießen mit Verstand – von Anfang an.« Dies ist der Slogan des Vereins Slow Food Deutschland e. V. Dieser Verein gründete sich 1986 in Italien und setzt sich zum Ziel, die rasante Ausbreitung des Fast Food und des damit einhergehenden Verlustes der Esskultur und Geschmacksvielfalt zu limitieren. Dafür organisiert der Verein Veranstaltungen und engagiert sich für die Verbraucher z.B. für die Qualitätssicherung der Nahrung. Am 29. 04. 05 findet eine »Slow Bier« Veranstaltung statt. Auch eine Art zu genießen.

www.talkingfood.de

Diese Webseite ist aus einer Jugendkampagne rund um das Thema Lebensmittelsicherheit und gesunde Ernährung entstanden. Finanziert wurde diese Kampagne vier Jahre lang von der Europäischen Kommission. Nun werden die Aktivitäten mit Unterstützung der Partner von Talking Food und des Verbraucherschutzministeriums unter dem Motto »Jugend is(s)t aufgeklärt« weiterhin durchgeführt. Jugendliche und Lehrkräfte sollen für dieses Thema sensibilisiert werden. Deshalb werden die Informationen für Kinder und Jugendliche zielgruppenspezifisch auf eine spielerische Weise in Form von Spielen und Quiz vermittelt. Für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen werden Unterrichtsmaterialien für das Thema »gesundes Essen« angeboten.

www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/050-001.htm

Auf dieser Seite findet man Leitlinien für die Erkrankung Adipositas. Diese wurden von einem Expertengremium aus Wissenschaft und Betroffenenverbänden entworfen. Inhaltlich beschäftigen sich diese Leitlinien mit der Definition und Klassifikation von Übergewicht, den daraus resultierenden Gesundheitsproblemen, sowie den Empfehlungen für Prävention und Therapie.

www.was-wir-essen.de

Eine übersichtliche Seite rund um alle Lebensmittel. Welche Schadstoffe gibt es? Welche Kontrollen und Gesetze existieren für Verbraucher und Verbraucherinnen, welche Schlagzeilen kursieren in der Presse und wie sind diese zu bewerten? Alles Fragen, die auf dieser Seite leicht verständlich beantwortet werden. Für spezifische Fragen steht ein Expertenforum zur Verfügung, die Fragen zu Lebensmitteln und Ernährung ausführlich beantwortet.

www.rki.de

Unter der Rubrik Gesundheit A–Z findet man die Unterrubrik »Übergewicht und Adipositas«. Unter diesem Punkt verbirgt sich das Heft 16 der »Gesundheitsberichterstattung des Bundes«. Schwerpunkte bei der wissenschaftlichen Berichterstattung bilden die Ursachen und Verbreitung von Adipositas in Deutschland mit Zahlen und Grafiken. Die Auswirkungen und Begleiterscheinungen sowie jegliche Therapiemethoden werden vorgestellt und erläutert. Auf Grund der bundesweiten Auswertung werden natürlich auch die nachvollziehbaren Kosten von Adipositas im Gesundheitswesen dargestellt. Die PDF-Datei ermöglicht eine schnelle und kompakte Informationsbereitstellung zum Thema Adipositas.

www.zusatzstoffe-online.de

Welche Konservierungsmittel gibt es eigentlich und welche Zusatzstoffe sollten Menschen mit Allergien meiden? Diese Fragen werden auf der oben genannten Webseite sicher geklärt. Die Verbraucher Initiative e. V. hat sich das Ziel gesetzt, ökologischen, sozialen und gesundheitlichen Verbraucherschutz zu betreiben. Ein Lexikon gibt Aufschluss über Zusatzstoffe. Über die Suchanfrage kann man auf eine Datenbank zugreifen. Rechtliche Grundlagen und Bestimmungen werden aufgeführt und erklärt. In einem Forum, bei dem man sich allerdings anmelden muss, kann man spezifische Fragen an Experten und Expertinnen stellen. Außerdem besteht eine Verlinkung zu den Seiten zur Transparenz für Gentechnik bei Lebensmitteln und einer Webseite rund um Labels.



Veranstaltungen der LVG

Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Impulse zur Umsetzung in der Region

26. April 2005, Wilhelmshaven und

31. Mai 2005, Lüneburg

Die regionale Fachtagung informiert über das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz und den Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie deren Umsetzung in die Praxis. Sie richtet sich sowohl an Fachkräfte aus dem Pflege-, Sozial- und Gesundheitsbereich, die sich für den Aufbau dieser Angebote interessieren, als auch an Einrichtungen, die beratend tätig sind und über das neue Angebot informieren. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der zuständigen IKK und der jeweiligen Kommune durchgeführt.

Ageing, Health and Gender

Workshop 29.-30. April 2005, Kassel

Im Workshop der Interdisziplinären AG Frauenforschung der Universität Kassel in Kooperation mit dem European Women's Health Network (EWHNET) werden geschlechtsspezifische Bedingungen und mögliche Strategien im Umgang mit Ressourcen und Belastungen und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenslagen im Alter fokussiert. Ziel des Workshops soll sein, sich länderübergreifend über Modelle guter Praxis und ihrer Förderung auszutauschen und der Frage nach Möglichkeiten der Implementierung solcher Modelle und Strategien nachzugehen.

Weitere Informationen: Universität Kassel, IAG,

Katja Reimann, Tel: 05 61-8 04-27 59,

E-Mail: k.reimann@uni-kassel.de

Wie kann der Generationendialog gelingen?

10. Mai 2005, Göttingen

Wie hat sich das Generationenverhältnis geschichtlich entwickelt und wie wird es in Zukunft aussehen? Welche Aufgabe kommt dem Miteinander der Generationen in nächster Zeit zu? Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren den Dialog untereinander? Konkrete Projekte und wissenschaftliche Erkenntnisse informieren darüber, wie man regional den Dialog zwischen den Generationen beginnen und verstetigen kann. Die Veranstaltung wird getragen vom Regionalen Netzwerk Generationendialog in Göttingen und u. a. in Kooperation mit der Niedersächsischen Landesagentur Generationendialog durchgeführt.

Ungleich besser?! – Wie lässt sich Gesundheitsförderung und Prävention durch Diversity-Management zielgruppengenaue und -gerechter gestalten?

3. Juni 2005, Hannover

Anlässlich des 100-jährigen Vereinsjubiläums der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. stellt sich die Frage, wie unterschiedliche Zielgruppen in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erreicht werden können, dringlicher denn je. Wie erreicht man die Menschen mit den größten Bedarfen und nicht nur die leicht Erreichbaren? Das Präventionsgesetz mit seinen Anforderungen an gesundheitliche Chancengleichheit für beide Geschlechter schafft neue Herausforderungen. Diversity-Management ist im Sektor der

Industrie längst eine etablierte Strategie. Was können Gesundheitsförderung und Prävention davon lernen? Die Veranstaltung wird in Kooperation mit den Mitgliedseinrichtungen der Landesvereinigung durchgeführt.

10 Jahre Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen – Jubiläumstagung

10. Juni 2005, Universität Bielefeld

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen wird zehn Jahre alt. Die Jubiläumstagung wird die Arbeit resümieren und das Erreichte würdigen sowie zukünftige Aufgaben für gesundheitsfördernde Hochschulen diskutieren. Großbritannien wird als Gastland vertreten sein und den Stand der Arbeit dort vorstellen.

Rauchfrei in Niedersachsen – Auftaktveranstaltung

29. Juni 2005, Hannover

Niedersachsen hat als erstes Bundesland die Erhöhung der Nicht- und Nieraucherquoten bei Kindern und Jugendlichen zum Landesgesundheitsziel erklärt. Dieses Ziel wird in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen, den Körperschaften der Ärzteschaft, dem Landessportbund und den niedersächsischen Fachministerien umgesetzt. Auf der Fachtagung zum Kampagnenstart werden unterschiedliche Präventionsansätze in Schulen und Jugendeinrichtungen sowie neue Materialien vorgestellt.

»Eine Aufgabe für Profis« – Multiplikatoren-schulung zur Initiierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

4.-6. Juli 2005, Bad Bederkesa

Nach der Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, § 45 a-c SGB XI, sind niedrigschwellige Betreuungsangebote im ambulanten Bereich eine abrechenbare Leistung geworden. Sie können von Pflegediensten und Sozialstationen, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Einrichtungen der Lebenshilfe oder von anderen ambulanten Diensten aufgebaut werden. Diese Fortbildung richtet sich an Einrichtungen, die den Aufbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes durchführen wollen. Es werden grundlegende Informationen und Kenntnisse zum Auf- bzw. Ausbau, zur Durchführung und zu Fördermöglichkeiten dieser Projekte im Sinne des § 45 a-c SGB XI vermittelt.

4. Niedersächsische Fachtagung Einflüsse auf das Ernährungs- und Essverhalten von Kindern in Kindergarten und -tagesstätte

07. Juli 2005, Hannover

Erfahrungen von Erzieherinnen, Erziehern und Lehrkräften sowie Medienberichten zufolge ist der Anteil essgestörter Kinder und Jugendlicher in den letzten Jahren gestiegen. Die Probleme »bei Tisch« treten häufig schon in Familien mit Kleinkindern auf und werden von Kindern und Eltern häufig als sehr belastend empfunden. Was kann Kita/Kiga leisten, wenn es um Essprobleme bei Kindern geht? Kann essen ein Qualitätsmerkmal in Kindergarten und -tagesstätte sein? Diese und weitere Fragen werden auf der Fachtagung beleuchtet.



Niedersachsen

Von der (Un-)Möglichkeit einer Sozialen Diagnostik, 14.-15. 4. 2005, Emden, Kontakt: D. Röh, FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen, Constantiaplatz 4, 26723 Emden, Tel.: (0 49 21) 98 13 58, E-Mail: roeh@fho-emden.de

Qualität in der Gesundheitsversorgung – Die Europäische Perspektive, 21.-22. 4. 2005, Hannover, Kontakt: Angelika Multer-Meier, Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 3 80 25 06, Fax: (05 11) 3 80 21 18, E-Mail: angelika.multer-meier@zq-aekn.de

Symposium für Salutogenese, 6.-8. 5. 2005, Bad Gandersheim, Kontakt: Alte Mühle, Am Mühlenteich 1, 37581 Bad Gandersheim, Tel.: (0 53 82) 9 55 47 30, E-Mail: info@salutogenese-zentrum.de,

Berufsübergreifende Kooperationen im Gesundheitswesen, 20. 5. 2005, Hannover, Marianne Zech, Blumhardtstraße 2, 30612 Hannover, Tel.: (05 11) 5 30 11 25, Fax: (05 11) 5 30 11 95, E-Mail: zew@efh-hannover.de

Mädchengewalt... genauso aggressiv wie die Jungen?, Erfahrungen und Perspektiven für die Gewaltprävention mit Mädchen, 30.-31. 5. 2005, Ganderkesee, Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, Tel.: (05 11) 85 87 88, Fax: (05 11) 2 83 49 54, E-Mail: andrea.buskotte@jugendschutz-niedersachsen.de

Gemeinsam handeln! Profilierung der Umweltbildung durch die Potenziale der Älteren, 2.-3. 6. 2005, Osnabrück, Kontakt: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung, Dr. Claudia Olejniczak, Lister Strasse 15, 30163 Hannover, Tel.: (05 11) 3 99 72 53, Fax: (05 11) 3 99 72 29, E-Mail: olejniczak@ies.uni-hannover.de

Dem Leben dienen, Systemisches Arbeiten in heilenden, Pflegenden und pädagogischen Berufen, 18.-19. 6. 2005, Buxtehude, Kontakt: Maria Schulze Oechtering, Prof. Hoepke Str. 9, 55411 Bingen, Tel.: (0 67 21) 1 48 64, Fax: (0 67 21) 1 53 6 02, E-Mail: maria.schulze.oechtering@gmx.de

Bundesweit:

Fachkongress Altenpflege, Altenpflege + Pro-Pflege 2005, 12.-14. 4. 2005, Nürnberg, Kontakt: Vincentz Network, Postfach 62 47, 30062 Hannover, Tel.: (05 11) 9 91 01 75, Fax: (05 11) 9 91 01 99, E-Mail: veranstaltungen@vincentz.net, www.vincentz.net

Fachtagung, Kommunale Umwelt gesundheitsfördernd gestalten, 14.-15. 4. 2005, Berlin, Kontakt: Projekt Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Breitscheidstr. 2, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 86 43 04, Fax: (03 91) 8 86 47 36, E-Mail: wenke.girmann-russ@sgw.hs-magdeburg.de, www.sgw.hs-magdeburg.de/agenda21

Friedenskonferenz, Die Generation der Kriegskinder und ihre Botschaft für Europa sechzig Jahre nach Kriegende: Unsere Kinder und Enkel sollen in Frieden zusammenleben..., 14.-16. 4. 2005, Frankfurt/Main, Kontakt: Geber & Reusch, Kaiser-Friedrich-Promenade 2, 61348 Bad Homburg, Fax: (0 61 72) 6 81 3 34, www.uni-frankfurt.de/jubufu/kriegskindheit05

Wissenschaftlicher Kongress, ÖGD – Investition in die Zukunft, 14.-16. 4. 2005, Bamberg, Kontakt: Dr. Winfried Strauch, Landratsamt Bamberg, Gesundheitsamt, Ludwigstraße 23, 96052 Bamberg, Tel.: (09 51) 85 65 0, Fax: (09 51) 85 86 50, E-Mail: winfried.strauch@lra-ba.bayern.de

Kindergartenag, Entdecken, schauen, fühlen!, 16. 4. 2005, Güstrow, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V., Zum Bahnhof 20, 19053 Schwerin, Tel.: (03 85) 7 58 98 94, Fax: (03 85) 7 58 98 95

BundesDrogenkongress, Suchthilfemanagement 2005, 18.-19. 4. 2005, Augsburg, Kontakt: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., Odeonstr. 14, 30519 Hannover, Tel.: (05 11) 1 83 33, Fax: (05 11) 1 83 26, E-Mail: mail@fdr-online.info, www.fdr-online.info

Bundesweite Tagung, „gesund leben lernen“, 21. 4. 2005, Mainz, Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V., Bandwikerstr. 12, 39114 Magdeburg, Tel.: (03 91) 8 36 41 11, Fax: (03 91) 8 36 41 10, E-Mail: magdeburg@lv-gsa.de, www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de

Den Wechsel gestalten, Neuorientierung im Umgang mit der Hormontherapie in den Wechseljahren, 22. 4. 2005, Düsseldorf, Kontakt: Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW, Alte Vlothoer Str. 47-49, 32105 Bad Salzuflen, Tel.: (0 52 22) 6 3 62 94, Fax: (0 52 22) 6 3 62 97, E-Mail: koordinationsstelle@frauengesundheit-nrw.de

Kongress, Alt werden – Mensch bleiben, zwischen Selbstbestimmung und Ausgrenzung, 19.-21. 5. 2005, Flensburg, Kontakt: Ökumenisches Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen, Knuthstr. 1, 24939 Flensburg, Tel.: (04 61) 8 12 21 01, Fax: (04 61) 8 12 21 13, E-Mail: kongress@oebiz.de

Notwendige Entscheidungen, Europäische Wege zur Prioritätensetzung im Gesundheitssystem, 3. 6. 2005, Berlin, Kontakt: Evangelische Akademie zu Berlin, Charlottenstr. 53/54, 10117 Berlin, Tel.: (0 30) 20 35 55 00, Fax: (0 30) 20 35 55 50, E-Mail: akademie@eaberlin.de

Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Stärkung der Erziehungskompetenz, 3.-4. 6. 2005, Köln, Kontakt: Renate Lehfeld, TU Braunschweig, Institut für Psychologie, Spielmannstr. 12 A, 38106 Braunschweig, Tel.: (05 31) 3 91 28 55, Fax: (05 31) 3 91 81 05, E-Mail: info@praeventionskongress2005.de

Kongress, Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation, 13.-15. 6. 2005, Heidelberg, Kontakt: Fachverband Sucht e.V., Walramstraße 3, 53175 Bonn, Tel.: (02 28) 2 61 5 55, Fax: (02 28) 21 58 85 u. 2 42 09 99, E-Mail: sucht@sucht.de

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Krankenhaus Klinik Rehabilitation 2005, 15.-17. 6. 2005, Berlin, Kontakt: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin, Tel.: (0 30) 49 85 50 31, Fax: (0 30) 49 85 50 30, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de, www.hauptstadtkongress.de

International:

International Conference on Health Promoting Hospitals, Empowering for Health: Practicing the principles, 18.-20. 5. 2005, Dublin, Irland Kontakt: Fulcrum Medical Marketing, Unit 31, Second Avenue, Cookstown Industrial Estate, Tal-laght, Dublin 24, Ireland, Tel.: +353 1 4 52 03 02, Fax: +353 1 4 52 03 04, E-Mail: info@fulcrummarketing.ie, www.univie.ac.at/hph/dublin2005

Age 05, Internationaler Soziologiekongress: Gesundheit und Alter(n), 25.-27. 8. 2005, Neuchâtel, Schweiz, Kontakt: Gesundheitsobservatorium, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tel.: +41 32 713 60 45, Fax: +41 32 713 66 54, E-Mail: age05@bfs.admin.ch, www.age05.ch

Antwort bitte ausfüllen und schicken oder faxen an die

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fensckeweg 2, 30165 Hannover, Fax: (05 11) 3 50 55 95

Ich möchte ...

- den Newsletter regelmäßig kostenlos beziehen
- weitere Informationen über die Landesvereinigung für Gesundheit

Name

Institution

Anschrift

Tel./Fax

Ich/Wir sind vorwiegend tätig im

- Gesundheitswesen
- Bildungsbereich
- Sozialbereich

Anregungen, Kritik, Wünsche

Sonstiges