

Notwendiger Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Koordinatoren in Schulen zwischen Ärzten und dem Gesundheitstraining



Dr. med. Werner Seebauer

Zusammenfassung

Die Fakten: Die Mehrzahl aller Erkrankungen ist bereits chronisch; bei Kindern sieht man zunehmend durch schlechte Ernährung und Bewegungsmangel bedingte „Alterserkrankungen“; Präventionsprojekte bedürfen einer flächendeckenden Vernetzung. Die Lehrer in den Schulen sollten dafür qualifiziert werden und es bedarf der Ausbildung von Koordinatoren, die als Präventions- und Gesundheitsmanager zwischen den Therapeuten und der Primärprävention agieren. Ferner bedarf es an neuen Führungskräften in der Politik und in Unternehmen, die die Rahmenbedingungen für sozioökonomische Änderungen ermöglichen. Über die Europauniversität sowie daran angeschlossene Fortbildungen werden beide Aspekte in neue Studienfächer integriert.

Schlüsselworte

Chronische Erkrankungen im Kindesalter; Übergewicht und Bewegungsmangel; Diabetesepidemie; Sozioökonomische Schäden; Präventionsprojekte; Schulprogramme; Präventions- und Gesundheitsmanager-Studium; Europauniversität Viadrina.

Die Ärzte klären zu wenig umfassend über Primärprävention auf

Ignoranz heisst im engsten Sinne des Wortes Unwissenheit, doch bei vielen Menschen paart sich diese auch mit einem Desinteresse. Zu viele wollen es nicht genauer wissen oder wollen sich dafür die Zeit nicht nehmen. Dies schadet überall, doch besonders dort, wo Gewohnheit und Unkenntnis dogmatisch auf scheinbarer Fachebene auf Meinungsbildner trifft, die nur am Rande mit der Kernmaterie zu tun haben. So sind z. B. Lehrer, Gesundheitspolitiker und auch Mediziner oft nicht ausreichend über die evidenzbasierten Fakten der Ernährungswissenschaften informiert und häufig selber, von der nur scheinbar einfach verständlichen Materie, verwirrt oder überfordert. Man haftet daher viel zu lange an überholten Theorien oder gar Mythen! Der Unwillen oder Zeitmangel sich damit intensiver zu befassen, wird zum Teil verständlich, in Anbetracht dessen, dass alleine im Bereich der Ernährung und Krebsprävention bis

2007 bereits insgesamt 497.350 wissenschaftliche Veröffentlichungen vorlagen, von denen viele widersprüchliche Ergebnisse aufweisen. Doch gerade die adäquate Analyse der Daten, kann diese Verwirrung und die oft falschen Dogmata dezidiert widerlegen. Nach Aufwertungen durch Experten der Fachgesellschaften wurden, betreffs Relevanz und korrektem Studiendesign, aus diesen fast 500.000 Studien im WCRF-Report nur 7000 Studien als für die Krebs-Präventionskriterien signifikant zutreffend zugelassen und zu sehr aussagekräftigen Ergebnissen zusammengefasst [1]. Diese sind umso überzeugender als Leitlinien anzuerkennen, wenn man einen tieferen Gesamteinblick in die Materie hat und interdisziplinär die Medizin, Sport- und Ernährungswissenschaft integral verbindet.



Präventionstagung 2009 im Alten Bundestag Bonn

Grosse sozioökonomische Schäden und Defizite

Die Fakten: Über 50% aller Erkrankungen sind bereits chronisch (WHO); bei Kindern sieht man zunehmend durch schlechte Ernährung und Bewegungsmangel bedingte „Alterserkrankungen“; die Fehlernährung verursacht in Deutschland Folgekosten von über 70 Milliarden € pro Jahr; für die Diabetesbehandlung alleine sind es 30 Milliarden € (Bulletin der Bundesregierung) [2]. Rechnet man weitere Erkrankungen dazu, die nicht unbedingt mit Übergewicht, jedoch ebenfalls mit Bewegungsmangel und Fehlernährung zu tun haben, vervielfachen sich die Behandlungskosten. Sowohl die Häufigkeiten der Herz-Kreislauf- als

auch der Krebs-Erkrankungen steigen trotz intensiver Forschung. Da Fehlernährung und Bewegungsmangel die Hauptursachen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch Typ-2-Diabetes sind und unter anderem auch bei der Entstehung sowie Ausbreitung mancher Krebserkrankungen eine wichtige Rolle spielen, werden dringend mehr konsequente Beratungen mit den vor allem daraus umzusetzenden aktiven Massnahmen benötigt.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland, Österreich und der Schweiz ernähren sich nicht so wie es die Fachgesellschaften empfehlen (DACH-Referenzwerte 2000) [3–6]. Die vielen Empfehlungen, Kampagnen und Beratungen sind oft nicht ausreichend, um effektive und anhaltende Verbesserungen zu erzielen. Es mangelt nicht an Beratungsmöglichkeiten, es mangelt an Umsetzung! Gute Programme und gute Materialien sind erst effizient, wenn sie so früh wie möglich von ausgebildeten Multiplikatoren vermittelt werden.

Daher benötigen wir adäquate Mechanismen für die Überzeugungsarbeit betreffend der Lebensstiländerung und wir benötigen eine Verhältnisprävention. Wir sollten für die erforderlichen Umsetzungen auf das Know How aus dem Coaching zurückgreifen und dazu zahlreiche „Trainer“ ausbilden. Allgemein mangelt es an flächendeckender Ausbreitung und an der Vernetzung von bereits diversen begonnenen guten Präventionsprojekten. Für die Massnahmen sind durchaus unterschiedliche Verfahren möglich, doch ohne zentrale Koordinierung und ohne gemeinsames Qualitätsmanagement bleibt vieles lokal begrenzt. Dringend sollten überall vom Kindergarten bis in die Schulen Vorsorgeprogramme und neue Unterrichtsfächer, sowie frühere Zeitpunkte und bewährte Formen der Wissensvermittlung hinsichtlich der Gesundheitsförderung etabliert werden.

Bei den Kindern fängt es an

In Deutschland erkrankten im Jahr 2007 über 6000 Kinder neu an Typ-2-Diabetes [2]. Besorgniserregend ist die Zunahme bei Kindern unter 4 Jahren. Besonders dramatisch steigt die Inzidenz bei den adipösen Kindern und Jugendlichen. Im Alter zwischen 9 bis 20 Jahren fand man in Deutschland bei 6,7% der Kinder einen gestörten Kohlenhydratstoffwechsel und bei 1,5% hat sich die Diabeteserkrankung bereits manifestiert [22]. Diabetes ist bereits zu einer Volkskrankheit geworden und wird zu einer Epidemie. Im Jahr 2000 gab es in Europa 26,5 Millionen Diabetiker, im Jahr 2010 schätzen die Experten bereits 32,9 Millionen (NAFDM). Deutschland ist mit 11,8% Bürgern (über 8 Millionen Erkrankte) am stärksten betroffen. Es ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. 2007 leiden in Europa 14 Millionen Kinder an Übergewicht und nahezu 50% der Erwachsenen sind im Länderdurch-

schnitt mit einem BMI > 25 übergewichtig (WHO). In Deutschland wurde 2007 bei 58,9% der Frauen und 75,4% der Männer ein BMI grösser 25 berechnet; 22,5% der Männer und 23,3% der Frauen hatten sogar einen BMI über 30 und sind als stark risikobelastet fettleibig einzustufen (www.iaso.org IASO). Im Alter zwischen 5–17 Jahren liegt bei Jungen in 20,4% und bei Mädchen in 20,1% Übergewicht vor.



Tagung des RKI (Robert-Koch-Institut) zu Infokampagne

Treffend ist der Vergleich: „Wenn Eltern mit Ihren Kindern in den Zoo gehen, kaufen sie ihnen am Kiosk Schokolade und Eis und für die Tiere gibt es Möhren oder Äpfel.“ Schätzungsweise 5% der Kinder und Jugendlichen haben bereits einen Bluthochdruck. Bei den Erwachsenen ist er eine Volkskrankheit und liegt bei über 55% der deutschen Bevölkerung vor (gerade mal 25% hatten eine Behandlung) [7a]. Die Dunkelziffer nicht diagnostizierter Bluthochdruckerkrankungen ist hier hoch. Bei Kindern ist sie extrem hoch. Drei Viertel der bereits erkrankten Kinder werden nicht diagnostiziert und sogar bei annähernd 90% der Kinder mit Vorstufen der Erkrankung wird zuvor nichts erkannt (Studie Well-Child Checkups) [7]. Es wird schlicht kaum gemessen. Dabei ist besonders bei Kindern und Jugendlichen über Jahre hinweg unerkannter Bluthochdruck die Ursache von schon sehr früh im Leben geschädigten Organen. Noch früher, nämlich bereits während der Schwangerschaft, können ungünstige Lebensstilfaktoren das Risiko des Kindes für die Zukunft prägen. So erhöhen Überernährung und mangelnde physische Aktivität der Mutter während der Schwangerschaft bereits das Diabetesrisiko des Kindes [8–13]. Ferner gibt es Studien, die darauf hinweisen, dass ein durch Fehlernährung (Über- oder Mangelernährung) resultierendes gestörtes fetales Wachstum sogar die Risiken für zukünftige Krebserkrankungen erhöht (WCRF-Report 2007) [1]. Ursachen sind ungünstige metabolische und hormonelle Faktoren, die zu vermehrten DNA-Schäden und nachteiligen Genpolymorphismen führen können. Bereits in der Schwangerschaft erfolgt eine „perinatale Programmierung“ über Umweltsignale, die sich auf das neurovegetative System und das intrauterine Milieu

auswirken. Dadurch besteht eine Art Trainings- und Eichprogramm für Regelfunktionen des Kindes und bestimmte physiologische als auch pathophysiologische sowie metabolische Grundlagen bzw. Risiken (z. B. Regulationsstörungen von Insulin und Leptin) seines zukünftigen Lebens werden geprägt [34]. In der Ernährungsumschau 8/09 B29-32 wurde ebenfalls berichtet. Bereits unterschiedliche Aromakomponenten in der Ernährung der Schwangeren haben Auswirkungen auf das Fruchtwasser und könnten die Geschmackspräferenz des Kindes beeinflussen [35].

Plaquelagerungen in den Herzerterien sind in unseren Ländern bereits ein Problem bei Kindern

In der Bogalusa Heart Study sah man bei 50% der 2- bis 15-Jährigen und sogar 85% der 21- bis 39-Jährigen Ablagerungen in den Herzkranzgefäßen [17]. Die Risikofaktoren im Kindesalter sind die gleichen, wie bei Erwachsenen.

Diabetes besonders durch Übergewicht in jüngeren Jahren

In der Nurses' Health Study fand man schon bei den Frauen mit einem leicht erhöhten Körpergewicht (BMI zwischen 23,0 und 24,9) eine signifikante Erhöhung des Typ-2-Diabetesrisikos. Bei einem BMI über 30 war das Risiko mindestens um das 30-fache erhöht [23]. Besonders die Gewichtszunahme im jungen Erwachsenenalter ist mit erhöhtem Diabetesrisiko assoziiert (EPIC-Studie). Untersuchungen des DIfE zeigten, dass bei einer Gewichtszunahme von nur 2–3 kg über dem Normalgewicht im Alter zwischen 25 und 40 Jahren bei Frauen und Männern ein um 25% höheres Typ-2-Diabetes-Risiko entsteht. Wenn die Gewichtszunahme mehr als 12 kg betrug, erhöhte sich das Risiko bei Männern um das 1,5-fache und bei Frauen sogar um das 4,3-fache. Fand die Gewichtszunahme erst zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr statt, erhöhte sich das Risiko noch mit 11–13% deutlich, jedoch wesentlich geringer als in früheren Jahren. Bedeutend ist, dass das einmal im Alter zwischen 25–40 Jahren erworbene Übergewicht das Diabetesrisiko im späten Erwachsenenalter erhöht, auch wenn es dann zu keiner weiteren Gewichtszunahme mehr kommt [32]. Diabetes und infolge dessen das metabolische Syndrom steigern zudem das Risiko für Darmkrebs signifikant [29-31].

Gesundheitstraining – am effektivsten mit Kindern

Am besten sollte bereits im Kindergarten mit der Verankerung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens begonnen werden. Dort sollten kindstypische Eigenschaften wie Bewegungsdrang, Spieltrieb, Neugier und das Nachahmen adäquat zum Lernen genutzt und gefördert werden. Wenn man dies

entsprechend unterstützt und belohnt, entwickelt das Kind automatisch ein Erfolgsgefühl, das zu weiterem Training anregt und die natürlichen Verhaltensweisen konditioniert. In den Grundschulen sollte von Beginn an ein Fach „Mein Körper und meine Gesundheit“ mit täglichen Aktionen bei Spiel, Sport und Ernährung stattfinden. In jede Unterrichtsstunde sollten kurze, wiederholte Bewegungsaktionen integriert werden. Ein „Bewegungsführerschein“, ein „Garten-Doktor“ und ein „Ernährungsdetektiv“ sowie Kampagnen wie „Bewege Deine Stadt“; „Kids Schulsport-Inspektor“; „Kids Cross-Lauf“ könnten spielerisch anleiten und

© fotolia



Die Vorbeugung sollte so früh wie möglich einsetzen. „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr“.

Trends setzen. Es gibt ein Projekt „Science Kids: Kinder entdecken Gesundheit“, bei dem die Kinder spannend entdecken was Gesundheit und Krankheit ausmacht und wie sie entstehen. Auch der Nationale Aktionsplan: „inform“ – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“, Programme wie „Komm ins gesunde Boot“, „Turnen wie Tarzan“ und die aid-Projekte „Clever essen und trinken mit der aid-Kinderpyramide“ setzen bei solchen Massnahmen an. Wichtig ist nun, dass die Erfahrungen aus den einzelnen Projekten sich über ein gemeinsames Qualitätsmanagement austauschen und flächendeckend eingesetzt werden, um so das Gesundheitsbewusstsein der Kinder, Jugendlichen und Eltern am besten international zu wecken. Es sollte ein Trend werden.

Gute Materialien alleine reichen nicht

Viele Erfahrungen und auch gezielte Evaluierungen bestätigen, dass Konzepte und Materialien erst gut sind, wenn qualifizierte Fachkräfte sie zu nutzen verstehen. Bei einer Evaluation des Einsatzes der aid-Materialien in der Grundschule bei Schülern und Lehrern der 3./4. Klassen wird von den Lehrern zwar der Wunsch geäußert, dass die Materialien zur Förderung des gesunden Ernährungsverhaltens verständlich und schnell ohne zusätzliche Fachkenntnisse und Schulungen handhabbar sind, doch die Analyse des Unterrichts mit den Materialien, zeigt eine hohe Abhängigkeit des Erfolges von der Qualifikation der

Lehrkraft. Ein nachhaltiger Einfluss auf das Essverhalten zeigt sich erst, wenn die Authentizität und Überzeugungskraft des Lehrers und vor allem auch eine Qualifizierung auf fachwissenschaftlicher sowie didaktisch-methodischer Anwendung der Lehrmaterialien vorhanden ist [36].

Die Lehrer sollten die dahinter stehenden wissenschaftlichen Grundlagen kennen (überzeugt sein) und selber verstehen, wie man dies auf die Lerngruppe abstimmt sowie die Kinder dafür begeistert. Viele Lehrer sind nicht nur unzureichend für diese Bereiche der Gesundheitsschulung ausgebildet, sie nutzen zudem oft nur alte Materialien und Medien (EIS-Studie [36]). Die genannte Evaluation zeigte, dass trotz bereits der Behandlung des Themas „Essen, Ernährung und Gesundheit“ im Unterricht sowie dazu stattgefundener Elternabende das Ernährungsverhalten unzureichend gebessert wurde. Es wurden zwar weniger Süßigkeiten als Pausenkost mitgebracht, doch nach wie vor hatten 49% Süßgetränke mit und nur 8 von 70 Schülern (ca. 11%) assen Obst und Gemüse in der Schule [36].

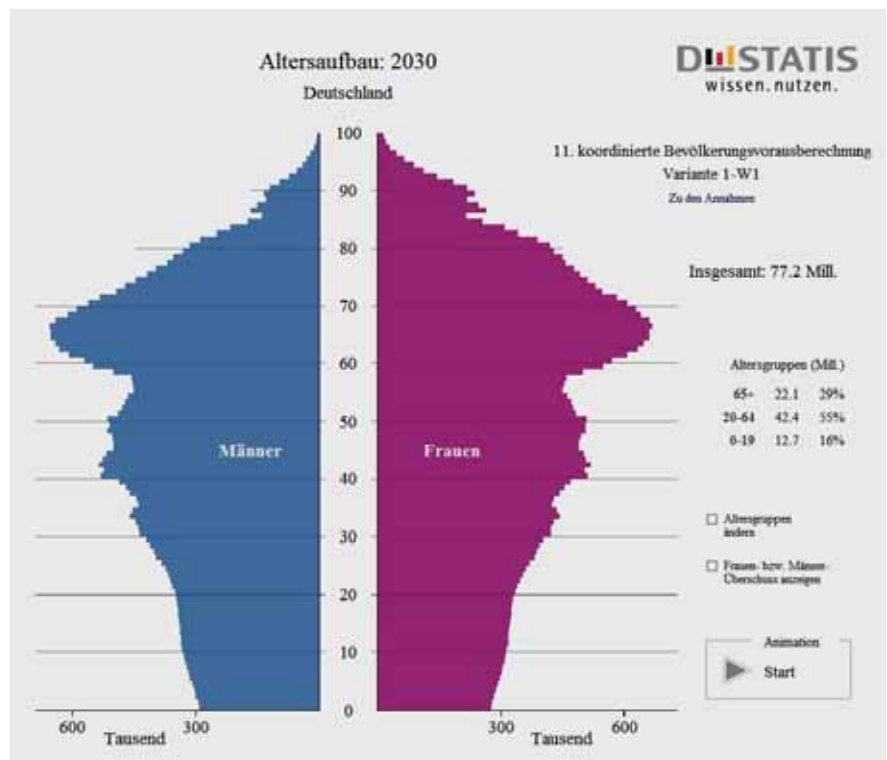
Daraus wird deutlich, dass sowohl die Qualifizierung und somit Schulung der Lehrkräfte als auch die Integration der Eltern verbessert werden sollten. Sonst sind gute Konzepte und gute Materialien schnell vergessene Aktionen. Für die Kinder, Eltern und Lehrer empfehlen wir ein konsequentes Coaching (wie im Sport) und möglichst alle sollten begeistert werden!

Früherkennung reicht nicht

Im Jahr 2030 wird es in Deutschland doppelt so viele 65 bis 70-Jährige wie Neugeborene geben (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Die medizinische Versorgung kollabiert, wenn nicht eine Änderung der Schwerpunkte von der Früherkennung und Therapie hin zur ganzheitlichen Primärprävention erfolgt.

Früherkennungsmassnahmen werden fälschlicherweise oft mit der Primärprävention vertauscht und auch die Beratungen werden oft als ausreichend erhofft. Die Früherkennung beseitigt meist keine Ursachen und viele Ratschläge führen kaum zu nachhaltiger Veränderung. Dazu müssen wir für verschiedene Bereiche aktive Akteure und gewissermassen Coaches als Multiplikatoren für „Vor-Ort-Massnahmen“ ausbilden, sowie über ein führendes als auch prüfendes Qualitätsmanagement nachhaltige Unterstützung gewährleisten. Synergien und nachhaltiger Nutzen resultieren hierbei oft nur, wenn neben der Kompetenz des Einzelnen auch eine vernetzte Struktur vorhanden ist, die die Verhältnisse zur allgegenwärtigen und leichteren Umsetzung der Präventionsmassnahmen fördert.



Eigenverantwortliche Gesundheitsförderung als Trend

So wie die Verhältnisse sind, haben bisher nur zwischen 15 bis 25% der Deutschen einen primär an der Gesundheit und Ökologie orientierten Lebensstil (Frankfurter Zukunftsinstitut). Wir sprechen von dem „Ökosystem Mensch“; der Mensch muss sich als Ökosystem verstehen, und dass es einen „Ökologischen Imperativ“ gibt. Nicht nur der „Kategorische Imperativ“ ist die Voraussetzung für ein funktionierendes soziales Zusammenleben, sondern auch die Harmonie mit ökologischen Naturgesetzen, um den zeitlich absehbaren Kollaps zu verhindern. Die Zeit- und Kostenproblematik ist immer auch eine Entscheidung der Priorität. Wer kein Geld und keine ausreichende Zeit für die ausreichende Bewegung und wertvollere Ernährung zu haben glaubt, investiert beides oft vorrangig wo anders oder sorgt zu spät vor, um dazu in der Lage zu sein. Wir brauchen nun nicht nur dringend die Ärzte sondern auch die Mütter, Väter, Erzieher in Kindergärten, Lehrer in Schulen, Trainer in Vereinen und viele mehr als eigenverantwortliche, gesundheitsbewusste Leitbilder für die Kinder.

Die Nahrungsmittelindustrie, der Handel, die Gastronomie und öffentliche Einrichtungen (Schulen) sollten in eine andere Verantwortung verpflichtet werden.

Dass viele Familien nur noch selten selbst kochen, wird man oft kaum mehr ändern können, doch die Funktion des gemeinsamen Kochens und Essens mit den Kindern sollten dann Einrichtungen in der Schule übernehmen.

Ein gutes Beispiel gibt der Starkoch Jamie Oliver in England, als er zu Beginn scheinbar vergebens versuchte, die Schulernährung zu verbessern, dann jedoch mit seiner Beharrlichkeit und trendgerechter Medienunterstützung, sowie der Hilfe von mehr und mehr Akteuren eine Reform unterstützt, in der England nun pro Jahr zusätzliche grosse Summen in die Schulernährung sowie Sportprogramme investiert.

Kochen als Schulfach, Fahrradfahren in „gesunden Städten“: England zeigt wie es möglich ist.

Die britische Regierung investiert bis 2011 zur Förderung einer gesünderen Lebensweise etwa 520 Millionen € zusätzlich zu bereits beschlossenen 1,8 Milliarden € für Schulsport und Schulernährung. Hinzu kommen weitere 200 Millionen € zur Förderung des Fahrradfahrens. Mit entscheidend ist, dass ein Paket sehr konkreter Massnahmen und gezielter Interventionen in verschiedenen gesellschaftlichen Einflussfeldern festgelegt wurden. Das Programm enthält viele Massnahmen, die Evaluierungen und Interventionen beinhalten. Die Prävention wird zukünftig im Bereich der Forschung, Information und vor allem der aktiven Umsetzung besser finanziert und gefördert. Zusätzlich werden Ärzten in diesem Rahmen neue Aufgaben im Nationalen Gesundheitssystem übertragen. Ein Beispiel dieser Massnahmen ist, dass spätestens ab 2011 in England jede Schule das Pflichtfach „Gesundes Kochen“ auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse für 11- bis 14-jährige Schüler eingeführt haben soll, auch dann, wenn in den Schulen selbst keine Küche zur Verfügung steht. Solche Anordnungen sollten auch in Deutschland erfolgen.

Es wäre äusserst wünschenswert, dass man sich in den Kantinen von Schulen, Universitäten, Krankenhäusern sowie Firmen unbedingt und vor allem an gesunden und nicht an preisorientierten Standards orientiert. Es gibt dazu gute Lösungshilfen, wie z. B. in Kursen oder Tagungen der DGE oder UGB. So wie Ärzte zu regelmässigen Fortbildungen verpflichtet werden, sollten auch die Köche zu Fortbildungen ihres Faches verpflichtet werden.

Das theoretische Laienwissen über die Ernährung ist zwar in unserer Bevölkerung vorhanden, doch praktisch anwendbar ist es oft nicht vorhanden („Ernährungsanalfabetismus“) und der massive populär- oder pseudo-wissenschaftliche Diskurs, durch Buchautoren, Journalisten oder selbsternannte Experten führt verständlicher Weise bei Vielen zu Verunsicherung. Viele dieser scheinbaren Experten befassen sich leider zu wenig mit interdisziplinären und multifaktoriellen Zusammenhängen und interpretieren die evidenzbasierte Wissenschaft falsch, oder kennen diese Daten nicht.

Mit den Deklarierungen und Zusätzen in Fertigprodukten können sogar Berufsköche oft nichts anfangen.

Unsere Nahrung wandelt sich zunehmend zu Kunstprodukten. Die zuständigen Ämter in der Gesundheitspolitik sollten einheitliche Deklarierungsregeln für die Kennzeichnung auf Nahrungsmitteln festlegen, die sich nach den Empfehlungen der ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse richten, jedoch der Bevölkerung gleichzeitig die leichte Orientierung ermöglichen. Die Lebensmittelampel in Kombination mit weiteren Angaben ist dafür eine gute Lösung. Für weitere Verbesserungen sollten verschiedene Zusätze und Herstellungspraktiken gesetzlich verboten werden oder zumindest so bekannt gemacht werden, dass der Verbraucher selber entscheiden kann, ob er dies so konsumieren will. Man könnte neben der Ampel noch



ein zusätzliches deutliches Zeichen für künstliche Zusätze zum Aufdruck verpflichten. Das könnte z.B. so aussehen, dass man grosse Ausrufezeichen (!) in rot, gelb oder grün aufdruckt. Für stärker bis weniger bedenkliche Zusätze.

In England wurde 2009 eine Studie von der staatlichen britischen Lebensmittelbehörde FSA durchgeführt, die die Lebensmittelkennzeichnung betreffs Verständlichkeit und somit Anwendbarkeit bei den Verbrauchern untersuchte. Die FSA-Studie verdeutlicht, dass zur Ermittlung des Gesundheitswerts eines Produktes am besten mit einer Kombination aus Text, %GDA-Angaben und Ampelfarben gekennzeichnet wird. So kann der Verbraucher das System wählen, das er am besten versteht. Am besten wird von den Verbrauchern eine Kombination von Text (hoch/mittel/niedrig) und Ampelfarben (rot/gelb/grün) oder eine Kombination von Text (hoch/mittel/niedrig), Ampelfarben sowie den GDA-Angaben verstanden. Für die älteren Menschen (65plus), für bildungsschwache Schichten und Migranten sind besondere Kommunikationsstrategien erforderlich damit sie verstanden und angesprochen werden. Diese erfüllt die Ampel gut. Nur ein allgemein bzw. ein für alle verständliches Kennzeichnungssystem ist im Alltag umsetzbar. Das bestätigt auch das Institut für Agrarsoziologie und Beratungswesen am ernährungswissenschaftlichen Institut der Justus-Liebig-Universität Giessen, wo eine

Wissenschaftliche Stellungnahme zur FSA-Studie erfolgte (Lohscheidt J. August 2009)

Der Verbraucher sollte besser unterstützt und motiviert werden, sich selber zu informieren. Dazu eignen sich z. B. die Materialien und Internetseiten der DGE, des UGB, des aid, der Gesundheitsorganisationen sowie auch engagierter Vereine wie „foodwatch“, etc., des Weiteren sollte ein interaktives Beratungsportal ausgebaut werden; z. B. eine Website, die neben ausführlichen Informationen zur „gesunden Lebensweise“ auch individualisierte Eingabemöglichkeiten bietet, die zu persönlicher Beratung und Anleitung führen.

Knauserige Wohlstandsbürger – Nur ein Zehntel der Konsumausgaben ist für Nahrungsmittel

Nur eine Minderheit investiert mehr Geld in qualitativ hochwertigere Lebensmittel, doch auch hier sollte die Eigenverantwortung mehr verdeutlicht und in die Pflicht genommen werden.

In Deutschland wurden 1962–63 noch 39,3% der Ausgaben im privaten Haushalt für die Ernährung ausgegeben, 2006 waren es nur noch ca. 12% der privaten Haushaltfinanzen. In den ärmeren Oststaaten entspricht die Ausgabe für Lebensmittel, trotz der geringeren Summen (harmonisierte Kaufkraftstandards), über 30% oder gar 44% (Rumänien) des dortigen Haushaltgeldes (Eurostat-Europäische Union). In den Wohlstandsländern jedoch, haben sich die Ausgaben für Lebensmittel in den letzten 50 Jahren, trotz der Preisanstiege, gemessen am Haushaltseinkommen etwa um ein Drittel reduziert; wenn man die Restaurantbesuche abzieht sogar annähernd halbiert.

Das trifft insbesondere für Deutschland sowie Österreich und etwas geringer auch die Schweiz zu. Entsprechend des verfügbaren Einkommens und den angepassten Kaufkraftstandards zeigt der Vergleich mit den anderen EU-Ländern, dass die Kosten für Lebensmittel bei uns relativ niedrig sind und das Haushaltseinkommen viel höher ist. Dennoch verwendeten die Bürger der wohlhabenden Länder nur etwa 12 bis 13% ihrer Konsumausgaben für Lebensmittel und alkoholfreie Getränke (Eurostat). Für die Ernährung wird in Deutschland nur etwa 4mal mehr als für die Kommunikation ausgegeben und für Tabak gibt man immerhin 1/7 der Lebensmittelkosten aus; das sind 1,7% der Haushaltskosten (ZMP). Wenn man berechnet, dass in Deutschland circa 30% der über 15-Jährigen rauchen, fällt umgerechnet ein noch viel höherer Anteil der Gesamtausgaben auf die Zigaretten in den Raucherhaushalten. Die Geldausgabe für Risiken in Form von Rauchen und zu hohem Alkoholkonsum ist gerade in den finanziell schwachen Grup-

pen deutlich höher. Dort rauchen 43% im Vergleich zu 23% in der höchsten Einkommensgruppe. So beträgt der Anteil der Ausgaben für Tabakwaren am Haushaltseinkommen dort bis zu 20%. (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg) [25–26].

Die Fehleinschätzung ist gross

Bei der Eurobarometer-Umfrage der Europäischen Kommission wurden die Teilnehmer 1999 gefragt, ob sie sich gesund und ausgewogen ernähren. Diese Frage wurde von ca. 75% bejaht. Doch die Fehleinschätzung ist gross. Es konsumieren nach Analyse der Nationalen Verzehrstudie 2008 [4] nicht einmal 5% der Bevölkerung die empfohlene Menge Obst und Gemüse täglich und nur insgesamt 29% kennen die Bedeutung der „5 am Tag“ Kampagne (39,9% Frauen und 17,7% Männer). Die Älteren interessieren sich durchaus mehr für die gesündere Ernährung, doch sie setzen es nicht entsprechend um und leben nicht automatisch gesünder, sie täuschen sich nur oft selber mehr vor. Die Verteilung der Lebensmittelgruppen ist auch bei ihnen oft sehr ungünstig (zu fett* und zuckerlastig – *zu viele tierische Fette). Mit zunehmendem Alter ist der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen zudem deutlich höher als in jüngeren Altersgruppen.

Wir wissen es

Die Zahlen und Fakten liegen auf der Hand. Die sozio-ökonomischen Bedingungen als auch die präventionsmedizinischen Verhältnisse lassen die Fragen entstehen, warum man es nicht schafft, grosse Teile der Gesellschaft für eine gesündere Ernährung und mehr körperliche Aktivität zu bewegen. Zwar wird deutlich, dass die Bildung auch für das eigene Körper- und Gesundheitsbewusstsein ein wichtiger Faktor ist, doch sind zusätzlich andere Faktoren entscheidend. Es braucht zudem nicht nur in den Brennpunktbereichen sondern in allen Bevölkerungsschichten und allen Altersgruppen dringender Änderungen zu mehr und rechtzeitiger Gesundheitsförderung.

Die Salutogenese stellt die Frage nach dem, was uns, trotz widriger Lebensumstände, gesund hält. Die Antworten sind mehr als klar, doch helfen sie nicht, etwas ausreichend zu ändern. Die Erkenntnis „ich soll etwas

© fotolia



ändern“ muss sich in die Selbsteinsicht „ich will was ändern“ und dann unbedingt auch in die Selbstmotivation „ich kann etwas ändern“ wandeln. Wie in anderen Bereichen müssen viele Dinge konsequent trainiert werden, damit man sie im Alltag richtig und nachhaltig umsetzen kann. Für das Training ist es meist von Vorteil, wenn man sich kompetenter, längerfristiger Anleitung bedienen kann, wie es im Coaching beim Sport oder in anderen Bereichen etabliert ist. Über Verfahren, wie dem aktivierenden Kompetenztraining kann man die Entwicklungsprozesse der notwendigen Änderungen unterstützen.

Ab der Zeugung besteht Vorsorgebedarf und es beginnt das Wiederholen von Prägungsprozessen

Einige Vorschläge für Kinder griffige und spannende Themenbeschreibungen wurden bereits genannt und an konkreten Inhalten bei Projekten fehlt es nicht. Man wird hier das Rad kaum neu erfinden. Um es nochmals zu betonen, ein deutlicher Mangel besteht in der adäquaten Qualifizierung von Multiplikatoren und an der flächendeckenden Ausbreitung sowie Vernetzung untereinander. Bereits für alle Schwangeren sollten Kurse und Schulungen betreffs Ernährung, körperliche Aktivität und Schadstoffvermeidung angeboten und belohnt werden. Dazu sind alle gynäkologische Praxen und alle Entbindungseinrichtungen einzubinden. Wie bereits beschrieben, empfiehlt sich dann fürs Kind, spätestens im Kindergarten spielerisch mit weiteren Programmen fortzufahren und auch dort sollten die Eltern unbedingt in für sie attraktiven Formen integriert werden. Das Essverhalten könnte man durch das Angebot in eine andere, bessere Richtung leiten. Die finanzielle Förderung der „gesunden Lunch-Boxen“ ist eine weitere lohnende Massnahme. In Schulkiosken sollten nur noch ernährungsphysiologisch wertvolle Produkte verkauft werden dürfen.

Eine sehr einfache Handlung zur Verbesserung der Situation in Schulen ist bereits das Installieren von Trinkwasserspendern in allen Räumen, sowie das Verbot, Süssgetränke in den Schulkiosken zu verkaufen. Die Erfahrungen zeigen, dass sich viele Kinder regelmässig von alleine an den kostenlosen Wasserspendern bedienen und an diese Flüssigkeitszufuhr gewöhnen. Die Verhältnisveränderung führt so zu Verhaltensänderung.

Eine weitere Massnahme wäre die Einführung von mindestens je einer Stunde Sport pro Tag für jeden Schüler. Das könnte in engerer Kooperation mit örtlichen Vereinen stattfinden. Es zeigen sich dadurch sogar im Schnitt bessere Schulnoten und vor allem deutlich weniger Aggressionen [37–38]. Das Forschungszentrum für den Schulsport (FoSS) in Karlsruhe stellt fest, dass gerade einmal 29 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland die von der WHO

geforderte Aktivitäts-Richtlinie von mindestens einer Stunde Bewegung moderater Intensität pro Tag erfüllen. Von Seiten der Politik besteht eine dringende Notwendigkeit zur Verordnung, das Bildungssystem der Biologie und Physiologie des Heranwachsenden besser anzupassen. Nicht nur ergonomische, den unterschiedlichen Grössen angepasste Schulmöbel sind erforderlich, sondern auch der Möglichkeit zur Erfüllung des Bewegungsdranges sollte entsprochen werden.

Der Schlüssel zu einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung ist der Genuss und das Training.

Die Kinder sollten nicht nur motiviert sondern auch nachhaltig geführt werden. Daher sind langfristige Programme und nicht nur Aktionstage wichtig. „Science Kids: Kinder entdecken Gesundheit“, „Komm ins gesunde Boot“ oder „Kinderleicht“ sind Beispiele von guten Förderprogrammen. Hier zeigt sich, dass der Spieltrieb und die Gruppendynamik gepaart mit dem Entdeckungsgeist der Kinder, die Widerstände überwinden. Sehr gut dabei ist, wenn solche Förderprogramme „lernende Projekte“ sind, wo über den Prozess der kontinuierlichen Qualitätssicherung hinaus auch neue Impulse und Ansätze im Laufe der Durchführung aufgenommen werden.

Wir brauchen Qualitätsmanager und Multiplikatoren auf allen Ebenen.

Ein weiterer Schlüssel für vieles ist, dass man für alles nicht nur gute Konzepte und Programme braucht, sondern auch genügend „Kümmerer“.

Unsere Aktivitäten – Ihre notwendige Unterstützung

Wir bereiten aufgrund aller genannten Gründe weitere Fern-Studiengänge vor, die Präventions- und Gesundheitsmanager ausbilden. Diese können als Mittler zwischen den Ärzten und den Aktionsebenen im Alltag wirken.



Mit der Europa-Universität planen wir in Kooperationen mit universitären und ausseruniversitären Partnern das neue Studienfach Master of Science for Prevention and Health Management. Der Studiengang

soll das wissenschaftliche Verständnis und Management übergeordneter Strukturen durch eine praxisnahe Anwendung ermöglichen.

Schwerpunkte im Themenfeld Gesundheitsförderung und Prävention sind die Präventionsmedizin, Ernährungs- und Sportwissenschaft. Dabei sollen unter anderem auch spezielle Kompetenzen bei der Intervention, Evaluation und Organisation vermittelt werden. Auch das Projektmanagement und die Gesundheitspolitik finden Berücksichtigung. Bereits während des Studiums sind Praxisprojekte vorgesehen. Der Studiengang führt über vier Semester und wird zunächst für bestimmte postgraduierte Berufsgruppen (z. B. Mediziner, Oecotrophologen, Sportwissenschaftler) angeboten. Später soll ein allgemeines Grundstudium dieser Bereiche angeboten werden.

In dem bereits bestehenden erweiternden Studium der Komplementärmedizin integrieren wir für approbierte Mediziner die Themen der Primärprävention, um die Ärzte zu mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Ernährungs- und Sport-Coaches zu bringen. Neben den neuen Studienfächern, wollen wir auf breiter Ebene in der Gesellschaft helfen, viele Multiplikatoren zu finden und zu unterstützen.

Wie bereits betont, braucht die Ausbildung der Unterstützer und Experten auf verschiedensten Ebenen politischen Rückhalt und finanzielle Förderung. Private Initiativen und Stiftungen können hier viel leisten. Wir alle haben Mitverantwortung.

Gastprofessor Dr. med. Werner Seebauer
Institut für transkulturelle Gesundheitswissenschaften
Leiter der Präventionsmedizin
Europauniversität Viadrina
drseebauer@intrag.info
dr.seebauer@gmx.de

Literatur beim Verfasser



Masterstudiengang für „Komplementäre Medizin – Kulturwissenschaften – Heilkunde“ „Master of Arts“ (M.A.)

Institut für transkulturelle
Gesundheitswissenschaften
der Europa-Universität Viadrina
Frankfurt (Oder)



Beginn:

Jetzt fürs neue Studienjahr 2011
Bewerbungen möglichst frühzeitig

Voraussetzung:

Abgeschlossenes Hochschulstudium (mindestens Bachelor) der Medizin, Psychologie, Pharmazie oder anderer gesundheitswissenschaftlicher Fächer

Dauer:

Vier Semester, berufsbegleitend, ca. 15–20 Präsenztage pro Semester

Studiengebühr:

10.000 € (gesamter Studiengang incl. neuer Module)
Module einzeln: 300 € pro ECTS Punkt

Hauptgeschäftsstelle und Studiengangsleitung:

Prof. Dr. Dr. Harald Walach
Institut für transkulturelle Gesundheitswissenschaften
Tel.: (0335) 55 34 2738 (Hotline)
Fax: (0335) 55 34 2748
intrag@euv-frankfurt-o.de

Postanschrift:

Postfach 1786
D-15207 Frankfurt (Oder)
www.master-kmkh.eu
www.intrag-online.eu

Neue Module ab Sept. 2010:

Traditionelle Abendländische Medizin
Energiemedizin
Präventionsmedizin
Ayurveda