
Was kann man für die eigene Gesundheit tun und warum ist es in unserer Gesellschaft so schwer, gesund zu leben?

Manfred J. Müller, Beate Landsberg

Wissenschaftliche Erkenntnisse und viele unnötige Krankheiten

Die europäischen Gesundheitsminister haben Richtwerte für einen „gesunden Lebensstil“ (als sog. *population goals*) zur Prävention der häufigsten gesundheitlichen Probleme formuliert. Diese beruhen auf wissenschaftlicher Evidenz und sind somit begründet. Zusammengefasst ist ein gesunder Lebensstil charakterisiert durch regelmäßige körperliche Aktivität, ein normales Körpergewicht, fettarme Ernährung (d. h. weniger tierische Lebensmittel), viel Obst und Gemüse, ausreichend Jod und (für die Ernährung im 1. Lebensjahr) vollständiges Stillen (sechs Monate lang) charakterisiert (Tab. 1). Ein gesunder Lebensstil ist eine wirksame Prävention chronischer Erkrankungen. So sind nach den Ergebnissen der *Nurses' Health Study* durch einen gesunden Lebensstil etwa 70 % der Fälle von Dickdarmkrebs, 70 % der Schlaganfälle, 80 % der Fälle der koronaren Herzerkrankung sowie bis zu 90 % der Fälle von Typ-II-Diabetes mellitus vermeidbar.

Tab. 1: *Population goals* für Lebensstilfaktoren und Ernährung zur Prävention der häufigsten gesundheitlichen Probleme

| <i>Charakteristika des Lebensstils</i> | <i>Ausmaß</i> | <i>Evidenz</i> |
|--|-------------------------------|----------------|
| Aktivität | PAL > 1,75 (60–80 min/Tag) | ++ |
| Gewicht | BMI ~ 21–22 kg/m ² | ++ |
| <i>Ernährung:</i> <i>Makronährstoffe (% Energie)</i> | | |
| Fett | < 30 | ++ |
| gesättigte Fettsäuren | < 10 | ++++ |
| Trans-Fettsäuren | < 2 | ++ |
| Kohlenhydrate | > 55 | +++ |
| <i>Lebensmittel / Nährstoffe</i> | | |
| Obst und Gemüse (g/Tag) | > 400 | +++ |
| Folat aus Lebensmitteln (µg/Tag) | > 400 | +++ |
| Kochsalz (g/Tag) | < 6 | +++ |
| Jod (µg/Tag) | 150–200 | +++ |
| <i>Stillen</i> | 6 Monate | +++ |

Evidenz: ++: ökologische Analyse; +++: kontrollierte Studie; ++++: mehrere doppel-blinde Placebo-kontrollierte Untersuchungen

Quelle: Eurodiet Core Report 2001

Trotz dieser guten Argumente für einen gesunden Lebensstil leben die meisten Menschen in den westlichen Industrienationen (auch in Deutschland) ungesund. Die Auswirkungen des ungesunden Lebensstils sind offensichtlich: Die Prävalenz von Übergewicht beträgt bei Erwachsenen über 50 %, ausgesprochen übergewichtig (d. h. adipös) sind zzt. 20 %. Übergewicht und Adipositas bedeuten ein hohes Risiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck und Stoffwechselstörungen. Die geschätzte Prävalenz des Diabetes mellitus beträgt z. Zt.

mehr als 11 %. Dabei ist die Dunkelziffer nicht erkannter Fälle von Diabetes nicht unerheblich. Mehr als 30 % der Erwachsenen in Deutschland haben einen erhöhten Blutdruck, mehr als 30 % leiden an Fettstoffwechselstörungen. Übergewicht und Adipositas bedeuten so in der Summe einen Verlust an Lebensjahren: Im Vergleich zu einem 40-jährigen normalgewichtigen Erwachsenen lebt ein Übergewichtiger drei Jahre, ein Adipöser sechs bis sieben Jahre kürzer. Bei „Adipositas plus Rauchen“ beträgt der Verlust an Lebensjahren 13 Jahre. Das Problem „Übergewicht“ muss also ernst genommen werden.

Auch unsere Kinder leben heute mehrheitlich ungesund. Nach den Ergebnissen der repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) beträgt die Prävalenz von Übergewicht 16 %. Die Daten der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (*Kiel Obesity Prevention Study, KOPS*) zeigen, dass die Prävalenz von Übergewicht während der zurückliegenden 30 Jahre deutlich angestiegen ist: Gegenüber den 1978 beobachteten 10 % beträgt die Prävalenz heute bei den 5- bis 7-jährigen Kindern 23 %, bei den 9- bis 11-jährigen Kindern 39 % sowie bei den 13 bis 15 Jahre alten Kindern 55 % (Abb. 1a). Diese Zahlen gehen einher mit einer weiten Verbreitung von ungesunden Lebensstilmustern. So findet sich ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern ausgesprochen selten. Im Vergleich zu den Empfehlungen für die gesunde Ernährung wird z. Zt. in Kiel kein einziges Kind als „sehr gut“ oder „optimal“ eingestuft, die Ernährung von 3 % der Kinder ist immerhin als „gut“ charakterisiert. Demgegenüber sind die Ernährungsmuster von 97 % der Kinder „mittel“ oder „schlecht“, mehr als ein Drittel der Kinder in Kiel haben eindeutig ungesunde Ernährungsmuster (Abb. 1b).

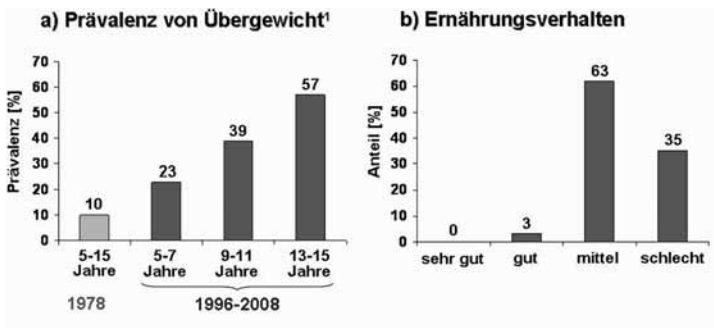


Abb. 1: Prävalenz von Übergewicht und Ernährungsverhalten bei Kindern in Kiel

Quelle: Kieler Adipositas-Präventionsstudie (Kiel Obesity Prevention Study, KOPS) 1996–2008

¹nach Referenzwerten für die Fettmasse (Reinken et al. 1980)

Prävention ist notwendig, sie ist aber bisher nicht erfolgreich

Die Häufigkeit ungesunder Lebensstile, des Übergewichts und damit auch der vom Übergewicht abhängigen Erkrankungen macht Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht dringend notwendig. Allerdings zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass es keine wirklich wirksame Strategie gegen das Übergewicht gibt. So haben Maßnahmen der Ernährungserziehung in Kindertagesstätten oder Schulen nur geringe und, wenn überhaupt, selektive Effekte bei Kindern aus sozial besser gestellten Gruppen. Auch individuelle Beratung (z. B. in der Arztpraxis) hat keinen nachhaltigen Einfluss auf das Übergewicht. Ernährungsinformationen, Lebensmittelkennzeichnung und sogenannte *food claims* sind sämtlich nicht geeignet, das Ernährungsverhalten von Verbrauchern günstig zu beeinflussen. Eine Einschränkung der Lebensmittelwerbung (z. B. Werbeverbote im Kinderfernsehen) sind mögliche Maßnah-

men, welche sich zumindest anteilig auf das Verhalten der Kinder auswirken können. Fiskalische Maßnahmen (z. B. die Einführung einer Softdrink-Steuer) sind vielleicht wirksam, um den Konsum an süßen Limonaden herabzusetzen, ihr möglicher Effekt auf das Übergewicht ist aber unklar. Nach Meinung der Experten haben heute kommunale Strategien der Gesundheitsförderung das größte Potential im Kampf gegen das Übergewicht. Eine aktuelle Initiative der europäischen Gemeinschaft (EPODE) setzt deshalb auf kommunale Gesundheitsförderung als wirksame Strategie gegen das Übergewicht. Allerdings sind die Auswirkungen von EPODE wissenschaftlich bisher nicht dokumentiert.

Die begrenzten Erfolge der Prävention und Behandlung von Adipositas werfen die Frage auf, warum es uns trotz vieler guter Argumente heute schwer fällt, ein „gesundes“ Leben zu führen. Eine mögliche Erklärung wäre die mangelnde Kenntnis von gesunder Ernährung und gesunder Lebensweise in der Bevölkerung. Dieses Argument trifft allerdings nur für wenige und ausgewählte Verbrauchergruppen (wie z. B. Kinder oder auch Migranten) zu. Die Mehrheit der Bevölkerung weiß grundsätzlich, was für ihre Gesundheit gut ist und was ihr schadet. Paradoxerweise geht die steigende Prävalenz von Übergewicht mit einer Zunahme des Gesundheitsbewusstseins in verschiedenen Bevölkerungsgruppen einher.

Eine weiterführende Erklärung ist eine gestörte Selbstwahrnehmung: Wir wissen, was gesund ist, beziehen es aber nicht auf uns selbst. Für diese Erklärung spricht, dass sich etwa ein Drittel der adipösen Menschen selbst gar nicht als übergewichtig oder adipös empfindet.

Eine alternative dritte Erklärung für unseren heute mehrheitlich ungesunden Lebensstil sind die Probleme auf der Handlungsebene, welche sich z. B. durch die reichhaltigen und attraktiven Angebote von Lebensmitteln oder auch durch arbeitersparende Technologien im Beruf und Alltag ergeben. Gesund leben bedeutet im Vergleich zu un-

seren aktuellen Gewohnheiten Konsumverzicht (d. h. weniger essen, ggfs. aufs Auto verzichten, kürzere Fernseh- und Medienzeiten und so summa summarum weniger bequem leben und weniger genießen). Diese Empfehlung steht im Widerspruch zu der hohen Wertschätzung, welche der Konsum, das Konsumieren und ein bequemes und angenehmes Leben in unserer Gesellschaft erfahren.

Eine andere mögliche Antwort auf die oben gestellte Frage wäre, dass unser Verständnis des Problems noch unvollständig ist. Übergewicht und Adipositas entstehen in ihrer heute endemischen Verbreitung auch im Kontext unseres Miteinanders und unserer Lebenswelten. Ihre Manifestation ist so auch von sozialen Faktoren abhängig. Übergewicht und Adipositas zeigen deutliche und inverse soziale Gradienten: Je niedriger der soziale Status, desto häufiger ist das Problem (Abb. 2). Dabei bestehen zwischen allen sozialen Gruppen Unterschiede. Übergewicht und Adipositas sind mithin nicht „einfach“ ein Armutproblem. Der inverse Gradient im Übergewicht legt nahe, dass Übergewicht und Adipositas ein Epiphänomen unserer sozialen Verhältnisse (oder unseres sozialen Miteinanders) sind.

Sozialer Status ist nicht nur eine wichtige Determinante von Übergewicht, er ist auch eine Barriere gegenüber Prävention und Behandlung. Die Ergebnisse der 4-Jahres-Nachbeobachtung von KOPS zeigen, dass Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung sich auf die Gewichtsentwicklung von Kindern günstig auswirken, dass diese Wirkung aber durchaus vom sozialen Status abhängt (Abb. 3). So war die Maßnahme der schulischen Gesundheitsförderung in der sozial höchsten Gruppe wirksam, hier kam es zu einer mehr als 60-prozentigen Verminderung von Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht. Demgegenüber fand sich in der mittleren Sozialgruppe kaum ein Effekt, während in der schwächsten Gruppe die Tendenz der Gewichtsentwicklung sogar gegenläufig war.

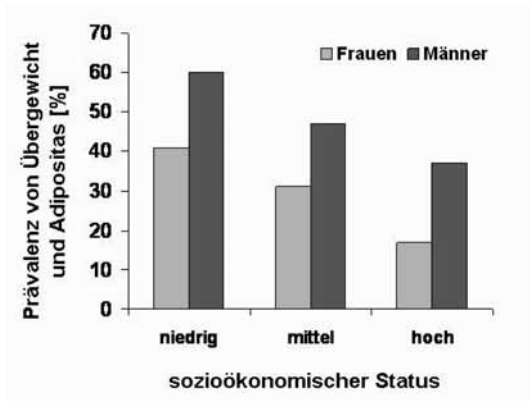


Abb. 2: Sozialer Gradient von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen

Quelle: Kieler Adipositas-Präventionsstudie (Kiel Obesity Prevention Study, KOPS) 1996–2001

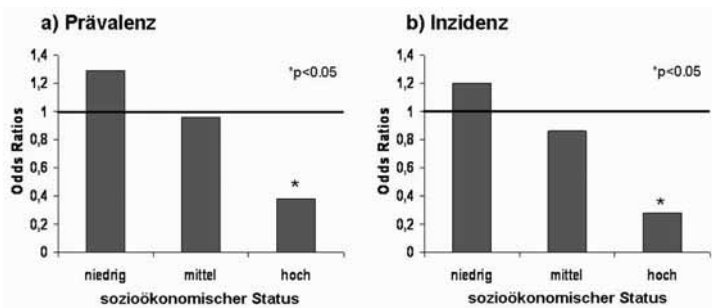


Abb. 3: Einfluss der schulischen Gesundheitsförderung auf Übergewicht ist sozial „selektiv“

Quelle: Kieler Adipositas-Präventionsstudie (Kiel Obesity Prevention Study, KOPS) 1998–2005; Plachta-Danielczik et al. 2007
Odds Ratio der Nicht-Interventionsgruppe = 1

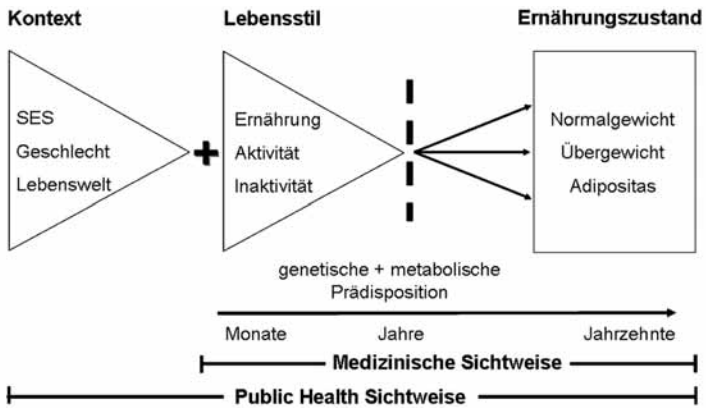


Abb. 4: Lebensstil und Kontext: Determinanten des Übergewichts
Quelle: Müller et al. 2005

Maßnahmen der Adipositas-therapie stoßen in Familien von übergewichtigen Kindern auf soziale Barrieren. In einer 1-Jahres-Nachbeobachtung von 92 Familien mit übergewichtigen Kindern konnte gezeigt werden, dass intensive Beratung und Schulung sowie auch ein Sportprogramm für die Kinder die Gewichtsentwicklung in der Gesamtgruppe zwar deutlich verbesserte und diese den Werten für normalgewichtige Referenzkinder weitgehend anpasste. Allerdings zeigte die „sozial differenzierte“ Betrachtungsweise, dass der Erfolg wesentlich auf eine starke Reduktion der Gewichtsentwicklung in der sozial besser gestellten Gruppe zurückzuführen war. In der Gruppe der sozial schwächeren Familien war die Entwicklung aber gegenläufig (d. h. die altersabhängige Gewichtszunahme war nach der Intervention größer als in der Vergleichsgruppe).

Zusammenfassend legen diese Befunde nahe, dass eine traditionelle medizinische Sichtweise, welche den Ernährungszustand als Abhängige von Ernährung und Aktivitäten

bzw. Inaktivität sieht, durch Berücksichtigung der Kontexte, welche durch den sozioökonomischen Status und die Einflüsse von Geschlecht, Kultur und jeweiliger Lebenswelt charakterisiert sind, zu einer Public-Health-Sichtweise¹ erweitert werden muss (Abb. 4). Dies ermöglicht alternative Lösungen des Adipositasproblems.

„Adipogene“ Lebenswelten erschweren eine gesunde Lebensweise

Neue Lösungsansätze führen uns von einzelnen Menschen zu deren Lebenswelten. Unsere Lebenswelten sind heute eher „adipogen“, d. h. sie sind der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas förderlich. Dieses wird z. B. an der Verteilung von Fast-Food-Outlets in zwei sozial unterschiedlich charakterisierten Kieler Stadtteilen deutlich. Im Vergleich zu einem Stadtteil mit hohem sozioökonomischen Status finden sich in einem sozial eher „schwachen“ Stadtteil fast dreimal so viele Fast-Food-Outlets. Insgesamt ist das pro Kopf oder auch pro Fläche bestehende Lebensmittelangebot in sozial schwachen Stadtteilen deutlich höher als in sozial besser charakterisierten Gegenden. Die Lebenswelt ist hier also „adipogener“ als in einem sozial besser charakterisierten Stadtteil. Diese Charakterisierung kann um andere Aspekte unseres Alltags (z. B. die Zahl gefährlicher Straßenkreuzungen, welche die Bewegungsfreiheit von Kindern einschränken, oder andererseits Freizeitangebote, Parks und Sportstätten, welche Anreize und Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten schaffen) erweitert werden. Dabei ist die Charakteristik der Lebensräume nicht immer einheitlich. So können sich in Stadtteilen mit sehr hohem Fast-Food-Angebot durchaus auch attraktive Bewegungsräume (z. B. ein sicherer Park mit vielen Spielmöglichkeiten für Kinder) finden, welche aber offensicht-

lich das „adipogene“ Lebensmittelangebot im Hinblick auf die Manifestation des Übergewichts nicht „kompensieren“ können.

Charakteristika „adipogener“ Lebenswelten finden sich häufig (wenn auch unterschiedlich häufig) in unserem Alltagsleben, welches durch ein Überangebot von Lebensmitteln und auch die allgegenwärtigen arbeitserleichternden Hilfen in Alltag und Beruf gekennzeichnet ist. Die Produktion von Lebensmitteln konnte in den zurückliegenden 50 Jahren stetig gesteigert werden. Seit Beginn der 70er Jahre hat sie einen für Menschen mit einem sitzenden Lebensstil kritischen Wert überschritten. Ab einer Lebensmittelproduktion zwischen 11 und 12,5 Megajoule (MJ) pro Kopf und Tag steigt das Risiko für Übergewicht und Adipositas kontinuierlich an. In den westlichen Industrieländern beträgt die Produktion an Lebensmitteln heute mehr als 14 MJ pro Kopf und Tag. Dieses macht deutlich, dass die größte Bedrohung unserer Gesundheit durch Ernährung nicht Bakterien, BSE, Gammelfleisch, Rückstände oder Gifte, sondern die Kalorien sind.

Diese Betrachtungen weisen darauf hin, dass zwischen ökonomischem Wachstum und Gesundheit (hier am Beispiel Übergewicht) Beziehungen bestehen. Die hohe Produktivität im Bereich der Lebensmittelindustrie (aber auch bei Auto- und Medienindustrie) ist eine einzigartige Erfolgsgeschichte, welche wesentlich zu unserem Wohlstand und zu unserer hohen Lebensqualität beiträgt. Allerdings wird nun offenbar, dass die ökonomische Entwicklung sich auch nachteilig auf die Gesundheit der Verbraucher (ebenso wie auf ihre Umwelt) auswirken kann. Offensichtlich wird die Gesundheit von Verbrauchern und Umwelt nicht durch die Gesetze des Marktes sichergestellt. Es ist zu fragen, inwieweit die bestehende hohe alloкатive Effizienz angesichts ihrer auch nachteiligen gesundheitlichen Auswirkungen von der Politik hin-

terfragt werden muss (Abb. 5). Grundsätzlich brauchen wir eine Politik, welche nicht nur Arbeitsplätze, die Versorgung der Bevölkerung, ökonomisches Wachstum und die Lebensmittelsicherheit, sondern eben auch die Gesundheit des Verbrauchers angemessen berücksichtigt und sichert.

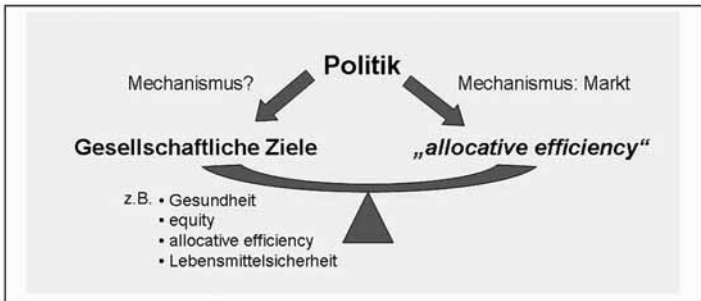


Abb. 5: Ökonomisches Wachstum und gesellschaftliche Ziele. Eine hohe allocative Effizienz muss mit anderen gesellschaftlichen Zielen verglichen werden und wird möglicherweise zum Nachteil für die Gesundheit.

Übergewicht als politische Frage

Was kann und was soll Politik nun tun? Die Politik ist in den zurückliegenden Jahren durchaus nicht untätig geblieben. Die Prävention von Übergewicht durch gesunde Ernährung und mehr Bewegung steht auf der politischen Agenda, sie ist Aufgabe von Verbraucherschutz- und Gesundheitspolitik. Im Jahr 2006 haben die europäischen Gesundheitsminister die sogenannte „Istanbul Charta“ im Kampf gegen das Übergewicht unterschrieben. Diese Initiative wurde während des deutschen EU-Vorsitzes in der ersten Hälfte des Jahres 2007 in Badenweiler fortgeführt. Vorläufiger Endpunkt der Aktivitäten ist ein Nationaler

Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten: „In Form. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Die „Istanbul Charta“ aus dem Jahr 2006 bedeutete einen grundlegenden Wechsel des Paradigmas: Erstmals wurde neben den auf die Eigenverantwortung des Verbrauchers zielenden Maßnahmen (wie Information, Aufklärung und Erziehung) ein gesellschaftlicher Präventionsansatz als gleichwertig eingefordert. Die europäischen Gesundheitsminister haben damit anerkannt, dass die Interaktion der Menschen mit ihrer physischen und soziokulturellen Umgebung das Auftreten ernährungsabhängiger Erkrankungen teilweise erklärt und so auch die Lebenswelten ein wichtiges Ziel von Gesundheitsförderung sein sollten. Dies bedeutet: Wir brauchen sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention.

Die Politik sucht Lösungen des Adipositas-Problems. Dabei stellen die Politiker uns Experten Fragen. Diese Fragen lauten verkürzt: 1. Was können wir tun? 2. Was sollten wir tun? Zu der ersten Frage gibt es die naheliegenden Antworten, welche im wesentlichen edukative Maßnahmen sowie Information des Verbrauchers bis hin zu kommunalen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind. Demgegenüber ist die zweite Frage nur schwer zu beantworten. Es gibt heute in keinem Land der Welt Lösungen des Adipositas-Problems. So gibt es kein Vorbild und auch keine wirkliche Orientierung. Die Beziehungen zwischen Übergewicht, sozialer Ungleichheit und ökonomischem Wachstum machen eine breit angelegte gesellschaftliche Diskussion des Problems notwendig. Es bedarf einer systematischen Analyse aller Bedingungsfaktoren des Übergewichts. Einzelne Berufsgruppen (wie z. B. Politiker und Ärzte) müssen sich zum Thema Übergewicht positionieren und das Problem „neu“ denken: Die „klassische“ Einordnung des Adipositasproblems in die Bereiche „Ge-

sundheit“ und „Verbraucherschutz“ wird der Komplexität des Problems nicht gerecht. Eine wirksame Präventionspolitik umfasst bzw. „übergreift“ in diesem Fall den Agrarbereich, die Produktion (z.B. von Lebensmitteln und Autos), den Handel, Erziehung und Bildung, Kultur, Medien und Kommunikation, Medizin, Verkehr/Transport, Sport und Ökonomie (d. h. beispielsweise die Subventionen im Agrarbereich). Auch braucht die Politik ein neues Rollenmodell (vgl. z. B. die *North Karelia Study* zur Prävention der koronaren Herzerkrankung in Finnland): Welchen Beitrag will sie zur Gesundheit und zur Prävention chronischer und nicht übertragbarer Erkrankungen leisten?

Ausblick und Auftrag

Angesichts der bisherigen Entwicklung und des Fehlens wirksamer Maßnahmen zur Prävention und Behandlung des Übergewichts wird sich die Zahl übergewichtiger und adipöser Menschen auch in den nächsten Jahren weiter erhöhen; möglicherweise ist sie aber mittelfristig auch wieder etwas rückläufig. Dazu könnte eine Reduktion „adipogener“ Umweltfaktoren (z. B. durch ein verändertes und geringeres Lebensmittelangebot) beitragen. Die infolge der „Pisa-Diskussion“ begonnenen Maßnahmen zur Verbesserung der Schulbildung werden sich auch indirekt im Sinne erhöhter Prävalenzen gesunder Lebensstile auswirken. Allerdings bedeutet der Gewinn an Bildung auch eine Zunahme sozialer Unterschiede in der Gesundheit: Die inversen sozialen Gradienten des Übergewichts und der Adipositas werden wahrscheinlich verstärkt. Die medikamentöse Behandlung des Übergewichts wird durch die Einführung neuer Medikamente zunehmen und als Langzeittherapie für den Patienten verfügbar, aber andererseits auch teuer für die Gesellschaft sein.

Gesellschaftliche Lösungen des Adipositasproblems setzen voraus, dass Prävention zukünftig in unserer Gesellschaft eine hohe Priorität hat. Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen eines gesellschaftlichen Konsenses und einer wirklichen Gesundheits- (und nicht nur einer „Krankheits-“) Politik. Die gesellschaftliche Wertschätzung von Gesundheit muss wachsen. Hierzu brauchen wir einen breiten Dialog. Wenn wir die „beste Gesundheit der größten Zahl“ wollen, erscheinen auch „intensive“ Maßnahmen der Gesundheitsförderung gerechtfertigt. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Mehr an Gesundheit auch ein Mehr an Nutzen für das Individuum und die Gesellschaft darstellt. Neben „gesunden Lebensstilen“ ist es notwendig, auch gesunde Lebenswelten zu schaffen. Dazu bedarf es weitreichender Maßnahmen in verschiedenen Bereichen von Politik und Gesellschaft.

Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht möglich ohne die Ärzte. Für einen wirksamen Beitrag der Ärzte zur Prävention der Adipositas ist aber auch in dieser Berufsgruppe zukünftig ein höheres Problembewusstsein notwendig. Wirksame Maßnahmen zur Prävention und Therapie der Adipositas setzen ein Mehr an Selbstbeobachtung und Selbstachtung der Betroffenen voraus, sie erfordern einen kritischen Umgang mit dem Konsumangebot. Angesicht der gesellschaftlichen Determinanten von Übergewicht stoßen medizinische Maßnahmen zu seiner Behandlung an Grenzen. Ärzte müssen deshalb auch außerhalb des traditionell medizinischen Bereiches agieren, ein Mehr an sozialem Engagement ist dringend notwendig. Große Vorbilder wie Christoph Wilhelm Hufeland und Rudolf Virchow sind Orientierung.

Im Jahr 2007 haben 150 englische Ärzte und Adipositas-Experten ihre Prognose zur Zukunft des Adipositasproblems abgegeben. Es wurden vier verschiedene Szenarien entworfen, welche sich im Hinblick auf Eigenverantwortung und

gesellschaftliche Verantwortung sowie Prävention und Reaktion voneinander unterscheiden (Abb. 6). Das erste Szenario setzt auf Eigenverantwortung des Verbrauchers. Es wird die unwahrscheinliche Annahme gemacht, dass die Verbraucher in einer individualistischen und durch Marktwirtschaft gekennzeichneten Gesellschaft frühzeitig das Problem erkennen und die langfristig richtigen und nachhaltig wirksamen Maßnahmen (nämlich den Konsumverzicht) ergreifen. Die Politik hat hierbei nur eine unterstützende Rolle. Im zweiten Szenario ergreifen der Staat und die Kommunen frühzeitig die Verantwortung für die Verbraucher und implementieren langfristig angelegte Präventionsprogramme. Im dritten Szenario setzen die Verbraucher auf eine kurzfristige Nutzenmaximierung und überlassen das „Schicksal“ dem Markt. Allerdings erfolgt die Reaktion sehr spät (nämlich dann, wenn „nichts mehr geht“ und z. B. die Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlbar sind). Im vierten und letzten Szenario erfolgt die Reaktion vonseiten der Politik. Gesellschaft und Politik suchen den Konsens. Es vergeht dabei viel Zeit, und die Kompromisse sind auch nicht wirklich geeignet, eine Lösung herbeizuführen. Die Maßnahmen werden zu spät ergriffen.

Keines dieser kurz skizzierten Szenarien ist wirklich geeignet, das Adipositasproblem zu lösen. Allerdings sind im Vergleich der Szenarien die sozial-verantwortlichen und präventiven Ansätze (besonders das Szenario 2) eher geeignet, eine günstige Entwicklung herbeizuführen. Auch die Experten in England betonen, dass allein auf Eigenverantwortung zielende Maßnahmen nicht ausreichen und die gesellschaftliche Verantwortung von der Politik wahrgenommen werden muss.

Die Umsetzung von „Bevölkerungszielen“ für gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil betrifft die Medizin, das Individuum in seiner Eigenverantwortung und die Kontexte in unserer Gesellschaft (wie Bildung, öko-

nomisches Wachstum, Gesundheit). Für eine bessere Zukunft von „Gesundheit“ braucht es Anstrengungen in allen drei Bereichen, welche in idealer Weise aufeinander abgestimmt sind.

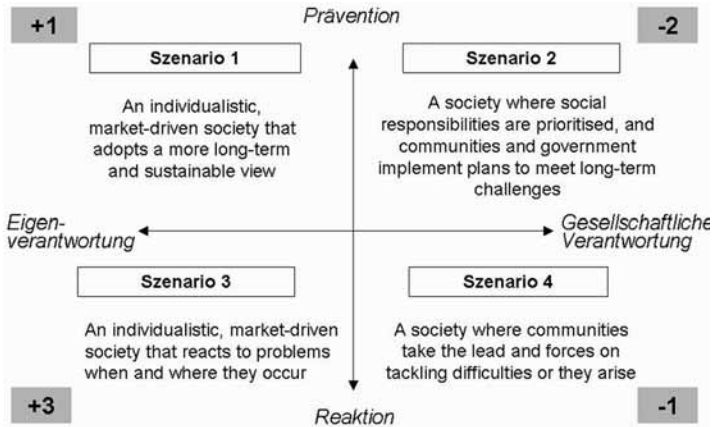


Abb. 6: Szenarien für 2050 und Expertenmeinung zu ihren Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung

Quelle: Foresight Tackling Obesities: Future Choices Project, 2007

Die Lösung des Adipositasproblems erfordert einen gesellschaftlichen und kulturellen Wandel. Dieser übersteigt die individuell notwendigen Änderungen des Lebensstils. Eine Politik, die vorrangig (oder auch ausschließlich) auf Eigenverantwortung setzt, wird dem gesellschaftlichen Problem „Übergewicht“ nicht gerecht. Die bisherigen Aktivitäten im Bereich der Adipositasprävention sind isoliert und stehen manchmal auch im Widerspruch zu anderen Aktivitäten in unserer Gesellschaft. Was nutzt der Hinweis auf weniger tierische Fette in der gesunden Ernährung, wenn gleichzeitig die Produktion von tierischen Lebensmitteln „politisch“ gefördert wird? Die gegenwärtigen

gen Widersprüche innerhalb der Politik sowie die mangelnde Koordinierung von Zielen und Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen erfordern deren Zusammenführung unter dem Schild von Public Health. Im Bereich Ernährung muss die „Ernährungsgesundheit“ der Bevölkerung einen der Lebensmittelsicherheit vergleichbar hohen Standard erreichen. Gleichzeitig dürfen die Empfehlungen zu mehr körperlicher Aktivität nicht im Widerspruch zur Verkehrs-, Transport- und Städtebaupolitik stehen. Wenn Prävention und Gesundheit die Norm sind, die Lebensbedingungen und das soziale Miteinander Gesundheit ermöglichen und isolierte Ansätze zu einem gemeinsamen Vorgehen zusammenfließen, werden sowohl die Verbraucher als auch die Gesellschaft ihre Verantwortung wahrnehmen und mehr Gesundheit schaffen.

Ein Wort zum Schluss

Die Übergewichtsepidemie ist ein mit dem Klimawandel oder der Ölkrise vergleichbarer „Systemschock“ für unsere Gesellschaft. Übergewicht ist ein uns alle betreffendes gesellschaftliches Problem. Wenn wir mit dem Problem „fertig“ werden wollen, müssen wir es auch so begreifen und die individuellen und gesellschaftlichen Kräfte mittel- und langfristig zur Lösung der Adipositasproblems einsetzen. Dazu bedarf es eines politischen Willens, der Führung und des Managements. Der „Systemschock“ ist auch eine Chance für eine Erneuerung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem im Sinne von Public Health. Diese umfasst die Bereiche des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, der gesundheitlichen und sozialen „Gerechtigkeit“, der Gesundheitsförderung und der Gesundheits-erziehung. Die Lösung des Problems (und damit auch der Auftrag von Public Health) liegt in den gesellschaftlichen,

kulturellen, ökonomischen und politischen Kontexten. Aus diesen Kontexten erwachsen politische Ziele sowie Maßnahmen und Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Politik nimmt diese Herausforderung an, in einer aufgeklärten Gesellschaft ist politisches Handeln auch wissenschaftlich begründet. Dieses bedeutet auch: Es gibt keine „schnellen“ oder „leichten“ Lösungen des Adipositasproblems. Die fortlaufende wissenschaftliche Arbeit, d. h. die systemische Analyse der Bedingungsfaktoren von Übergewicht und seiner Komorbidität, ist Aufgabe der Experten. Wissenschaft ist aber das eine, ihre Wahrnehmung und Nutzung ist das andere. Zukünftig muss daher auch die gesellschaftliche und politische Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse verbessert werden. Wir müssen das, was wir wissen, auch nutzen. Für eine neue Politik von Public Health gilt: Bei der Gesundheit geht es nicht um eine „Ausgabe“, sondern (ähnlich der Bildung) um eine Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft.

Literatur

- Danielzik, S. / Czerwinski-Mast, M. / Langnäse, K. / Dilba, B. / Müller, M. J.: Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are major determinants of overweight and obesity in 5–7-year old children. Baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). In: *International Journal of Obesity* 28 (2004), 1494–1502.
- Eurodiet Core Report. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: Science and policy implications. In: *Public Health Nutrition* 4 (2001), 265–273.
- Foresight Tackling Obesities: Future Choices Project. Modelling Future Trends in Obesity and the Impact on Health, 2007 (<http://www.foresight.gov.uk/OurWork/ActiveProjects/Obesity/Obesity.asp>).
- KiGGS – die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2005 (<http://www.kiggs.de>).

- Lang, T. / Rayner G.: Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. In: *Obesity Reviews* 8 (2007) (Supplement 1), 165–181.
- Langnäse, K. / Czerwinski-Mast, M. / Müller, M. J.: Social class differences in overweight in prepubertal children in Northwest Germany. In: *International Journal of Obesity* 26 (2002), 566–572.
- Mackenbach, J. P.: Kos, Dresden, Utopia ... A journey through idealism past and present in public health. In: *European Journal of Epidemiology* 20 (2005), 817–826.
- Marmot, M.: *Status Syndrome*. London 2004.
- Müller, M. J. / Danielzik, S. / Pust, S. / Landsberg, B.: Sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit und Übergewicht. In: *Ernährungs-Umschau* 53 (2006), 212–217.
- Müller, M. J. / Danielzik, S. / Pust, S.: School- and family-based interventions to prevent overweight in children. In: *Proceedings of the Nutrition Society* 64 (2005), 249–254.
- Müller, M. J. / Danielzik, S.: Childhood overweight: is there need for a new societal approach to the obesity epidemic. In: *Obesity Reviews* 8 (2007), 87–90.
- Plachta-Danielzik, S. / Kriwy, P. / Müller, M. J.: Die Schulintervention der Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3 (2008), 206–212.
- Plachta-Danielzik, S. / Pust, S. / Asbeck, I. / Czerwinski-Mast, M. / Langnäse, K. / Fischer, C. / Bosy-Westphal, A. / Kriwy, P. / Müller, M. J.: Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: the KOPS study. In: *Obesity* 15 (2007), 3159–3169.
- Rauprich, O.: Utilitarismus oder Kommunitarismus als Grundlage von Public-Health-Ethik? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51 (2008), 137–150.
- Reinken, L. / Stolley, H. / Droese, W. / van Oost, G.: Longitudinale Körperentwicklung gesunder Kinder II. Größe, Gewicht, Hautfettfalten von Kindern im Alter von 1,5 bis 16 Jahren. In: *Klinische Pädiatrie* 192 (1980), 25–33.
- Report of the World Health Organisation. Obesity in children and young people: A crisis in public health. Hrsg. von Lobstein, T. / Baur, L. / Uauy, R. im Auftrag der IOTF [International Obesity Taskforce]. In: *Obesity Reviews* 5 (2004), 1–104.

Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006.

Willett, W. C.: Balancing life-style and genomics research for disease prevention. In: *Science* 296 (2002), 695–698.

Anmerkung

¹ Public Health ist eine Wissenschaft und Praxis, die der Untersuchung, dem Schutz und der Förderung von Gesundheit dient. In Abgrenzung zur Medizin fokussiert Public Health nicht auf das Individuum, sondern auf die Bevölkerung bzw. einzelne Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen von Public Health liegen in der Verantwortung von Politik, öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Einrichtungen für Gesundheit. Ziel von Public Health ist nicht die Maximierung von Gesundheit, sondern die Maßnahmen intendieren vielmehr ein angemessenes Maß an Gesundheit. Angemessen ist es z. B., gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. Möglichst alle Bürger sollten an dem erreichten Standard (von Gesundheit oder Lebenserwartung) teilhaben.