

ZIRN
Interdisziplinärer
Forschungsschwerpunkt
Risiko und nachhaltige
Technikentwicklung

Universität Stuttgart
Institut für
Sozialwissenschaften
Abt. für Technik- und
Umweltsoziologie

DIALOGIK
gemeinnützige
Gesellschaft für
Kommunikations- und
Kooperationsforschung

Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung

Maßnahmen wider die juvenile Adipositas

Michael M. Zwick

Nr. 9 / März 2008

Institut für Sozialwissenschaften
Abt. für Technik- und Umweltsoziologie
Prof. Dr. O. Renn
Universität Stuttgart

***Maßnahmen wider die
juvenile Adipositas***

Michael M. Zwick

Nr. 9 / März 2008

Arbeitsbericht

ISSN 1614-3035
ISBN 978-3-938245-09-5

Institut für Sozialwissenschaften
Abt. für Technik und Umweltsoziologie
Universität Stuttgart
Seidenstr. 36, 70174 Stuttgart
Tel: 0711/685-83971, Fax: 0711/685-82487
Email: ortwin.renn@sowi.uni-stuttgart.de
Internet: <http://www.uni-stuttgart.de/soz/tu>

DIALOGIK gGmbH
Seidenstr. 36, 70174 Stuttgart
Tel: 0711/685-83971, Fax: 0711/685-82487
Email: info@dialogik-expert.de
Internet: www.dialogik-expert.de/

ZIRN
Internationales Zentrum für Kultur- und
Technikforschung der Universität Stuttgart
Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt
Risiko und Nachhaltige Technikentwicklung
Tel: 0711/685-83971, Fax: 0711/685-82487
Email: ortwin.renn@sowi.uni-stuttgart.de
Internet: <http://www.zirn-info.de>

Ansprechpartner: Dr. Michael M. Zwick
Tel: 0711 / 685-83972
zwick@soz.uni-stuttgart.de

Inhaltsverzeichnis

1	Zum Problem der juvenilen Adipositas	1
1.1	Zur Geschichte der juvenilen Adipositas und ihrer Erforschung.....	1
1.2	Adipositas – ein sozial verstärktes Risiko.....	2
1.3	Prävention als Chance und Problem	7
1.4	Die Fragestellung.....	10
2	Material und Methoden	13
3	Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas	17
3.1	Wissenschaft.....	17
3.2	Politik	20
3.3	Gesundheitswesen	33
3.4	Ärzte.....	40
3.5	Familie.....	45
3.6	Sportvereine und Fitnessstudios.....	51
3.7	Die Nahrungsmittel- und Freizeitindustrie.....	53
3.8	Übergewicht und Adipositas als Gegenstand von (Massen-)Kommunikation	56
4	Zusammenfassung	61
	Literatur	69

1 Zum Problem der juvenilen Adipositas¹

1.1 Zur Geschichte der juvenilen Adipositas und ihrer Erforschung

In den vergangenen Jahren haben sich Übergewicht und Adipositas von Kindern und Jugendlichen zu einem Top-Thema entwickelt. Die Karriere dieses Themas nahm ihren Ausgang in der Harvard Growth Längsschnittstudie (Dearborn, Rothney & Shuttleworth 1938), bei der die kardio-vaskuläre Morbidität und Mortalität von etwa 500 ehemals adipösen Jugendlichen zwischen 1922 und 1935 untersucht und dem juvenilen Übergewicht erhebliche Krankheitspotentiale zugeordnet wurden. Nachdem das Thema kriegsbedingt in die Bedeutungslosigkeit abgetaucht war, verliehen der gesellschaftliche Übergang von der Mangel- zu einer Überflussgesellschaft, die steigenden Anteile übergewichtiger und adipöser Menschen und die Zunahme einiger mit großer Leibesfülle verbundenen Krankheitsbilder dem Thema neuen Auftrieb. In den 80er und frühen 90er Jahren stieg die Zahl der publizierten Beiträge zur kindlichen und juvenilen Adipositas sprunghaft an, wobei sich das wissenschaftliche Interesse zunächst weniger auf die juvenile Adipositas, ihre Ursachen, Auswirkungen und Entstehungsgründe erstreckt (exemplarisch: Birch 1992, Rolland-Cachera et al. 1984, 1987 und 1988, Dietz & Gortmaker 1985,

¹ Dieser Arbeitsbericht entstand im Forschungsprojekt „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Förderschwerpunkts „sozial-ökologische Forschung“ (SÖF) großzügig gefördert wird.

Epstein et al. 1986, Reaven 1988, Sobal & Stunkard 1989) sondern vorrangig auf die Etablierung eines einheitlichen Standards zur Abgrenzung von Gewichtsklassen abzielte. (Rolland-Cachera et al. 1982, Briend et al. 1989, Himes & Buchard 1989, Cole 1990 und 1991, Sangi & Mueller 1991, Cole & Green 1992, Cole et al. 1995).

Ungeachtet der Tatsache, dass sich die Hoffnungen von Cole und seinem Team (2000) nicht erfüllten, einen einheitlichen, verbindlichen Standard zur Bestimmung kindlicher und juveniler Adipositas etablieren zu können, gewannen seit dem Jahrhundertwechsel sozialwissenschaftliche Fragen nach den individuellen, institutionellen oder gesellschaftlichen Entstehungsbedingungen, nach den Folgen und dem subjektiven Erleben von Übergewicht und Adipositas an Bedeutung. (Barlösius 1999; Kemper et al. 1999; Davison & Birch 2001; Laessle et al. 2001; Gniech 2002; Jungbauer-Gans 2002; Langnäse et al. 2002; Erb & Winkler 2004; Jungbauer-Gans & Kriwy 2004; Kolip 2004; Setzwein 2004; Beckert-Zieglschmid 2005; Hebebrand 2005; Hebebrand & Bös 2005; Kersting 2005; Richter 2005; Hauskeller 2007; Zwick 2007) Zugleich wurden verstärkte Anstrengungen unternommen, die quantitative Entwicklung der Prävalenz übergewichtiger bzw. adipöser Kinder und Jugendlicher zu ermitteln. (Schaefer et al. 1988)

1.2 Adipositas – ein sozial verstärktes Risiko

Die Perspektive des „Social-Amplification-of-Risk“-Ansatzes (Kasperson et al. 2001; Pidgeon et al. (Hg.) 2003) lenkt das Augenmerk auf Prozesse, die dazu führen, dass aus gesellschaftlichen Phänomenen politisch ratifizierte Risiken werden, die in der Konsequenz eine nennenswerte Umverteilung von Mitteln zur (weiteren) Erforschung und Bearbeitung von Risiken auslösen.

Die erfolgreiche Risikogenese setzt eine mehrstufige Abfolge von Selektions-, Definitions-, Kommunikations-, Dramatisierungs-, Mobilisierungs- und Politisierungsprozessen voraus, die an keiner Stelle unterbrochen werden darf. Wichtig dabei ist, dass alle beteiligten Akteure spezifischen institutionellen Interessen verpflichtet sind und risikofördernde und –abwehrende Kräfte im Wettstreit liegen.

Der social amplification of risk Ansatz hat klargestellt, dass die kommunizierte Dramatik eines Risikos oftmals weniger mit den tatsächlich zu erwartenden Schadenspotentialen korrespondiert als mit den Interessen und Mobilisierungsanstrengungen der beteiligten Akteure und Institutionen.

Bei allen Diskussionen um die Tragweite des Adipositasrisikos und die Notwendigkeit seiner Bekämpfung darf nicht übersehen werden, dass bei einer Vielzahl von Akteuren und Institutionen Interessen an einer dauerhaften Etablierung des Adipositasrisikos in der öffentlichen Diskussion und in der Politik angenommen werden müssen, weil anerkannte Risiken die Erschließung von Ressourcen wie etwa Aufmerksamkeit, Legitimation und vor allem Geld ermöglichen.

Verdient kann nicht nur an Präventions- und Therapiemaßnahmen werden – Ärzte, stationäre und ambulante Hilfen, Pharmazie, Ernährungs- und Lebensberatung, Psychotherapien, Therapiegruppen etc. –, sondern auch an der Entstehung der Adipositas – Ernährungsindustrie, Hersteller von IT- und Freizeitechnik, Groß- und Einzelhandel, sowie der Staat über das Steueraufkommen – und bei ihrer wissenschaftlichen Erforschung. Infolge seines hohen Aufmerksamkeitswertes können aber auch Politik und Massenmedien zu den Nutznießern dieses Risikos gezählt werden.

Diese Perspektive verdeutlicht, dass sich eine einseitige Kosten- bzw. Schadenssemantik verbietet. Jene, die reklamieren, dass Risiken Kosten in Milliardenhöhe verursachen, übersehen, dass tatsächlich nur eine Umverteilung von Mitteln stattfindet. Den entstandenen Kosten entsprechen Einkommen und Gewinne. Dies gilt im Wesentlichen auch für das Thema Adipositas.



Abbildung 1: „Kampfsemantik“

Nach alledem überrascht es wenig, dass in Teilen von Wissenschaft (exemplarisch Flegal 1999, Wabitsch et al. 2002, Galuska 2003; Denzer 2007, Herpertz 2007, Müller in Friedrich Ebert Stiftung 2007), Interessengruppenvertretern, Politik (WHO 2000, Europäische Kommission 2005; European Union 2005; Künast 2002 und 2004, Berninger 2004) und Medien superlative Formulierungen und Kampfsemantik präferiert werden. So titelte das Hamburger Abendblatt am 8.10.2005: „Wir sitzen auf einer Zeitbombe“, und die Ärztezeitung vom 1.6.2007 wusste im Zusammenhang mit Adipositas von einer „weltweiten Epidemie“ zu berichten.

Adipositas und Krankheit: Fehlender Determinismus

Die Münchener Abendzeitung erkannte am 12.3.07 in der kindlichen Adipositas „das tödliche Risiko“ schlechthin, ein Superlativ, der am 21.3.2005 von einer „aktuellen Meldung“ im Internetportal „naturkost.de“ übertroffen wurde: „Fettleibige Kinder sterben noch vor ihren Eltern“. Nicht minder zweifelhaft ist der von Bundesgesundheitsministerin Schmidt propagierte Automatismus: „Übergewichtige Kinder von heute sind die Diabetiker und Diabetikerinnen und Herzinfarktopfer von morgen“. (Schmidt 2007: 8)

Diese Gleichsetzung von fettleibig mit krank hält einer genaueren Überprüfung nämlich nicht stand. Die personenrepräsentative ALLBUS-Studie aus dem Jahr 2004 verdeutlicht, dass alterskontrolliert teilweise zwar überzufällige, jedoch nur (sehr) schwache Zusammenhänge zwischen der Gewichtsklasse und den beiden oben angespro-

chenen Erkrankungen bestehen: Durchblutungsstörungen am Herzen und Diabetes.

Tabelle 1-1: Durchblutungsstörungen am Herzen nach Gewichts- und Altersklassen (ALLBUS 2004; N = 2.946)

Altersgruppe	Gewichtsklasse				
	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Cramer's V	Signifikanz
18-45 J.	0.7%	2.0%	2.8%	0.07	.04
> 45 J.	10.6%	12.7%	14.5%	0.05	.22

Tabelle 1-2: Diabetes nach Gewichts- und Altersklassen (ALLBUS 2004; N = 2.946)

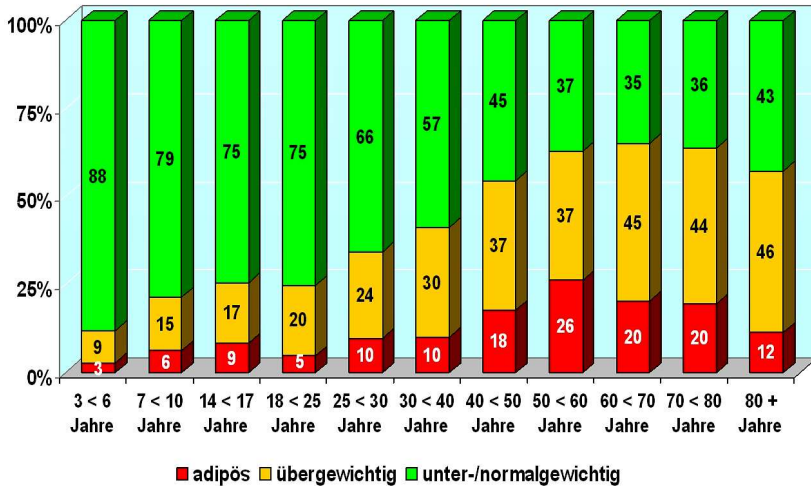
Altersgruppe	Gewichtsklasse				
	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Cramer's V	Signifikanz
18-45 J.	0.7%	1.1%	4.2%	0.10	0.001
> 45 J.	8.5%	10.7%	15.5%	0.08	0.006

Die beiden Tabelle belegen, dass selbst im fortgeschrittenen Alter der Löwenanteil übergewichtiger und adipöser Personen nicht an diesen beiden Krankheiten leidet, wobei zudem davon ausgegangen werden muss, dass infolge der größeren ärztlichen Sensibilisierung gegenüber beiden Krankheitsbildern bei korpulenten PatientInnen, die Dunkelziffer bei Normalgewichtigen deutlich höher liegen dürfte.

Selbst die vermeintlich höhere Sterblichkeit von Übergewichtigen erweist sich bei näherem Hinsehen als fragwürdig (Helmert & Voges 2002; Schneider 2002; Flegal et al. 2006; Braun 2007: 10; Kuhn & Wildner 2007: 1).

Zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas

Schließlich konnte Spiegel online am 19.4.2007 über einen neuen Europameister-Titel berichten: Bei der Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit in Europa haben: „die Deutschen ... in der Moppel-Liga den Bauch vorn“.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis KIGGS 2006 (< 18J.) und ALLBUS 2004 (> 18J.)

Abbildung 1-1: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland

Anhand der ALLBUS-Repräsentativstichprobe lassen sich für die volljährige Wohnbevölkerung Deutschlands Anteile von 48% unter- bzw. normalgewichtigen, 35% übergewichtigen und 17% adipösen Personen ermitteln, (Abb. 1) wobei massive alters-, schwache geschlechtsspezifische und keine Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern festzustellen sind. Die KiGGS-Studie weist darüber hinaus für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine besondere Betroffenheit von Übergewicht nach. (Kurth & Schaffrath Rosario 2007: 740).

Dessen ungeachtet entlarven seriöse Studien (Helmert & Schorb 2007; Kuhn 2007) den Meistertitel der Deutschen als schwergewichtigste Europäer ebenso als Mär wie die vorgebliche Adipositasepidemie bei Schulanfängern. (Kuhn & Wildner 2007: 4)

Auch wenn die Lage weder aus qualitativer – Zusammenhang zwischen Adipositas und Krankheit – noch quantitativer Perspektive Anlass zur Dramatisierung bietet, kann nicht übersehen werden, dass die Anteile Übergewichtiger und Adipöser in den letzten Dekaden angestiegen sind (Helmert & Strube 2004), und auch die gesundheitlich nachteiligen Folgen der Adipositas stehen außer Zweifel.

1.3 Prävention als Chance und Problem

Die Forcierung des Themas Adipositas in Teilen der Wissenschaft, in Politik und Medien hat eine ganze Diät- und Ratgeberindustrie auf den Plan gerufen und zu einer wahren Flut an Publikationen geführt. Nicht minder aktiv zeigte sich der politische und institutionelle Sektor: Beginnend mit der Trimm-Dich-Bewegung der 70er Jahre wurden eine Vielzahl von Initiativen und Kampagnen zur Prävention oder Therapie von Übergewicht, Adipositas und seinen beiden direkten Verursachern, Fehl- und Überernährung auf der einen und Bewegungsmangel auf der anderen Seite, ins Leben gerufen, wie beispielsweise „PowerKids“, „Tiger Kids“, „Fit Kid“, „FITOC“, „PfundFit“, „Mobilis“, „Bewegung und Gesundheit“, „Durch Dick und Dünn“, „Sport Fit“, „Fünf am Tag“, „FahrRad!“, „Kinderleicht“.

Dass derartige Programme meist ohne die gewünschte Wirkung bleiben und daher kaum den finanziellen Einsatz rechtfertigen, hat sich in Evaluationsstudien gezeigt. (Braun 2007; Summerbell et al. 2005, Dansinger et al. 2007; Ogilvie et al. 2007; Müller in Friedrich Ebert Stiftung 2007: 28) Die besonders geringe Wirksamkeit von Informationskampagnen ist darauf zurückzuführen, dass diese zumeist mittelschichtorientiert sind und ihre Adressaten – oftmals in sozial schwa-

cher Lage – gar nicht erreichen. (Kuhn 2007: 2, Fröhlich in Friedrich Ebert Stiftung 2007: 28) Infolge hoher sozialer Distanz zum Sender, teilweise aber auch infolge von abweichenden Körpnormen im Herkunftsland und folglich geringem Problembewusstsein, möglicherweise aber auch wegen sprachlicher Schwierigkeiten oder milieuspezifischen Schließungs- und Abwehrprozessen, dürfte sich die Erreichbarkeit von Migranten und ihren Kindern als besonders schwierig erweisen. Dabei übertreffen die Prävalenzraten übergewichtiger Kinder mit Migrationshintergrund diejenigen einheimischer Kinder um mehr als das Doppelte. (Kuhn & Wildner 2004: 3)

Maßnahmen, die nicht kulturell anschlussfähig sind und darauf verzichten, sich jener Gatekeeper zu bedienen, die im jeweiligen Kulturkreis mit hohem Prestige bedacht sind, dürften von vorneherein zum Scheitern verurteilt sein. (Zwick 2007)

Braun schlussfolgert aus den ernüchternden Befunden zur Erreichbarkeit von Betroffenen und Wirksamkeit von Kampagnen: *„Es gibt eine durch internationale und nationale Untersuchungen belegte hohe Evidenz, dass nur ein verschwindend kleiner Teil jener Personengruppen, die aufgrund ihres BMI oder anderer Indikatoren zur Zielgruppe von Übergewichtsreduktions-Programmen gehören, auch zur Teilnahme an einem Programm (ganz gleich welcher Thematik) bewegt werden kann. Dies beruht auf einer doppelten und deshalb hoch wirksamen Barriere, die (einerseits) aus Passivität und Desinteresse besteht und einer offensiv dargelegten ... Teilnahmeverweigerung andererseits.“* (Braun 2007: 9)

Nicht weniger ernüchternd fällt die Evaluation von monofaktoriellen Diäten oder Einzelmaßnahmen zur Steigerung körperlicher Aktivitäten aus. (Braun 2007: 10) Allein Maßnahmen, die auf komplexeren Ansätzen beruhen, werden besser evaluiert.

Komplexe Verursachung

Die Tatsache, dass die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas auf den ersten Blick alleine durch zwei, dem persönlichen Handeln und Entscheiden unterworfenen Faktoren, nämlich die Energieauf-

nahme einerseits und der Energieverbrauch andererseits, bestimmt wird, vermag allzu leicht zu simplifizierenden Annahmen über die Verursachung und allzu einfache Remedien verleiten.

Die Nahrungsaufnahme und das persönliche Freizeit- und Bewegungsverhalten spiegeln einerseits individuelle Gewohnheiten und Präferenzen wider, und verweisen andererseits auf institutionelle Gegebenheiten und kulturelle Rahmenbedingungen. Jeder Einzelne ist von Geburt an in die in seinem sozialen Umfeld vorherrschenden Ernährungs- und Freizeitmuster eingebettet und steht unter dem Eindruck kultureller Gewichtsnormen, körperbezogener Leitbilder und Idealvorstellungen. In Evaluationsstudien schnitten deshalb komplexere Maßnahmen zur Adipositasprävention besser ab, (Braun 2007: 11) die das „*Setting*“, also die vielfältigen Einbindungen von Menschen in ihr natürliches und soziales Lebensumfeld, mitberücksichtigten. (Kuhn & Wildner 2005: 6)

Die Analysen des in Einzelinterviews und Fokusgruppen gewonnenen Datenmaterials verdeutlichen, dass Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, die in Sonderwelten – etwa Kurkliniken – durchgeführt wurden, zwar einen erheblichen Gewichtsverlust bewirken können, der aber, in den Alltag zurückgekehrt, zumeist nicht stabilisiert werden kann. Mit anderen Worten: Die sozialen Lebenslagen scheinen nicht selten einen Druck in Richtung eines hyperkalorischen bzw. bewegungsarmen Lebensstils auszuüben. Eine nachhaltige Gewichtsreduktion scheidet häufig dann, wenn Versuche, den Ernährungs- bzw. Freizeitstil zu verändern, sozial inkompatibel sind, d.h. im sozialen Nahraum nicht unterstützt oder gar unterlaufen werden oder wenn die angestrebten Veränderungen im normalen Lebensalltag nicht aufrechterhalten werden können.

Problembereich „Alltag und soziale Unterstützung“

Eine Fokusgruppenteilnehmerin, die in einer Selbsthilfegruppe ihre Ernährung umgestellt und erheblich abgenommen hatte, schildert ihre Probleme: In der Gruppe *„da habe ich gut abgenommen. Die Ernäh-*

runge wurde auf vollwert und fettarm umgestellt. Aber da müsste die ganze Familie mitmachen, und das kostet so viel Zeit. Da ist mir die Zeit zu schade dazu. Das ist es mir auch nicht wert, diese aufwendige Kocherei – die ist mir dann zu umständlich geworden.“ (FG 05: 1.59) Eine andere, übergewichtige Befragte berichtet: „Ich habe die Nahrung umgestellt, habe viel Sport gemacht und 20 kg verloren... Dann kam der neue Partner und es ging wieder nach oben.“ (FG 05: 2.08)

Vielfach werden Abnehmversuche aber geradewegs durch das soziale Netzwerk, in welches Menschen eingebunden sind, konterkariert: *„Mutter war immer stolz wie Oskar, wenn alles aufgegessen wurde und der Leitspruch von Oma war: ‚man muss auch für den Hunger essen, der erst noch kommt.‘“ (FG 05: 1.08)*

Andere Interviews lassen erkennen, dass beispielsweise auch die Arbeitsbedingungen einer positiven Prognose hinsichtlich einer dauerhaften Gewichtsreduktion zuwiderlaufen können. Eine Jugendliche, die in einer therapeutischen Einrichtung von über 160 kg auf rund 110 kg abgenommen hatte, berichtete auf die Frage, was sie nach der Therapie beruflich machen wolle: *„Jetzt ab diesem Sommer fange ich bei einer Freundin meiner Mutter im Kiosk an. Also die hat einen Campingplatz und da hat sie einen Kiosk. Und da arbeite ich dann.“ (Aaid 01: 245)*

1.4 Die Fragestellung

Ziel der nachfolgenden Analysen ist es, ein Paket von Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Adipositas zu schnüren, das interdisziplinär zusammengesetzt ist und infolge dieser komplexen Sichtweisen über die individuellen Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten hinaus („Verhaltensaspekt“) auch die Verhältnisprävention im Auge hat. Die Einzelmaßnahmen erstrecken sich unter anderem auf die Bereiche Familie, Wissenschaft, Sozial-, Bildungs- und Ordnungspolitik, Ökonomie, Industrie, Werbewirtschaft und Handel, das Gesundheitswesen, die Ärzteschaft, sowie Krankenkassen und -versi-

cherungen. Da einzelne Maßnahmen mehreren dieser Institutionen zugeordnet werden können, sind mancherorts Redundanzen in der Darstellung unvermeidlich.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen stützen sich auf die vielfältigen Perspektiven, die uns von den befragten Experten aber auch in Fokusgruppen und Einzelinterviews zugetragen wurden. In Ermangelung eines bestehenden Kanons an Präventions- und therapeutischen Optionen, die für sich das Prädikat „evidenzbasiert“ beanspruchen dürfen, werden nachfolgend solche Maßnahmen vorgestellt und kritisch diskutiert, die in Experteninterviews und Fokusgruppen begründetermaßen als relevant und potentiell wirksam unterbreitet wurden. Die kritische Einschätzung der einzelnen Optionen stützt sich zunächst auf gute Argumente bzw. auf berichtete Erfahrungen, aber auch darauf, ob die einzelnen Präventions- oder Therapievorschläge in den Interviews und Fokusgruppen umstritten waren oder nicht. Teilweise werden die einzelnen referierten Vorschläge mit Zitaten aus dem qualitativen Datenfundus angereichert, um die das zugrunde liegende Problem, Argumente und Gegenargumente oder die Wirkungsweise einer unterbreiteten Maßnahme verständlicher zu machen.

Unser einführender Problemaufriss lässt die juvenile Adipositas weniger als ein individuelles Verhaltensproblem erscheinen, sondern vielmehr als eine „natürliche“, „logische“ Begleiterscheinung moderner Industrie- und Uberflussgesellschaften. In der abschließenden Zusammenfassung soll deshalb ein Bündel an Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention aber auch zur Therapie der juvenilen Adipositas vorgeschlagen werden, dessen Einzelkomponenten empirisch als wirksam und rechtlich kompatibel erachtet werden und der Komplexität des Problems Rechnung tragen. Infolge des Scheiterns eindimensionaler Präventions- und Therapiekonzepte in der Vergangenheit besteht die Aufgabe darin, ein Paket sich komplementär ergänzender und dabei Synergien entfaltender Einzelmaßnahmen zu schnüren, das die gesellschaftliche, institutionelle und individuelle Dimension des Problems gleichermaßen einschließt.

2 Material und Methoden

Da es gilt, innovative Lösungsmöglichkeiten für das Problem der juvenilen Adipositas zu finden, liegt der Schwerpunkt der nachfolgenden Analysen auf explorativen empirischen Strategien, nämlich der systematischen Auswertung jener Aspekte, Vorschläge und Argumente, die Experten und Betroffene in qualitativen Leitfadeninterviews und Fokusgruppen unterbreitet haben. Das gesamte qualitative Datenmaterial wurde vor der systematischen Codierung mit MaxQda² verschriftet bzw. paraphrasiert.³

Unser Forschungsprojekt wurde als offizielles ZUMA-Projekt in allen Methodenfragen vom „Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen“ (ZUMA) in Mannheim professionell beraten.⁴

Experteninterviews

In einer Serie von 10 leitfadengestützten, themenzentrierten Experteninterviews (zur Methode s. Witzel 1989; Flick 2006: 139ff.), die vom Verfasser dieses Beitrags im Herbst 2006 und Frühjahr 2007 durchgeführt wurden, wurde u.a. nach Defiziten bisheriger Maßnahmen zur Prophylaxe oder Reduktion von Übergewicht und Adiposi-

² Die aufwendigen Vercodungsarbeiten wurden maßgeblich von Regina Schröter unterstützt, wofür ich ihr Dank schulden.

³ Ich danke Sabine Mertz, die die umfangreichen Transkriptionsarbeiten mit großer Sorgfalt durchgeführt hat. Mein Dank gilt ferner Marco Sonnberger, der bei der Paraphrasierung der Fokusgruppen wertvolle Hilfe geleistet hat.

⁴ Für die unentgeltlich geleistete Beratungsleistung sind wir dem Mannheimer „Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen“ (ZUMA) und namentlich Rolf Porst, der das Projekt zuvorkommend und sehr professionell unterstützt hat, zu großem Dank verpflichtet.

tas gefragt, aber auch danach, wie geeignetere Konzepte aussehen sollten.⁵ Befragt wurden der Chefarzt einer großen klinischen Einrichtung, die sich schwerpunktmäßig auf die Therapie stark übergewichtiger Kinder und Jugendlicher spezialisiert hat, die Leiterin mehrerer Kindertagesstätten, die Leiterin einer Selbsthilfeeinrichtung, die sich unter anderem mit essgestörten und adipösen Kindern befasst, und der Oberarzt einer psychotherapeutischen Klinik, in der schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche mit Ernährungs- und Gewichtsproblemen therapiert werden. Ferner wurde ein Professor für Sportwissenschaft befragt, der sich bereits an mehreren Programmen zur Bewegungsförderung und Gewichtsreduktion beteiligt hat, ein Professor für Pädiatrie, der zugleich als Chefarzt einer Kinderklinik vorsteht, eine Ernährungswissenschaftlerin, die in einem Forschungsinstitut arbeitet und sich dabei bereits an mehreren Ernährungskampagnen beteiligt hat, sowie zwei Personen aus der Leitungsebene einer Krankenkasse und einer privaten Krankenversicherung, in deren Aufgabenbereich Maßnahmen zur Gewichtsreduktion fallen.

Fokusgruppen

Des weiteren lieferten Fokusgruppen (zur Methode s. Dürrenberger & Behringer 1999, Bohnsack 2005: 369ff. und Flick 2006: 180ff.), die in der zweiten Jahreshälfte 2007 durchgeführt wurden, Hinweise auf potentielle Ansätze zur Prävention bzw. Therapie der Adipositas. Bis einschließlich November 2007 wurden insgesamt 15 Fokusgruppen mit sehr unterschiedlichen TeilnehmerInnen durchgeführt, beispielsweise mit Lehrkräften und ErzieherInnen, mit stark übergewichtigen Erwachsenen, die zum einen eine ganze Reihe erfolgloser Diäten hinter sich haben, wohingegen die TeilnehmerInnen einer anderen Gruppe massiv abgenommen haben und ihr Gewicht bereits seit Jah-

⁵ Der Erfolg unseres Forschungsprojektes fußt maßgeblich auf der Bereitschaft dieser Experten zur Mitwirkung an Leitfadeninterviews und Fokusgruppen. Für die eingebrachten Erfahrungen und Erkenntnisse schulden wir ihnen besonderen Dank.

ren halten. Eine weitere Fokusgruppe setzte sich aus Personen zusammen, die sich in eine professionelle Gruppe zur Gewichtsreduktion begeben und bereits erheblich an Gewicht verloren haben. Zwei weitere Gruppen befassten sich mit der Lage türkischer MigrantInnen und ihrer besonderen Sichtweise von Übergewicht fördernden Lebenslagen. Weitere Gruppen hatten übergewichtige Jugendliche bzw. Jugendliche, die bereits stark abgenommen haben, zu Gast. In zwei weiteren Gruppendiskussionen wurden die Erfahrungen der Eltern schlanker und von Eltern stark übergewichtiger Kinder eingeholt. Vier Fokusgruppen, die im November 2007 durchgeführt wurden, drehten sich um die speziellen Sichtweisen und potentiellen Lösungsbeiträge des Adipositasproblems von Seiten der Nahrungsmittelindustrie, der Werbebranche, von verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, darunter Ärzten, Krankenkassen bzw. -versicherern, von Ernährungs- und Bewegungstherapeuten.⁶

Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage (ALLBUS 2004)

Manche Aspekte und Forderungen blieben in dem Interview- und Fokusgruppenmaterial widersprüchlich oder umstritten. In diesen wenigen Fällen wurde versucht, wenn möglich, zusätzliche Argumente aus der Sekundäranalyse des repräsentativen ALLBUS-Datensatzes von 2004 zu gewinnen, etwa beim Versuch, den Zusammenhang zwischen Schicht, Übergewicht und Adipositas analytisch aufzuklären. Dieser auf gesundheitliche Fragestellungen ausgerichtete Datensatz wurde uns dankenswerterweise von „Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung“ in Köln (ZA) für Sekundäranalysen zur Verfügung gestellt.

⁶ Allen TeilnehmerInnen sei nochmals für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an unserem Projekt und für die Darlegung ihrer persönlichen Problemsicht und Erfahrungen herzlich gedankt.

3 Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas

Die nachfolgenden Erörterungen basieren auf einer systematischen Analyse und Vercodung von insgesamt 475 Vorschlägen, die in den Interviews und Fokusgruppen zur Prävention oder Therapie der Adipositas unterbreitet wurden. Zur Auswahl gelangen dabei nur solche Maßnahmen, die von den GesprächspartnerInnen als „zentral“ angesehen wurden, sei es, dass bestimmte Vorschläge in mehreren Interviews oder Fokusgruppen aufgegriffen wurden, dass sie sich in der Diskussion als gut begründet und robust erwiesen, sei es, dass glaubhafte Hinweise bezüglich ihrer Wirksamkeit vorgebracht wurden. Die nachfolgende Aufstellung ist danach gegliedert, an welche Akteure oder Institutionen sich die jeweilige Maßnahme richtet und wer sie finanzieren, einleiten bzw. durchführen soll. Im Bedarfsfalle wird des weiteren ausgewiesen, ob sich eine Handlungsoption für die Adipositasprävention oder Therapie eignet und gegebenenfalls für welche Zielgruppe die jeweilige Maßnahme besonders geeignet erscheint.

3.1 Wissenschaft

Beseitigung des Datennotstands

Ungeachtet der breit angelegten KiGGS-Studie wird die gegenwärtige Datenlage zur kindlichen oder juvenilen Adipositas als unzureichend beklagt. Insbesondere fehle es in Deutschland an „repräsentativen Verlaufsbeobachtungen zur Gewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen“. (Kromeyer-Hauschild & Wabitsch 2004: 2). Derartige Kla-

gen finden sich auch in unseren Experteninterviews. Der Chefarzt einer therapeutischen Einrichtung zur Behandlung schwer übergewichtiger Kinder und Jugendlicher beklagt: *„Wir haben nicht einmal vernünftige Zahlen... keine flächendeckenden epidemiologischen Daten, keine nationale oder europäische Prävalenzstudie, keine langfristigen Verlaufsdaten und damit keine prognostischen Indikatoren für eine Intervention. Wenn wir eine langfristige Katamnese hätten, könnten wir vielleicht auch etwas mehr wissen, warum [Interventionsmaßnahmen] bei dem einen gut gehen und bei dem anderen schlechter.“* (Ae 01: 1f.) Als eine mögliche Datenquelle wird vorgeschlagen, das so genannte „gelbe Heft“ zu digitalisieren, *„da sind Millionen Kinder erfasst. Und wenn man diese Daten auswertet, mit den sozioökonomischen Daten, die dahinter stehen – die kann man ja abfragen –, dann hat man eine langfristige Verlaufsgeschichte.“* (Ae 01: 18)

Bessere Koordination der Forschungsanstrengungen

Des weiteren sollte eine breit angelegte europäische Prävalenzstudie aufgelegt werden, zum einen, weil alle ökonomisch stark entwickelten Gesellschaften mit dem Problem der juvenilen Adipositas konfrontiert sind, zum anderen, weil in den einzelnen Ländern unterschiedliche Erfahrungen und Konzepte zur Problembearbeitung eingesetzt werden. Ein derartiger Versuch sei bereits einmal unternommen worden, jedoch infolge der unzureichenden Vernetzung der Wissenschaftler über die Ländergrenzen hinweg, aber auch infolge wissenschaftlicher Partikularinteressen letztlich gescheitert.

Weil ein derartiges Unternehmen außerordentlich teuer sei, sei es dringend erforderlich, diese weit reichenden Forschungsanstrengungen besser zu koordinieren, zu bündeln und als Druckmittel die Vergabe von Geldern an die erfolgreiche Vernetzung und die Compliance der Teams zu knüpfen. (Ae 01: 7) Wegen der Komplexität des Problems sei es außerdem unerlässlich, diese Forschungsanstrengungen interdisziplinär auszurichten.

Schaffung evidenzbasierter Leitbilder und Therapiekonzepte

Dieselbe Strukturlosigkeit gelte im übrigen nicht nur für die Datenerhebung, sondern auch für die Versorgung Adipöser. Zwar gebe es eine breite Palette an therapeutischen Ansätzen, aber *„alle Langzeitstudien von Therapien seien sehr enttäuschend. Maximal fünf Prozent der in einer längeren Therapie befindlichen Adipösen würden es schaffen, das Gewicht zu halten.“* (vgl. Friedrich Ebert Stiftung 2007: 27) Dringend erforderlich seien deshalb evidenzbasierte Leitlinien und Therapiekonzepte einschließlich der Festlegung von Qualitätszielen und die Einführung eines wirksamen Qualitätsmanagements. Sowohl für die Rechtfertigung der mit den Maßnahmen verbundenen Kosten, als auch hinsichtlich der Motivation Betroffener (FG 13) ist der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit von Maßnahmen zur effektiven Therapie von Übergewicht und Adipositas unverzichtbar.

Im Bezug auf therapeutische Interventionen bestehende Theoriedefizite müssten dringend beseitigt werden. (Ae 03, Ae 08) Darüber hinaus sind Mittel für wissenschaftliches Monitoring zur Evaluation von Maßnahmen und für das Qualitätsmanagement bereitzustellen. Es ermangele dringend an klinischen Längsschnittstudien. (Ae 08) Welche Interventionsmöglichkeiten sich aus der neueren genetischen und endokrinologischen Forschung ableiten lassen, sei gänzlich ungeklärt. (Ae 01) Einige der längerfristig ausgerichteten Therapiekonzepte scheitern daran, dass die Kostenträger im Gesundheitswesen hierfür nicht aufkommen, weil die Adipositas selbst keine anerkannte Krankheit sei.

Interdisziplinär verschränkte Maßnahmenbündel

In der Vergangenheit haben sich vor allem unifaktorielle therapeutische Ansätze als wenig wirksam erwiesen. In Anbetracht eines komplexen Problems und mangels Patentlösungen besteht die anspruchsvolle Aufgabe darin, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmenbündel zu ergreifen, diese zu institutionalisieren, zu evaluieren und Strukturen zu schaffen, mit deren Hilfe nachweislich wirksame

Interventionen zur Prävention und Therapie der Adipositas umgesetzt werden können. (Ae 04, Ae 08, Ae 09)

3.2 Politik

Nach Ansicht der befragten Experten ist das politische Handlungsfeld für die Problemlösung deshalb zentral, weil es sich bei Übergewicht und Adipositas in Wirklichkeit um ein komplexes, tief greifendes gesellschaftliches Phänomen handelt: *„Wir sollten Adipositas als Epiphänomen unserer Gesellschaft betrachten... Wir werden das Problem weder medizinisch noch psychologisch lösen – wir werden es nur gesellschaftlich bzw. politisch lösen können.“* (Ae 01: 8)

Koordinierung, Bündelung und Finanzierung der Forschung

Eine erste Aufgabe der Politik sei es, die Forschung zu unterstützen und europaweit zu koordinieren. Die derzeit herrschende Praxis, dass in mehreren europäischen Ländern parallel zu gleichen Fragestellungen geforscht werde, sei teuer, ineffektiv und angesichts des Problemdrucks kaum zu verantworten. Die Politik habe diesbezüglich die Forschungsanstrengungen zu koordinieren, zu bündeln und ihre Finanzierung sicherzustellen, weil einzelne Akteure und Forschungsinstitutionen damit überfordert seien. (Ae 01: 7f.)

Nationaler Adipositas-Präventionsplan

Von den Teilnehmern von Fokusgruppen, die sich speziell mit der Prävention und Bekämpfung der Adipositas befassten, wurde ein nationaler Aktionsplan gegen Übergewicht und Adipositas, eine Neuauflage des Präventionsgesetzes, die Formulierung von Zielvorgaben und ihre konsequente Umsetzung gefordert. Der vorherrschende „Projektpluralismus“ sei teuer und kaum zielführend. Stattdessen bedürfe es der Verteilung von Aufgaben und der Festlegung von Ver-

antwortlichkeiten, wobei die beteiligten Institutionen auf eine Kooperation festgelegt werden sollen, damit Synergieeffekte entstehen können. Hierzu sei die Schaffung von Koordinatoren auf Länder- und kommunaler Ebene erforderlich. (FG 15: 17) Die Teilnehmer stimmten darin überein, dass derartige politische Regelungen vonnöten seien.

Schaffung einer nationalen Plattform zur Bekämpfung der Adipositas auf Ministerebene

Zusätzlich wird auf nationaler Ebene die Schaffung einer „Adipositas Task Force“ vorgeschlagen, deren Aufgabe darin bestehen soll, neben der Bündelung des verfügbaren Wissens, die Umsetzung eines abgestimmten, umfassenden „nationalen Präventionsplanes“ und entsprechender Therapiekonzepte, einzuleiten. Dieser Vorschlag wurde mehrfach aufgegriffen, diskutiert und dahingehend präzisiert, dass für diese Aufgabe einer Ministerkonferenz analog zur Kultusministerkonferenz der Vorzug vor einer „Task Force“ einzuräumen sei. Eine Ministerkonferenz trage zum einen der föderalen Struktur Rechnung und zeichne sich zum anderen durch bessere Entscheidungsbeurteilungen aus.

Des Weiteren wird die Vernetzung klinischer und ambulanter Hilfen als notwendig angesehen: Stationäre Maßnahmen müssten unbedingt durch ambulante Dienste flankiert werden, zur Absicherung und Verfestigung von Therapieerfolgen im Alltag. Diese Maßnahmen müssen durch Monitoring begleitet und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden, mit dem Ziel, evidenzbasierte Therapiekonzepte zu erhalten.

Sowohl in puncto Forschung als auch hinsichtlich Prävention und Therapie gelte es, anstelle der Gründung verschiedener Plattformen und Einzelaktivitäten eine bundesweite Koordinierung und Bündelung von Aktivitäten zu erreichen. (Ae 01: 8) Auch in den Fokusgruppen stößt die Neigung, eine Flut von unkoordinierten und zumeist nur kurzlebigen Projekten und Kampagnen ins Leben zu rufen, auf

Kritik: *„Was mich stört, ist diese Projektitis. Es ist ja nicht so, dass keine Gelder vorhanden wären. Aber jeder denkt, er müsste sich selbst darstellen. Was fehlt, ist, dass diese Projekte koordiniert werden. Eine Stelle, die ein gemeinsames Ziel vorgibt und dass davon abgeleitete Maßnahmen durchgeführt werden.“* (FG 15: 18)

Koordinierung der Medienarbeit – Versachlichung der Inhalte

Ähnliches gelte für die Medienarbeit: Sie müsse ebenfalls koordiniert werden. Ministerielle Alleingänge und Profilierungsversuche, die es in der Vergangenheit wiederholt gegeben habe, seien der Sache nicht dienlich. Die Koordinierung der Medienarbeit solle am besten durch die Koordinatoren auf Länderebene bzw. die Ministerkonferenz erfolgen.

Ausbau der kommunalen Gesundheitsversorgung

Im Gegensatz zur Bündelung der Forschung gehe es bei den therapeutischen Maßnahmen darum, sie dezentral, gemeindenah und gleichzeitig multilateral zu institutionalisieren: Da die Wirksamkeit vieler Maßnahmen zur Ernährungsumstellung, zu mehr Bewegung und zur Gewichtsreduktion im Alltag verloren gehe, sei es dringend erforderlich, *„das Landratsamt, das Sozialamt, Jugendamt, das Gesundheitsamt, die Kassen, Beratungsstellen, Elternverbände“* (Ae 01: 8) aber auch Träger wie Jugend- oder Arbeitshilfe oder die BfA in Projekte und Hilfsnetzwerke einzubinden (Ae 01: 8) und die Betroffenen vor Ort in ihrem Alltag durch ein niedrigschwelliges Hilfsangebot zu betreuen. Es gelte, derartige „public health“ Projekte, die sich in Pilotversuchen bewährt hätten, systematisch auszubauen und bundesweit auf den Weg zu bringen. Die Politik habe nicht nur die Forschung und die stationären Therapien, sondern darüber hinaus insbesondere auch die Finanzierung im Nachsorgebereich sicherzustellen.

Verbesserung des Bildungsangebotes und Anhebung der Hartz-IV-Regelsätze

Übergewicht und Adipositas werden gemeinhin mit einem sozialen Gradienten in Verbindung gebracht. Einer der befragten Experten führt dazu aus: *„Also das ist typischerweise ein Schichtproblem oder ein Milieuproblem, wie Sie das sehen wollen – vertikale oder horizontale Schichten.“* Und mit Blick auf eine aktive Freizeitgestaltung ergänzt er: *„Diejenigen, die aktiv sind, sind typischerweise ... aus der Mittelschicht und der oberen Mittelschicht, die Bewegung auch zu einem Teil ihres Lebensstils werden lassen.“* (Ae 05: 16)

Wie angedeutet stellen Vorstellungen über soziale Ungleichheit, wie sie sich etwa in einem Schichtindikator ausdrücken, ein Konglomerat aus unterschiedlichen sozioökonomischen und soziokulturellen Komponenten dar, die auf gesellschaftlich privilegierte oder deprivilegierte Lebenslagen hinweisen und mit Übergewicht in Beziehung stehen können. Analysen mit der für die über 18jährige deutsche Wohnbevölkerung repräsentativen „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS 2004) helfen dieses Syndrom zu entwirren.

Überraschenderweise ist die soziale Schichtzugehörigkeit – trichotomisiert in Unter- bzw. Arbeiterschicht, Mittelschicht und obere Mitte bzw. Oberschicht – nur schwach mit der Gewichtsklasse der Befragten assoziiert (Assoziationsmaß $\gamma = -.21$); nur 40% der Befragten aus der Unter- oder Arbeiterschicht, aber 53% Mittel- und sogar 55% obere Mittelschicht- und Oberschichtangehörige sind weder überge- wichtig noch adipös.

Schichtindikatoren setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen: Neben Einkommen und Bildung kommen etwa das Vermögen, Berufsprestige oder aber andere Variablen in Frage, die über das Sozialprestige Auskunft geben. Bezogen auf Übergewicht und Adipositas ist dies insoweit von Belang, als in Interviews und Fokusgruppen mit Betroffenen immer wieder die politische Forderung nach einer Erhöhung der unter(st)en Einkommen geäußert wurde: Vor allem die zu niedrigen Hartz-IV-Regelsätze wurden dabei für die Entstehung

von Übergewicht und Adipositas verantwortlich gemacht: (Ae 07): *„Viele dicke Kinder sind halt arm: Schlechte Ernährung ist billig, gute teuer.“* (FG 08: 134) *„Wenn ich wenig Geld zur Verfügung habe, dann kaufe ich eher Fertigprodukte als frisches Gemüse, da diese Fertigprodukte billiger sind. Die Devise lautet hier: ‚billig satt werden.‘“* (FG 06: 32)

Aber auch die Gegenposition wurde laut: *„Ich bin übergewichtig, und kann aus meiner Situation sagen, dass ich keine minderwertigen Produkte kaufe. Es liegt an der Menge, d.h. es liegt nicht daran, dass man kein Geld hat, sondern an der Menge der Produkte, die man isst.“* (FG 06: 31)

Die Armuts-Übergewichts-Diskussion war auch Gegenstand eines Experteninterviews mit einer Ernährungswissenschaftlerin, die in verschiedenen Projekten mit fehl- und überernährten Personen mitgewirkt hatte. Sie entfaltet zwei konkurrierende Sichtweisen: *„Es gab eine Berechnung, ...wo die Verbraucherzentralen mal nachgerechnet hatten, ob eine nachhaltige und eine gesunde Ernährung mit dem Sozialhilfesatz möglich ist. Und sie haben das damals negativ beschieden, sagten dann aber, es müsste neu berechnet werden. Sie hatten also keine aktuellen Zahlen und trauten sich offensichtlich auch nicht so richtig aus der Reserve. Aber aus meinen Erfahrungen dürfte es mit Hartz IV nicht möglich sein... Aber es kommt dazu, dass die Kompetenzen inzwischen nicht mehr die sind, dass man eine gute qualitative Armenküche machen kann... Gleichzeitig haben wir keine Kompetenzen mehr, um wirklich mit wenig viel zu machen. Also dieses Wissen ist einfach weg.“* (Ae 08: 75f.)

Ähnliche Argumentationslinien finden sich, wenn es um die Mitgliedschaft in Sportvereinen oder Beiträge für das Fitnessstudio geht. Auch hier konkurrieren ökonomische Aspekte mit lebensstilbezogenem Präferenzverhalten: Derartige Clubs und Vereine seien *„für manche Unterschichtangehörige einfach zu teuer,... und wahrscheinlich vom Lebensstil her nicht für jeden akzeptabel“* (Ae 09: 45) In einer Fokusgruppe wird bemerkt: *„Die Jugendlichen geben viel Geld für Handys aus, aber nicht für den Sportverein.“* (FG 12: 33)

Diese Beispiele verdeutlichen, dass soziale Ungleichheit auf verschiedenartige Weise mit adipösem Ernährungs- und Freizeitverhalten verknüpft sein kann. Bezüglich politischer Maßnahmen zur Adiposi-

tasprävention empfiehlt es sich daher, die verschiedenen Einflüsse sozialer Ungleichheit auf Übergewicht und Adipositas genauer zu untersuchen und wenn möglich analytisch zu trennen.

Anhand des ALLBUS-Datensatzes zeigt sich zum einen ein deutlicher Bildungseffekt: 62% der Befragten mit maximal Hauptschulabschluss sind übergewichtig oder adipös, aber nur 48% jener mit mittlerer Reife und 40% von Personen mit Fachhochschul- oder allgemeiner Hochschulreife ($\gamma = -.28$). Zum anderen erweist sich das Haushaltsnettoeinkommen mit Übergewicht und Adipositas gänzlich unkorreliert ($\gamma = -.01$) und das persönliche Monatsnettoeinkommen sogar leicht positiv mit hohem Gewicht assoziiert ($\gamma = .16$): Auch alterskontrolliert neigen gutverdienende Personen stärker zu Übergewicht als schlecht verdienende: Von denjenigen, die unter 1.000€ verdienen, sind 25% übergewichtig und zusätzlich 11% adipös, wohingegen die Gruppe jener mit über 3.000€ monatlichem Nettoeinkommen 36% Übergewichtige und 13% Adipöse stellt.

Kombiniert man Einkommen und Bildung, dann zeigt es sich, dass mit 24% Übergewichtigen und 8% Adipösen die am *höchsten* Gebildeten in der *niedrigsten* Einkommensklasse (< 1.000 €) mit knappem Abstand am wenigsten Übergewichtige und Fettleibige aufweisen.

Daraus ist zu schließen, dass es sich bei Übergewicht und Adipositas in erster Linie um ein soziokulturelles, nicht um ein sozioökonomisches Problem handelt. Diese Befunde sprechen deutlich für die Notwendigkeit verbesserter Bildungs- und Erziehungschancen. Dabei geht es weniger um Allgemeinbildung, sondern vor allem um den Erwerb lebenspraktisch relevanten Wissens, das heißt um das Erlernen, die Verinnerlichung und Anwendung solchen Regelwissens, das die Kinder und Jugendlichen befähigt, einen gesundheitsadäquaten Lebensstil zu etablieren und in ihrem Alltag zu stabilisieren.

Förderung eines gesunden Lebensstils

Es bestand breiter Konsens bei der Frage, wer die Kompetenz- und Sozialisationsdefizite von Kindern und Jugendlichen ausgleichen soll.

In erster Linie wurde an Kindergarten und insbesondere Schule gedacht, in zweiter Linie an Kindertagesstätten.

Kindergärten und Schulen seien für die Adipositasprävention deshalb von entscheidender Bedeutung, weil über diese Institutionen praktisch alle Kinder und Jugendliche erreicht werden. (Ae 01, Ae 08, Ae 09; Ae 10, FG 13). Nach Ansicht von Eltern und Institutionenvertretern sollten diese Einrichtungen zwei grundlegende Funktionen erfüllen:

Zum einen für Gesundheitsaufklärung sorgen, das heißt Kompetenzen über ein gesundheitsadäquates Ernährungs- und Freizeitverhalten und davon abgeleitetes Regelwissen vermitteln.

Zum anderen ist aus dem Setting-Ansatz bekannt, dass sich persönliche Verhaltensweisen schwerer ändern lassen als jene sozialen Settings, in welche die individuellen Handlungsmuster eingebettet sind. Kindergärten und Schulen müssen deshalb zu Orten gestaltet werden, die vorbildliche Rahmenbedingungen für Ernährung, Sport und allgemein gesundheitsadäquates Verhalten bieten. Im Einzelnen haben diese Einrichtungen folgende Aufgaben zu erfüllen:

- Ihren Schützlingen ein verbessertes Angebot an guter Ernährung zu bieten, wozu neben einem besseren Nahrungsmittelangebot im Pausenverkauf – Verzicht auf bzw. Verbot von hochkalorischen Speisen und Getränken⁷, wie etwa Schokoriegel, süßes oder Knabbergebäck, Softdrinks – und einer qualitativ verbesserten Schulspeisung bei Ganztagschulen auch die hinreichende finanzielle Ausstattung dieser Einrichtungen gehört,
- für ein verbessertes und attraktiveres Sportangebot zu sorgen, und
- das erforderliche Wissen zur Ausgestaltung eines gesundheitsadäquaten Lebensstils zu vermitteln, wozu u.a. die Förderung eines

⁷ Entsprechend den Vorgaben der Food Standards Agency sind damit Lebensmittel gemeint, deren Zuckergehalt 10 Gewichtsprozent oder deren Fettanteil 20 Gewichtsprozent übersteigt.

sportlichen Lebensstils gehöre und die Vermittlung von Ernährungswissen, Ernährungskompetenz und Ernährungssouveränität. Letzteres müsse auch eine umfassende Konsumentenaufklärung einschließen. Überdies solle die Schule die Geschmacksbildung jenseits der unter Kindern und Jugendlichen verbreiteten Präferenzen fett und süß fördern und zum Probieren unbekannter Lebensmittel animieren. (Ae 02; Ae 03; Ae 08; Ae 09) Über speziell angebotene Kochprojekte soll versucht werden, die Schülerinnen und Schüler an gesunde Ernährung zu gewöhnen und zu einem kompetenten Umgang bei der Auswahl und Zubereitung von Ernährung anzuregen.

Diese Maßnahmen erfordern eine spezielle Ausbildung der Lehr- und Erziehungskräfte im Bereich der Ernährungskompetenz und -didaktik. (Ae 03)

In Baden-Württemberg habe sich der Fächerverbund Mensch-Natur-Umwelt bewährt, der u.a. das praxisbezogene Erlernen von gesundheitsrelevantem Wissen zum Gegenstand habe und Kinder und Jugendliche für gesundheitsrelevante Themen sensibilisiere. (Ae 01, FG 15) Dieses bewährte Modell könne in anderen Bundesländern übernommen werden, wobei für den Erfolg maßgeblich sei, dass die genannten Lerninhalte nicht punktuell vermittelt, sondern als feste Bestandteile in den Curricula und im Unterricht verankert werden.

Angeregt wurde auch, dass Schulen Kurse zur Ernährungsbildung für Eltern anbieten. Pilotversuche hätten allerdings gezeigt, dass das Interesse der Elternschaft gering sei.

Persönlichkeitsbildung

Die Ausbildung von Übergewicht und Adipositas kann allerdings nicht nur auf mangelnde Kompetenzen und inadäquate Ernährungs- und Freizeitstile zurückgeführt werden. Teilweise werden dahinter Anzeichen psychischer und psychosozialer Belastungen wie mangelnde Ich-Stärke, Konfliktfähigkeit, oder Probleme im sozialen Nahraum, erkennbar, die zu Rückzug, passivem Freizeitverhalten und

Frustessen führen können. Im Einzelfall könne Fett- oder Magersucht als Strategie zur Entsexualisierung des Körpers eingesetzt werden, zur Vermeidung (fortgesetzten) sexuellen Missbrauchs oder anderer Gewalterfahrungen, möglicherweise aber auch als Ausdruck von pubertätsbedingten Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen. (Ae 04: 7) Aufgabe der Schule ist es, beratend oder therapeutisch einzugreifen bzw. den Kontakt zu professioneller Hilfe herzustellen.

Umfassender Erziehungsauftrag von Kindergarten und Schule

Kindergarten und vor allem Schulen müssen, wo erforderlich, einen umfassenderen Auftrag zur Erziehung und Persönlichkeitsbildung erfüllen. Dabei gilt es, Kinder und Jugendliche emotional zu festigen, ihre soziale Kompetenz, Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz zu schulen und zunehmend solche Sozialisationsfunktionen zu erfüllen, mit denen ein kleiner aber wachsender Teil der Eltern überfordert zu sein scheint. Hierunter wurden in dem Datenmaterial auch die Schulung der Körperwahrnehmung, von Hunger und Sättigung, aber auch die Strukturierung des Tagesablaufes in feste Phasen der Nahrungsaufnahme, des Nahrungsverzichts (Ae 06), sowie Phasen der sportlichen Ertüchtigung subsummiert. (Ae 06, Ae 07)

Essen bis es schmerzt – zum Verlust des Körpergefühls

Vor allem von Lehrkräften und Erziehern in Ganztageseinrichtungen wurde wiederholt beklagt, dass viele und vor allem korpulente Kinder über ein mangelhaftes Körpergefühl verfügen, worunter nicht nur mangelnde Geschicklichkeit sondern oftmals auch ein fehlendes Gefühl für angemessene Sättigung falle. In Interviews mit übergewichtigen Kindern wurde regelmäßig gefragt, woran man denn erkennen könne, satt zu sein. Auf diese Frage antwortete beispielsweise eine knapp 120 kg schwere, 16jährige Jugendliche: „*Wenn ich nicht mehr kann – wenn nichts mehr rein geht.*“ (Aaid 01: 179) Neele, ein 11jähriges Mädchen mit einem BMI über 27 antwortete auf die glei-

che Frage: „Wenn ich nicht mehr kann.“ Interviewer: „Wie fühlt sich das an?“ „Ich krieg ein bisschen Bauchweh.“ (Aaid 03: 271)

Kinder müssten lernen, realistisch abzuschätzen, wie viel sie essen können, bis sie satt sind. (Ae 03, Ae 04) Dazu gehöre auch, Kinder bei Bedarf bewusst in ihrem Essverhalten zu bremsen und ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern. Auch dies wird im Elternhaus teilweise nicht gelernt – im Gegenteil. Ein stark übergewichtiger, 11 Jahre alter Junge mit 60 kg Körpergewicht weiß zu berichten: „Also ich esse ... bis ich satt bin. Also wenn ich jetzt eine Portion Spaghetti esse, dann bin ich richtig satt. Also mein Vater, der sagt dann ‚iss noch ein bisschen!‘“. (Aaid 02: 109)

Erforderlich sei es auch, das Mitbringen ungesunder, hochkalorischer Lebensmittel in Kindergärten und Schulen zu unterbinden. (FG 13) Flankierend könnten in diesen Institutionen regelmäßige Körpergrößen- und Gewichtskontrollen durchgeführt werden.

Nach Ansicht der befragten Experten aber auch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Fokusgruppen besteht dringender politischer Handlungsbedarf: Über den Bildungsauftrag hinaus, sei es erforderlich, vor allem in der Schule dem Erziehungsauftrag mehr Raum einzuräumen. Die Bereiche „Körper und Ernährung“ aber auch die Persönlichkeitsbildung sollten feste Bestandteile der Lehrpläne werden.

All dies setzt freilich die Bereitschaft des Lehrpersonals voraus, diese zusätzlichen, über den Bildungsauftrag hinausreichenden Aufgaben und Verpflichtungen zu übernehmen. Fokusgruppen mit Lehrkräften ließen erkennen, dass diese sich schon heute an den Grenzen ihrer Belastung fühlen und weiteren Aufgaben – zumal solchen mit vorwiegend erzieherischem Charakter – reserviert gegenüber stehen.

Förderung des Sports – Ausweitung des Schulsports

Bezüglich der Bedeutung des Schulsports gab es in den Experteninterviews aber auch in der Fokusgruppe mit Lehrkräften viel Kritik: Der Schulsport führe ein randständiges Dasein. Er sei von Unterrichtsausfall in besonderer Weise betroffen. In einigen Schultypen –

etwa Berufs- oder Gewerbeschulen – gebe es überhaupt keinen Sport (mehr). (Ae 05: 44) Überdies sei das Schulsportprogramm streckenweise altbacken – Stichwort „Geräteturnen“ – und trage wenig dazu bei, die Kinder und Jugendlichen mit Spaß an den Sport heranzuführen.

Für einen attraktiveren Schulsport

Wegen der teilweise deutlich unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen aber auch wegen z.T. divergierender sportlicher Präferenzen und Fähigkeiten, seien Schulnoten kaum geeignet, ein faires und leistungsgerechtes Bild der sportlichen Leistungsfähigkeit zu zeichnen. Im Gegenteil: Schlechte Noten seien dem Spaß an Sport und Bewegung abträglich. Der Schulsport zähle zu den am meisten geschwänzten Unterrichtsstunden. (FG 01: 13)

Auf harte Kritik stößt die um sich greifende Praxis, professionell ausgebildete Sportlehrer einzusparen und den Sportunterricht stattdessen an Personen mit Übungsleiterschein, manchmal auch an Rentner oder an Sportvereine zu delegieren. Ein Professor für Sportwissenschaft klagt: *„Ein Sportlehrer hingegen, der macht ein Studium, in dem man Pädagogik, Psychologie, Medizin, Biomechanik, Soziologie, was weiß ich was alles, hören muss über einen Zeitraum von neun Semestern. Also ich gehe davon aus: wir qualifizieren den wirklich von der Pike auf, damit er mit dem Medium, mit dem er umzugehen hat, nämlich mit einem menschlichen Körper, keinen Unfug anstellt... Hier lässt man Leute auf diese jungen Menschen in einer entscheidenden Entwicklungsphase los, die einhundertzwanzig Stunden etwas über die Thematik gehört haben und meint dann, das reicht.“* (Ae 05: 42)

In der Schule soll des weiteren mehr allgemeines Wissen über die gesundheits- und leistungsfördernde Bedeutung von Sport vermittelt werden, denn mehrheitlich werde *„Bewegung nicht als eine zentrale Verhaltensweise gesehen, die in irgendeiner Weise für das körperliche Wohlbefinden und die Gesundheit beiträgt.“* (Ae 05: 12)

Vor allem aber sollen mehr Sportstunden in die Lehrpläne eingebaut werden, möglichst eine Doppelstunde Sport täglich, ein Wunsch, dem in Fokusgruppen nur geringe Realisierungschancen eingeräumt wurden. Infolge der Umkleide- und Duschzeiten sollte Sport grundsätzlich nur in Doppelstunden angeboten werden. (Ae 05: 42, Ae 01)

Unter Umständen wird es nötig sein, Sportstunden zu differenzieren nach der körperlichen Leistungsfähigkeit der Kinder, denn *„Dicke entwickeln oft, um nicht benachteiligt zu werden, Strategien, beispielsweise ‚ich kann nicht am Sport teilnehmen, ich bin krank‘“*. (FG 01: 93) Auch aus diesem Grund wird die Leistungsbewertung und Notengebung im Sportunterricht kritisch gesehen, die schlanke, leistungsfähige und bewegliche Kinder zusätzlich motiviere und übergewichtige Kinder mit geringer Leistungsfähigkeit und Geschicklichkeit entmutige. Von zentraler Bedeutung sei vielmehr, die Lust an der Bewegung zu fördern, zu Sport als einer positiven Freizeitbeschäftigung zu motivieren und auf eine Vereinsmitgliedschaft im Sinne einer institutionellen Verfestigung sportlicher Aktivitäten hinzuwirken. (Ae 01) Es bietet sich deshalb auch an, Vertreter von Sportvereinen am Schulsport zu beteiligen, um auf diese Weise für ihr attraktives Angebot vor Ort werben zu können.

Öffnung des Schulsports für besondere kulturelle Gruppen

Eine besondere Herausforderung wird darin gesehen, traditionell erzogene moslemische Mädchen an den Sport- und Schwimmunterricht heranzuführen. Oftmals sind kulturell bedingte Widerstände zu überwinden, etwa die Ablehnung spezifischer, mit religiösen und kulturellen Normen inkompatibler Sportkleidung. Teilweise beruhen Ressentiments aber auch auf differentiellen Geschlechts- und Körpernormen – *„eine schöne türkische Frau ist eine korpulente Frau“* – und segregierten Lebenssphären: Für viele moslemische Frauen zählt der Haushalt zur prädestinierten Lebenssphäre, wohingegen Sport eine unerwünschte Präsentation des Körper in der Öffentlichkeit darstellt. (vgl. Zwick 2007)

Eine Möglichkeit könnte in dem Angebot bestehen, einen separaten Sportunterricht für diese Klientel anzubieten, mit der Option, sich beispielsweise auch mit Kopftuch körperlich zu ertüchtigen. Dieses Angebot dürfe für türkische Schülerinnen jedoch nicht obligatorisch gemacht werden, da es moderne moslemische Eltern brüskieren und starke Ablehnung hervorrufen könnte. (Aerw 04: 62)

Umgestaltung von Schulhöfen

Die Schulhöfe sollten so ausgestattet sein, dass sie Bewegung und sportliche Betätigung bei Schülerinnen und Schülern fördern. Für die Umgestaltung der Schulhöfe müssen entsprechende Finanzmittel bereitgestellt werden.

Darüber hinaus sollen auch die Jugendämter angehalten werden, die Freizeitgestaltung in Jugendtreffs sportlicher auszurichten und das Sportangebot attraktiver zu gestalten. (Ae 01, Ae 04)

Schaffung eines attraktiven kommunalen Sportangebots

Auf kommunaler Ebene soll für ein attraktiveres, niedrigschwellig erreichbares Spiel- und Sportangebot gesorgt werden, um junge Menschen zu mehr Bewegung zu animieren. (Ae 07, Ae 09) Im Einzelnen wird vorgeschlagen, mehr Sporthallen, Spiel- und Bolzplätze im öffentlichen Raum zu errichten und für freien Zugang zu sorgen, damit diese Angebote leicht erreicht werden können (Ae 01) und eine attraktive Alternative zu passiven, bildschirmorientierten Freizeitbeschäftigungen darstellen.

Kennzeichnung und Bewerbung von Lebensmitteln

Es werden gesetzliche Regelungen empfohlen, die Unternehmen zu einer besseren, d.h. leichter verständlichen Kennzeichnung von Inhaltsstoffen zu veranlassen (FG 13), etwa in Analogie zum in Großbritannien eingeführten Ampel-System. Ferner sollen der Werbewirtschaft klare Regeln vorgegeben werden, damit sehr energiehaltige

Lebensmittel nicht als gesund beworben werden dürfen. (FG 01) Dies sei vor allem deshalb wichtig, weil die Nahrungsmittelwerbung, vor allem aber die Werbung von Kindernahrungsmitteln teilweise der Ernährungskompetenz zuwiderlaufe und Desinformation verursache: *„Ich meine, dass die Werbung sehr aggressiv ist. Man kann nicht Bonbons mit Vitaminen verkaufen, das passt nicht zusammen. Den Leuten wird etwas suggeriert, was nicht stimmt. Die meisten Leute sind ja nicht besonders informiert.“* (FG 02: 63)

3.3 Gesundheitswesen

Anerkennung der Adipositas als Krankheit

In mehreren Fokusgruppen wurde die von adipösen TeilnehmerInnen vorgetragene Forderung diskutiert: *„Adipositas ist eine Krankheit. Sie muss offiziell als Krankheit anerkannt werden, nicht nur als Symptom der Wohlstandsgesellschaft... Solche Leute müssen behandelt werden.“* (FG 08: 133) In einer der Fokusgruppen reklamierten Esssüchtige, vergleichbar Alkoholikern, suchtkrank und langfristig therapiebedürftig zu sein. (FG 08: 63) *„Adipositas ist eine Sucht wie Alkoholismus. Der Alkoholiker kann ohne Alkohol überleben, der Adipöse ist aber ständig mit Essen konfrontiert. Wenn jemand fresssüchtig ist, aus den unterschiedlichsten Gründen, dann wird die Therapie von den Krankenkassen aber nicht gezahlt. Man wird alleine gelassen.“* (FG 08: 150) Infolge der Entlastung vom Vorwurf des persönlichen Fehlverhaltens aber auch wegen der Kostenübernahme wird die Anerkennung der Adipositas als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne von den betroffenen GesprächspartnerInnen durchweg befürwortet.

Adipositas zwischen Sucht und Selbstverschulden

Dieser Forderung wird von Seiten der Krankenkassen und -versicherer entschieden widersprochen. Es sei *„wichtig, dass die Betroffenen wissen, dass Adipositas selbstverschuldet ist. Man muss ihnen frühzeitig*

aufzeigen, dass sie durch ihr Übergewicht krank werden können.“ (FG 13: 86) Mit diesem Statement wird im Übrigen auch der These einer genetisch bedingten Verursachung der Adipositas widersprochen. Ob Adipositas als Sucht einzuschätzen und zu behandeln sei, *„muss im individuellen Fall entschieden werden.“* (FG 15: 61)

Ausgaben für Prävention, Therapie, Folgeerkrankungen

Aus Kostengründen kommen für die Krankenkassen und -versicherungen neben der Übernahme der Kosten für adipositasbedingte Folgeerkrankungen allenfalls solche therapeutischen Maßnahmen in Frage, welche nach wissenschaftlich gesicherter Erkenntnis zu einer raschen Beseitigung der Adipositas führen, etwa eine chirurgische Verkleinerung des Magenvolumens. (FG 15: 56f.) Eine womöglich lebenslang begleitende Therapie zur Gewichtsreduktion wird aber nicht nur mit Blick auf die Kosten abgelehnt, sondern vor allem deshalb, weil Übergewicht und Adipositas selbst weder als Krankheiten einzustufen seien noch zwingend Folgeerkrankungen nach sich ziehen. (FG 15: 60ff.) Nach Sicht der Kostenträger kommt allenfalls die Kostenübernahme für therapeutische Anschubmaßnahmen in Frage, die bei den Betroffenen zur Selbsthilfe führen sollen, worin sich nach unseren Erkenntnissen eine Fehleinschätzung der Ich-Stärke der meisten Adipösen widerspiegelt.

Von den Krankenkassenvertretern wird allerdings zugestanden, dass es sich bei der Adipositas um eine Grauzone *„zwischen Krankheit und Wohlstandssyndrom“* handle weshalb so lange mit den offiziellen ICD-Schlüsseln – die bislang Adipositas nur in Verbindung mit Begleiterkrankungen als Krankheit definieren – gearbeitet werde, bis eine wissenschaftlich fundierte Definition und Grenzziehung von Experten-seite vorliege. (FG 13: 64f.)

Ähnlich zurückhaltend wurde von den VertreterInnen der Kassen und Versicherungen auf Präventionsmaßnahmen reagiert. Da hierfür nicht genügend finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen – je Versichertem nur wenige Euro – können weiterreichende Präventi-

onsmaßnahmen nicht von den Kostenträgern des Gesundheitswesens geleistet werden.

Institutionelle Vorgaben

Die mit Vertretern von Krankenkassen und -versicherungen durchgeführte Fokusgruppe ließ erkennen, dass es vor allem institutionelle Arrangements sind, die den Schwerpunkt des Handelns auf die Therapie von oftmals teuren und chronischen Folgeerkrankungen der Adipositas legen. Anders als die Kostenerstattung bei manifesten Erkrankungen, gehören weder Präventionsaufgaben noch das Aufkommen für körperliche Beschwerden, die als Folge eines spezifischen Lebensstils auftreten, aber keine anerkannten Krankheiten darstellen, zum Kerngeschäft der Kostenträger. (FG 15)

Kostenübernahme für die Adipositastherapie

Bezüglich der Adipositastherapie herrscht bei den Kostenträgern Zurückhaltung vor, zumal wenn langfristige Maßnahmen zur Absicherung einer Gewichtsreduktion finanziert werden sollen. Wie bereits erwähnt, befürworteten die zu den Fokusgruppen eingeladenen Vertreter der Kostenträger allenfalls die Kostenübernahme für solche Maßnahmen, die als Anstoß zur Selbsthilfe gedacht sind, oder aber eine Radikallösung versprechen, wie etwa die chirurgische Magenverkleinerung. (FG 15)

Die letztgenannte Maßnahme sei allerdings solchen Patienten vorbehalten, die hochgradig adipös seien und bereits durch erhebliche präoperative Gewichtsabnahme die Ernsthaftigkeit der Problembekämpfung unter Beweis gestellt haben. Gleichwohl herrschte bei den Befragten Skepsis bezüglich der Wirksamkeit des Gastricbandings, weil zwar kurzfristig beeindruckende Erfolge erzielt werden, die Magenverkleinerung aber im Laufe der Zeit von einem Teil der PatientInnen unterlaufen werde. (Ae 01: 52) Nicht selten werde versucht, sich mit der Einnahme hochkalorischer Getränke – beispielsweise in warmer Cola aufgelöster Schokolade – die gewünschte Befriedigung zu ver-

schaffen, eine Strategie, die auf eine erhebliche Gewichtszunahme hinauslaufe.

Weight-Watching als Sekundärsozialisation

Ein relativ überzeugendes, vielfach als „*sehr wirksam*“ eingeschätztes Konzept zur dauerhaften Gewichtsreduktion und -stabilisierung bietet nach der Auffassung der GesprächspartnerInnen die langfristige Teilnahme am Weight-Watcher-Programm: Das Programm operiere mit leicht verständlichen Regeln, mit basalen Motivations-, Kontroll-, Belohnungs- und Sanktionsmechanismen und führe dadurch in vielen kleinen Schritten zum Erfolg. Offenkundig erbringt das Weight-Watching-Programm für viele Korpulente jene Erziehungsleistung, jenes Regel-Lernen und -Anwenden, jene soziale Kontrolle und Unterstützung, wegen deren Ermangelung vormals unkontrolliert gegessen und zugenommen wurde. Zwar sei dieses Programm sehr alltagstauglich, jedoch fehle ihm der Zuschnitt auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Außerdem lasse es in seiner gegenwärtigen Form die gleichermaßen wichtige Bewegungskomponente missen. (FG 15: 45)

Professionelle und Selbsthilfegruppen

Den glaubhaft gemachten Erfolgen zum Trotz wurde von den Krankenkassenvertretern die Kostenübernahme für die Gruppenteilnahme am Weight-Watcher-Programm abgelehnt, wofür erneut institutionelle Gründe angeführt wurden: „*Wir müssen uns am Sozialgesetzbuch orientieren. Da passen die Weight-Watcher nicht hinein. Deren Konzept ist langfristig angelegt, das passt nicht in ... unseren Auftrag als Krankenkasse. Wir bezahlen Präventions- und Ernährungshilfe als Anstoß zur Selbsthilfe. Die Weight-Watcher sind nicht bezahlbar für unsere Krankenkasse. Außerdem stellen wir gemäß den Anforderungen des Paragraphen 20 Präventionsgesetz bestimmte Anforderungen an das Personal einer Maßnahme, was von den Weight-Watchern nicht erfüllt wird.*“ (FG 15: 50)

Vieles spricht dafür, dass durch dieses Arrangement eine der wenigen effektiven und alltagstauglichen Maßnahmen zur nachhaltigen Gewichtsreduktion verworfen wird, zumal eine Hilfe zur Selbsthilfe infolge der speziellen Persönlichkeitsstruktur Adipöser unrealistisch erscheint.

Der wesentliche Vorteil der regelmäßigen Teilnahme an einer Selbsthilfe- oder professionellen Gruppe besteht in der Kompensation bestehender Sozialisations-, Kontroll- und Kompetenzdefizite: Dem Erlernen, der Kontrolle und Sanktion jener Regeln, die Menschen befähigen, Selbstregulierungskapazität über ihren Körper zu erlangen.

Es wird daher empfohlen, dieses Konzept unter der Regie von Politik bzw. den Kostenträgern des Gesundheitswesens um die Komponente „Bewegung“ zu erweitern und es an die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen. (FG 15) Die vom Weight-Watchen bekannten, einfachen Regeln, Motivations-, Kontroll-, Belohnungs- und Bestrafungssysteme können unschwer auf das Bewegungsverhalten übertragen und – um pädagogische Elemente ergänzt – in das alltagspraktische, lebensweltlich anschlussfähige Gesamtkonzept integriert werden. Um den Anforderungen des Sozialgesetzbuches Genüge zu tun, könnten die einzelnen Gruppen von speziell geschultem Personal geführt werden. Um die Verbindlichkeit und Effektivität des Ressourceneinsatzes zu gewährleisten, sollte die Kostenübernahme der Gruppenteilnahme von der Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Gruppenteilnahme und gegebenenfalls auch vom erzielten Fortschritt abhängig gemacht werden.

Generell wird derartigen (Selbsthilfe-)Gruppen-Konzepten in unserem Datenmaterial ein erheblicher Stellenwert für die Problemlösung eingeräumt, und zwar deshalb, weil in diesen Gruppen das Problem Übergewicht in seinen vielfältigsten Facetten angesprochen und abgearbeitet werden kann: Hinsichtlich Persönlichkeitsbildung und Selbstbehauptung, bezogen auf psychosoziale Probleme, in puncto sozialer Integration und Unterstützung, wechselseitiger Kontrolle und Motivation. Ferner können Beiträge zur Ernährungsbildung und -erziehung, zum spielerischen Erlernen von Ernährungskompetenz

bei der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten und zur Konsumentenkompetenz geleistet werden. In der Gruppe lassen sich aber auch gemeinsame sportliche Aktivitäten organisieren, Veranstaltungen zur Gesundheitsaufklärung durchführen und therapeutische Maßnahmen zum Wiederentdecken eines angemessenen Körpergefühls ergreifen. Schließlich können derartige Gruppen eine wesentliche Rolle beim Erlernen eigenverantwortlichen und kompetenten Entscheidens und Handelns spielen und die Fähigkeit zur ernährungs- und bewegungsbezogenen „Selbstregulation“ fördern.

Mangel an Problembewusstsein Motivation und Disziplin

Als Hauptproblem bei derartigen Gruppen gilt ihre vergleichsweise geringe „Reichweite“: Die Entscheidung zur Gruppenteilnahme setzt in erster Linie Problembewusstsein und Einsicht in die Notwendigkeit der Problembearbeitung voraus und in zweiter Linie Durchhaltevermögen. Auch hier können die Eltern dicker Kinder zum Problem werden. Ihnen fehlt vielfach ein angemessenes Problemverständnis, weswegen sie häufig durch Appelle und Werbemaßnahmen gleich welcher Art nur schwer erreicht werden können, aber auch die Motivation und Disziplin, ihre Kinder zur regelmäßigen Gruppenteilnahme anzuhalten. (Ae 03: 10) Die Nachlässigkeit im Verhalten der Eltern findet oftmals – durch Lernen am Modell – Eingang in das kindliche Verhaltensrepertoire. Wenn Gruppentermine mit anderen Freizeitaktivitäten konkurrieren, dann wird oftmals letzteren der Vorzug gegeben, klagt die Leiterin einer Selbsthilfegruppe. (Ae 03: 12)

Vernetzung von Hilfsangeboten

Neben der Politik wurde auch an die Kostenträger gedacht, als mögliche Koordinatoren verschiedener Hilfsangebote. Insgesamt sei eine bessere Vernetzung zwischen den medizinischen Akteuren im stationären und ambulanten Bereich, aber auch zwischen den verschiedenen Disziplinen, wie etwa Pädiatrie, Ernährungs- und Bewegungsbe-

ratung, Familien- oder Psychotherapie dringend geboten, beispielsweise dann, wenn es darum geht, eine stationär erzielte Gewichtsreduktion im Alltagsleben der Betroffenen zu stabilisieren und einen dauerhaften gesundheitsadäquaten Umbau des familialen Lebensstils zu bewerkstelligen, (Ae 02, Ae 04, Ae 08) da ohne eine ambulante Nachsorge die üblichen Lebensumstände und Netzwerke oftmals in kurzer Zeit wieder eine beträchtliche Gewichtszunahme bewirken. Aber nicht nur im therapeutischen sondern auch im präventiven Bereich bieten solche Hilfsnetzwerke offenkundige Vorteile: Sie ermöglichen für Schulen, Ärzte oder Betroffene einen schnellen Zugang zu kompetenter Hilfe. Die Errichtung derartiger Strukturen müsse aber durch die Politik oder Kostenträger gewährleistet und finanziert werden. (FG 15)

Effektives Kosten- und Risikomanagement

Ungeachtet der schwachen Zusammenhänge zwischen Adipositas und Begleiterkrankungen, kann in der Gesamtschau die Konzentration der Kostenträger auf die Begleichung der Kosten für adipositasbedingte Folgeerkrankungen recht überzeugen. Offenkundig mangelt es nicht nur an klaren Definitionen und Grenzziehungen sondern auch einer rationalen, wissenschaftlich begründeten Risikoabschätzung, in welcher die Kosten für Prävention, Adipositas-therapie und für die Behandlung der Folgeerkrankungen systematisch ermittelt und verglichen werden. Es besteht Handlungsbedarf, diese Klärungen herbeizuführen und Regelungen zu treffen, die einen effizienten Ressourceneinsatz der Kostenträger im Gesundheitswesen gewährleisten.

3.4 Ärzte

Frühzeitiger Beginn ärztlicher Kontrollen und Interventionen

Neueren Erkenntnissen zufolge sollte die Adipositasprävention bereits während der Schwangerschaft beginnen, beispielsweise dann, wenn bei der Mutter ein so genannter Schwangerschaftsdiabetes entdeckt wird, mit seinen möglichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit des Ungeborenen. (Ae 08) Die Compliance der Mütter bei der Kontrolle und gewissenhaften Behandlung des Diabetes sei aber schicht- bzw. milieuspezifisch unterschiedlich und nicht in jedem Fall gewährleistet.

Im sehr jungen Lebensalter sollten Kinder und ihre Mütter im Rahmen der empfohlenen Gesundheitschecks von den Ärzten gezielt beobachtet werden, um bei Problemen frühzeitige Unterstützung zu erhalten. Dabei gehe es keineswegs nur um ernährungsbedingte sondern auch um mögliche psychosoziale Probleme. (Ae 08, FG 13, FG 15) Vor allem aber bei Kindern stark übergewichtiger Eltern sollten auf Initiative der Ärzte bereits im Säuglingsalter Präventivmaßnahmen eingeleitet werden. (Ae 01).

Umbau des Lebensstils statt kurzfristiger Diäten

Im Falle sehr dicker Kinder sollte eine stationäre Einweisung in Betracht gezogen werden, (Ae 02; Ae 07) wobei auch an eine Klinikaufnahme der Eltern gedacht werden könne, um diese dort in Richtung einer gesundheitsadäquaten Erziehung ihrer Kinder zu schulen. (Ae 02, Ae 04, Ae 06, Ae 07) Ziel dieser Maßnahmen müsse es sein, eine dauerhafte gesundheitsadäquate Umstellung des gesamten familialen Lebensstils herbeizuführen.

Dieses Ziel steht im Gegensatz zu den von vielen Betroffenen präferierten, radikalen Diäten. Das Ziel, möglichst schnell an Gewicht zu verlieren um danach wieder zum gewohnten, hochkalorischen Lebensstil zurückzukehren, wird, darin sind alle befragten Experten mit

den Fokusgruppenteilnehmern einig, in aller Regel durch den bekannten Jojo-Effekt konterkariert, mit der Folge, dass am Ende oftmals sogar ein höheres Körpergewicht steht als vor der Diät. Lediglich im Rahmen von stationären Aufenthalten werden Diäten zur Gewichtsreduktion eingesetzt, wobei jedoch flankierend auf einen nachhaltigen Umbau des Lebens- und Ernährungsstils eingewirkt wird.

Die in Fokusgruppen eingeladenen Allgemein- und Kinderärzte, aber auch TherapeutInnen und die Vertreter der Kostenträger waren jedoch bemüht, die hohen Erwartungen, die sich auf ärztliche Interventionen bezogen, zu dämpfen.

Begrenzter Einfluss des ärztlichen Handelns

Zum einen sei besonders bei Kindern Übergewicht nur selten mit spezifischen Krankheiten verbunden, weswegen viele Eltern (außerhalb der empfohlenen Gesundheitschecks) nur selten mit ihren Kindern vorstellig werden. Auch seien die Abstände zwischen den vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen zu groß, um von ärztlicher Seite auf die nachhaltige Veränderung des Lebensstils bei Übergewichtigen hinwirken zu können. Zum anderen fehle einem Teil der Eltern das Bewusstsein um die Problematik des kindlichen Übergewichts. Solche Eltern seien häufig kaum zu überzeugen und zu motivieren.

Dieses Problem stelle sich im Besonderen bei Migranten und zwar nicht nur wegen teilweise auftretender Sprachbarrieren sondern auch infolge differentieller Normen und Werte. Für viele Migranten wird Schlanksein mit kränklich, übergewichtig mit schön und gesund gleichgesetzt, u.a. auch deshalb, weil Fettreserven in den teilweise traditionellen, bäuerlichen Herkunftsregionen ohne ausreichende Nahrungs- und medizinische Versorgung in Mangelzeiten die Überlebenschancen verbessert haben. Aber auch die Erreichbarkeit von Migranteneltern wird infolge sprachlicher und kultureller Barrieren als erhebliches Problem dargestellt. (FG 13) Türkische Migranten erklärten, dass in der Türkei Ärzten und Lehrkräften besonderes Ver-

trauen entgegengebracht werde; wenn im Problemfall professioneller Rat gesucht werde, seien sie die bevorzugten Anlaufstellen.

Ausweitung des empfohlenen Vorsorgeprogramms

Die Ausübung von Druck auf Eltern sei aus verschiedenen Gründen zumeist wenig sinnvoll, zumal sich manche Eltern gegen eine Bevormundung von Experten verwehren. Allenfalls die Verkürzung der Perioden zwischen den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und die Erhöhung ihrer Verbindlichkeit wird angeregt. Letztlich sei es aber schwierig, ohne das elterliche Problembewusstsein und die elterliche Mitwirkungsbereitschaft Maßnahmen zugunsten des Kindes einzuleiten.

Bei Jugendlichen sei es besonders schwierig, etwas über ärztliche Interventionen erreichen zu wollen, zum einen mangels vorgeschriebener Vorsorgetermine, zum anderen, weil Übergewicht und Adipositas im jungen Lebensalter meist nur wenig Beschwerden verursache und die Frequenz von Arztbesuchen zumeist gering sei. Die Chancen und Möglichkeiten für proaktive Interventionen von Seiten der Ärzte seien daher bei Jugendlichen erfahrungsgemäß besonders gering. (FG 13)

Stationäre Behandlung

Andere Möglichkeiten eröffnen sich, wenn Ärzte von sehr schwergewichtigen Kindern – bzw. deren Eltern – und Jugendlichen aufgesucht und um Hilfe gebeten werden. Hier besteht die Möglichkeit der stationären Einweisung beispielsweise in eine der verfügbaren, auf Gewichtsreduktion spezialisierten (Kur-)Kliniken (Ae 02; Ae 07), teilweise auch zusammen mit einem Elternteil, um die Eltern in gesundheitsrelevanten Fragen zu schulen und auf einen dauerhaften Umbau des familiären Lebens-, Freizeit- und Ernährungsstils hinzuwirken. (Ae 02, Ae 04, Ae 06, Ae 07)

Vernetzung stationärer und ambulanter Hilfen

Die Probleme beginnen zumeist nach dem stationären Aufenthalt, wenn nach der Rückkehr in den gewohnten Alltag die Adipositas verursachenden Strukturen, Gewohnheiten, Belastungen oder Konflikte ihre Wirkung wieder zu entfalten beginnen und einer erneuten Gewichtszunahme Vorschub leisten. Was fehlt und von den befragten Experten dringend angemahnt wird, ist erneut eine bessere Vernetzung zwischen den medizinischen Akteuren, die sich adipösen Menschen, stationär, teilstationär oder ambulant annehmen, einschließlich der Vernetzung mit Therapeuten aus benachbarten Teilgebieten, wie etwa Psychiatrie, Pädiatrie, Ernährungsberatung etc. (Ae 02, Ae 04, Ae 08) Wenn es zutrifft, dass die Adipositas eine systemische Erkrankung mit komplexen Ursachen ist, dann erscheint am ehesten eine interdisziplinäre Herangehensweise Erfolg versprechend.

Wie bereits erläutert gibt es Anzeichen dafür, dass die juvenile Adipositas teilweise mit bestimmten Formen von Ich-Schwäche, ungelösten Konflikten bzw. mangelnder Konfliktfähigkeit und in manchen Fällen sogar mit Missbrauchserfahrungen und daraus resultierenden psychischen Belastungen assoziiert ist. (Ae 04, Ae 05) Dass im Alltag ohne psychosoziale Hilfestellung nach einer erfolgreichen Gewichtsabnahme unbewältigte Probleme rasch wieder zu alten Gewohnheiten, etwa „Frustessen“ und zu erneutem Gewichtszuwachs führen, ist abzusehen.

Bei der Abstützung einer erzielten Gewichtsreduktion im Alltag der Klienten scheinen niedrigschwellig erreichbare ambulante Dienste von zentraler Bedeutung, die diesen Personenkreis bei seinen Bemühungen um einen neuen Lebensstil praktisch unterstützen. Diese Dienste sollten sich auf die verschiedenen übergewichtsrelevanten Problembereiche erstrecken und beispielsweise die Felder Ernährung, Sport, Gesundheit, Psycho- und Familientherapie miteinbeziehen. (Ae 01; Ae 03; Ae 05) Diese Lebenshilfe könne aber auch durch den Beitritt in eine Selbsthilfegruppe erbracht werden. (Ae 01, Ae 03, Ae 04, Ae 08) Vernetzte Hilfsangebote könnten bewirken, dass Hilfe

frühzeitig und in einem umfassenden Sinne geleistet wird, dass die Zugangsbarrieren niedrig sind, die Motivation der Klienten erhöht und die Abbruchquoten verringert werden. (FG 13)

Von Expertenseite wird die Hoffnung auf kurzfristige Patentlösungen skeptisch beurteilt; für eine nachhaltige Therapie der Adipositas müssten längerfristige therapeutische Maßnahmen und Hilfestellungen ins Auge gefasst (Ae 02) und ihre Finanzierung durch die Kostenträger sichergestellt werden.

Grenzen des proaktiven Handelns

Generell wird anerkannt, dass alle Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und zum Umbau des Lebensstils eine gewisse Einsichtsfähigkeit und Bereitschaft zur Mitwirkung voraussetzen, wohingegen aufgezwungenen Kontrollen, Gängelungen und Verboten (zumal bei Kindern) kaum eine Erfolgsaussicht eingeräumt wird. (FG 13) Schließlich kann die Adipositasprävention nicht die gesetzlich garantierte freie Wahl des Lebensstils aufheben, so lange durch den persönlichen Lebensstil nicht andere Personen gefährdet werden. Überall dort, wo bei Betroffenen in ihrer kulturellen Bezugsgruppe bzw. in ihrem sozialen Nahraum Korpulenz positiv konnotiert oder als Ausdruck eines bestimmten Lebensgefühls gehandelt wird – zum Beispiel als Ausdruck des Protestes gegen die Zumutungen der bürgerlichen Mittel- und Oberschichten etwa in Teilen der schwarzen Popkultur (Weber 2006) – werden präventive Maßnahmen ebenso scheitern wie der Versuch, die Betroffenen zu motivieren, sich therapeutischer Hilfe zu unterziehen.

3.5 Familie

Die Familie gilt gemeinhin als die zentrale Instanz bei der Erziehung junger Menschen, aber auch bei der Vermittlung grundlegender Wissensbestände. Deshalb richten sich besonders viele Vorschläge und Appelle an die Eltern, sich intensiver um die Kinder zu kümmern, sie in gesundheitlichen Fragen kompetent zu machen und zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen, wofür auch das eigene Vorbildverhalten maßgeblich sei. (Ae 01, Ae 02, Ae 03, Ae 07, FG 13, FG 14)

Ernährung

Insbesondere sollten die Kinder besser ernährt werden und an die kompetente Nahrungsmittelauswahl und –zubereitung herangeführt werden. Umgekehrt erweise sich die verbreitete Neigung, Nahrungsmittel als Erziehungsmittel einzusetzen, als ungünstig – ebenso ungünstig, wie an der anachronistischen Norm des Teller-Leeressens jenseits des individuellen Sättigungsgefühls festzuhalten. (Ae 10) Eine adäquate Bedürfnisregulation sollte früh erlernt und habituiert werden. Dazu gehören feste gemeinsame Mahlzeiten und die klare Abgrenzung von Phasen der Nahrungsaufnahme und Phasen des Verzichts. (Ae 08) Naschen zwischendurch sollte konsequent unterbunden werden. (Ae 01, Ae 03, Ae 09)

Vor allem im sehr frühen Lebensalter, das für die persönliche Geschmacksbildung als wichtig angesehen wird, solle darauf geachtet werden, süße und gezuckerte Nahrungsmittel möglichst zu vermeiden, worunter viele industriell vorgefertigte Produkte für Babys und Kinder fallen. Günstiger sei es, wenn Eltern Lebensmittel wieder selbst herstellten und die Kinder über die Herkunft und Entstehung von Nahrungsmitteln aufklären. Eltern sollten die Nahrungsmittelvielfalt fördern und einer einseitigen Ernährung entgegenwirken. Kritisch wird von Experten die Gepflogenheit mancher Eltern beurteilt, Kinder anstatt mit Frühstück und Pausenbrot mit Geld für die

Selbstverköstigung auszustatten. Oftmals werde dieses nämlich für Süßigkeiten und Snacks ausgegeben.

Die Leiterin eines großen Hortes weiß zu berichten: „Also das ist was, was wir öfter mitkriegen... dass Eltern keine Zeit haben, den Kindern eine Brotzeit mitzugeben.“ und glauben „ich tu jetzt meinem Kind was Gutes“. Und dann fragen wir 'ja wo hast Du denn das Geld her?' 'Das hat mir meine Mama heute Morgen gegeben'... und dann sieht man halt die gekauften Bäckerbrezentüten oder die Krapfentüten, und dann weiß man, die Kinder haben schon Geld in der Hand gehabt, um sich zu verköstigen.“ (Ae 02: 61) Ein stark übergewichtiger Jugendlicher erzählt: „Wenn ich Geld habe, gehe ich gern mal zum Chinesenschnellimbiss. Ansonsten gibt's Döner oder McDonalds.“ (FG 10: 35)

Hingegen werde ein gemeinsames Frühstück immer mehr zur Ausnahme: „Also das nimmt ab, das gemeinsame Frühstück!“ (Ae 02: 62)

Bewegung und Sport

Ähnliche Forderungen zielen auf mehr Bewegung und die Motivation zu mehr sportlicher Betätigung. Vor allem wird die Neigung vieler Eltern kritisiert, Kinder zu den unterschiedlichsten Veranstaltungsorten und Aktivitäten zu chauffieren, sei es aus falsch verstandenem Sicherheitsdenken, sei es, um dem Bedürfnis der Kinder nach Bequemlichkeit zu entsprechen. (Ae 03) Eltern sollten Kinder schon früh zu mehr Sport animieren, wobei ein entsprechendes elterliches Vorbild erforderlich sei. Dies gelte vor allem auch hinsichtlich begrenzen Medienkonsums. (FG 13) Kinder sollten keinen eigenen Fernseher bekommen. (FG 13) Stattdessen sollten Eltern Kinder je nach deren Neigung in einem Sportverein anmelden und darauf achten, dass die Kinder regelmäßig am Schulsport teilnehmen.

Das Problemfeld „Familie“

Allerdings fällt auf, dass viele Forderungen, die an die Familie adressiert sind, im Konjunktiv stehen. Bei genauer Betrachtung wird nämlich deutlich, dass die Familie selbst maßgeblich für die Problemge-

nese verantwortlich zu machen ist. Dies gilt insbesondere für den kleinen aber offenbar wachsenden Teil jener Familien, die ihrer Erziehungs- und Bildungsfunktion nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen, sei es weil sie infolge hoher Trennungs- und Scheidungszahlen strukturell unvollständig sind, oder aber aufgrund von funktionellen Defiziten. Letztere treten beispielsweise wegen des seit den späten 60er Jahren veränderten Bildungs- und Rollenverhaltens von Frauen auf, wenn beide Elternteile – freiwillig oder erzwungenermaßen – erwerbstätig sind bzw. wenn infolge der Ausweitung der Erwerbsarbeit die Kinder mehr und mehr sich selbst überlassen werden. Aber auch bei desorganisierten Familien, in denen psychosozial problematische Verhältnisse herrschen, kommt es häufiger zu Kompetenz- und Sozialisationsdefiziten bei Kindern.

Individualisierung und Vergesellschaftung der Ernährung infolge familialer Desintegrationsprozesse

In unserem qualitativen Datenmaterial mit Eltern und Lehrkräften, aber auch mit übergewichtigen Kindern und Jugendlichen finden sich unter anderem folgende Aussagen, die die Bedeutung des familialen Strukturwandels und der damit verbundenen Funktionsdefizite unterstreichen:

„Die Eltern arbeiten den ganzen Tag und sind abends noch bei Zusatzjobs unterwegs. Die haben weder Zeit für ihre Kinder noch für die Zubereitung eines anständigen Abendessens“ (FG 01: 45)

„Meine Eltern arbeiten beide. Beide sind meistens nicht da. Da koche ich mir unter der Woche etwas allein. Entweder habe ich Essen aufgewärmt oder ich habe Fertiggerichte gemacht, Pizza oder Baguette. Ich habe da nicht viel Zeit hinein investiert.“ (FG 07: 54)

„In meiner Kindheit wurde gemeinsam gegessen. Heute ist das wegen unterschiedlicher Zeitabläufe nicht mehr so.“ (FG 05: 48)

„Wir essen ganz selten zusammen. Morgens nie. Ich esse meistens im Dönerladen.“ (FG 10: 63)

„Meine Tochter nascht viel. Sie isst unkontrolliert. Ich habe nicht immer die Zeit dazu, sie zu kontrollieren. Das Kind setzt das Taschengeld in Süßigkeiten um.“ (FG 04: 26)

Kompetenzverluste und Sozialisationsdefizite

Die Tendenz zur modernisierungsbedingten Erosion der Familie macht diese selbst hilfs- beziehungsweise therapiebedürftig. Die Frage, wer die familialen Erziehungs- und Kompetenzdefizite, die bei manchen Kindern und Jugendlichen zu beobachten sind, auffangen soll, ist deshalb von besonderer Tragweite, weil sich seit dem zweiten Weltkrieg, ebenfalls modernisierungsbedingt, die Ernährungs- und Freizeitangebote vervielfacht haben, von der krassen Unterversorgung einer Knappheitsgesellschaft hin zu einer spätindustriellen Überflusgesellschaft.

Wurde Schlanksein nach dem Krieg knappheitsbedingt erzwungen, so stellt die Überflusgesellschaft wegen des Überangebots an – häufig hochkalorischen – Nahrungsmitteln und Freizeittechnik, die zu passivem Konsum einlädt, hohe Anforderungen an ein kompetentes, eigenverantwortliches und selbstdiszipliniertes Wahlverhalten jedes Einzelnen, das Max Weber vor rund 100 Jahren als Fähigkeit zu einer rationalen, innerweltlich-asketischen Lebensführung beschrieben hat. (Weber 1981)

Anders als vor fünf oder sechs Dekaden ziehen unter den Bedingungen einer Überflusgesellschaft Inkompetenz und ein nachlässiger Lebensstil spezifische Nachteile nach sich, die sich u.a. in Fehlanpassungen wie Überernährung, Bewegungsarmut, Übergewicht, Fettleibigkeit und gesundheitlichen Problemen manifestieren können. Dies trifft vor allem dort zu, wo aufgrund familialer Erosionstendenzen und Funktionsverluste Kinder und Jugendliche weder die für ein erfolgreiches Bestehen in der modernen, marktförmig organisierten Gesellschaft erforderlichen Kompetenzen noch das notwendige Regelwissen und -anwenden erlernen.

In einer Fokusgruppe mit Lehrkräften wird das wie folgt beschrieben: *„Ich halte die Werte, die die Kinder von ihren Eltern vermittelt bekommen, für grundlegend... Häufig sind die dicken Kinder die, die Schwierigkeiten in ihrer familiären Herkunft haben. Die Kinder sitzen oft vor dem Fernseher, weil die Eltern keine Zeit haben oder überfordert sind.“* (FG 01: 10) *„Es gibt Eltern, die sich für die Belange ihrer Kinder interessieren und entsprechend Zeit dafür aufbringen und es gibt Eltern, bei denen das nicht ... auf der Prioritätenliste steht... Meistens sind es die dicken Kinder, bei denen das der Fall ist.“* (FG 01: 55)

Marginalisierung der Ernährung

Der familiäre Strukturwandel aber auch die veränderten Lebens- und Arbeitsverhältnisse begünstigen die Desinstitutionalisierung des familialen Ernährungssettings, den Abbau elterlicher Kontrolle über das Ernährungs- und Freizeitverhalten der Kinder und eine Individualisierung des kindlichen Ernährungs- und Freizeitstils. Außerdem leisten diese Prozesse einer Vergesellschaftung der Ernährung Vorschub: An die Stelle gemeinsamer häuslicher Mahlzeiten tritt in zunehmendem Maße die Selbstversorgung in Schnellrestaurants, Mensen, Kantinen, oder an Imbiss-Ständen, aber auch die Neigung zu industriell vorgefertigtem Convenience-Food und zum Snacking zwi-schendurch.

Wo früher die Kompetenz und Verantwortung für die adäquate Speisenauswahl und -zubereitung bei der Mutter und Hausfrau lagen, wird heute zwar die biologische und chemische Sicherheit von industriell gefertigter Nahrung gesetzlich vorgeschrieben und kontrolliert, nicht aber die physiologisch adäquate Auswahl, Zusammensetzung und Menge – sie wird der Kompetenz, Eigenverantwortlichkeit und Selbstdisziplin des Einzelnen anheim gestellt. Offenkundig ist eine wachsende Anzahl von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hierbei überfordert.

Dementsprechend wird die Familie selbst zum Gegenstand von Handlungsempfehlungen, die im Datenmaterial jedoch häufig unspe-

zifisch und vage bleiben. Wer beispielsweise die Familien zu mehr Verantwortlichkeit, zu mehr Bewegung, gesteigerter Ernährungskompetenz und bewussterer Ernährungsweise motivieren soll, (Ae 01, Ae 04) bleibt ebenso offen wie die Frage, wer die Familien bei der Implementierung und Institutionalisierung dieser Verbesserungen unterstützen soll.

Derartige Vorschläge übersehen auch, dass es oftmals nicht an Einsicht und gutem Willen mangelt, sondern ein kleiner aber offenbar wachsender Teil der Familien infolge struktureller Probleme – strukturelle Unvollständigkeit, mangelnde Bildung, Zeitknappheit und Überforderung infolge Doppelerwerbstätigkeit, etc. – selbst zur Ursache kindlicher Probleme wird. Sie übersehen auch, dass sich derartige Schwierigkeiten nicht einfach durch gute Ratschläge und Appelle beseitigen lassen.

Familiale Funktionsdefizite

Die sich seit den späten 60er Jahren sukzessiv vollziehende Abwendung einer wachsenden Zahl von Frauen von der klassischen Hausfrauen- und Mutterrolle, ihren Aufgaben und Verantwortlichkeiten, ist unumkehrbar. Da die betreffenden Familien selbst Teil des Problems sind, kann es, realistisch betrachtet, nicht um gut gemeinte Appelle an diese Familien gehen, sondern um die Frage, welche anderen Institutionen jene Bildungs- und Erziehungsaufgaben bei Kindern und Jugendlichen übernehmen können, die in einem Teil der Familien nicht mehr hinreichend geleistet werden.

3.6 Sportvereine und Fitnessstudios

Öffnung für sportferne Lebensstilgruppen

Beide Institutionen, Sportvereine und Fitnessstudios können, ein attraktives Angebot vorausgesetzt, zu einer aktiven Freizeitgestaltung beitragen. Ob Sportvereine und Fitnessstudios allerdings einen nennenswerten Beitrag zur Volksgesundheit leisten können, wird von Experten skeptisch beurteilt, und zwar deshalb, weil beide Einrichtungen vor allem jene Lebensstilgruppen bedienen (Ae 05: 44), die ohnehin sportlich ambitioniert sind, für Kinder und Jugendliche mit passiv-konsumtiven Freizeitstil aber kaum eine attraktive Alternative darstellen.

In Sportvereinen stehe häufig der Leistungsgedanke und die Beteiligung an Wettkämpfen im Mittelpunkt, weniger der Gedanke von Breitensport und die Förderung der Freude an Bewegung. Auch die verbreitet geforderte Solidarbekundung in Form von Engagement und Arbeitseinsatz für den Verein, kann Jugendliche abschrecken. (Ae 05) Dies entfalle zwar bei Fitnessstudios, dafür seien die monatlichen Beiträge in der Regel höher, für manche Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Schichten manchmal zu hoch.

Auch das Umgebensein von Menschen mit schönen und muskulösen Körpern kann zu Korpulenz neigende Jugendliche von einer Mitgliedschaft abhalten. Erwägenswert wäre, ob nicht Krankenkassen und -versicherer Kindern und Jugendlichen mit Gewichtsproblemen eine verbilligte Mitgliedschaft in derartigen Vereinen und Studios anbieten könnten; in Pilotprojekten sei dies bereits erfolgreich versucht worden.

Spezialangebote für Korpulente und spezielle Migrantengruppen

Auf Sportvereine könnte im Sinne einer Ausdifferenzierung des Angebots im Leistungs- und im Breitensportsegment hingewirkt werden, bis hin zum Angebot spezieller Gruppenstunden für ungelenki-

gere Kinder. Derartige Programme sollten weder dem Leistungsgedanken noch dem Ziel verpflichtet sein, komplexe Bewegungsabläufe einzustudieren. Stattdessen sollte Freude an einfachen sportlichen Tätigkeiten wie Walking, Radfahren, leichtem Joggen, In-Line-Skating oder Schwimmen vermittelt werden. (Ae 05) Möglicherweise wäre es für Fitnessstudios und Sportvereine auch attraktiv, spezielle Veranstaltungen exklusiv für moslemische Frauen anzubieten und speziellen Bekleidungspräferenzen Rechnung zu tragen.

Bewegter Alltag

Infolge der bekannten Distanz vieler korpulenter Menschen zu Fitnessstudios und Sportclubs, erscheint es den von uns befragten Experten realistischer, anstelle von Sport mehr Bewegung in gewöhnliche Alltagsabläufe einzubauen und beispielsweise auf motorisierte Bewegungshilfen zu verzichten. (Ae 01, Ae 04) Anstelle von Aufzug oder Rolltreppe Treppen zu steigen, wäre der persönlichen Fitness zu- und hohem Körpergewicht durch den gesteigerten Energieverbrauch abträglich. Aber auch Zufußgehen oder mit dem Fahrrad anstatt mit dem Auto oder Bus zu fahren hätte positive Auswirkungen. (Ae 05)

Solche einfachen Maßnahmen können durch die Schulen unterstützt werden, aber auch durch Eltern, wenn diese darauf verzichten, die Kinder zu allen möglichen Unternehmungen zu chauffieren und wenn stattdessen der zusätzliche Zeitbedarf für Mobilität fest in den Tagesablauf eingebaut wird. (Ae 04) Ziel dieser Maßnahmen sei nicht nur ein gesteigerter Energieverbrauch sondern auch der allmähliche Aufbau von Muskulatur, da diese – anders als Fettmasse – für den Energieabbau eine zentrale Rolle spiele. *„Das A und O ist der Aufbau von Muskulatur“*. (Ae 05: 52)

3.7 Die Nahrungsmittel- und Freizeitindustrie

An die Ernährungsindustrie richten sich eine ganze Reihe von Vorschlägen und Forderungen zur Entschärfung der Übergewichtsproblematik: Mehr gesunde, kalorienarme Nahrungsmittel in Automaten (Ae 08), ein Verzicht auf appetitanregende Zusatzstoffe, wie etwa Geschmacksverstärker, Zuckerersatzstoffe oder zu viel Salz in Lebensmitteln (Ae 02), ein Abrücken von XXL-Packungsgrößen, die Aufgabe der Rabattierung von großen Portionen (FG 15) oder eine freiwillige, transparente, auch für Kinder, Jugendliche und Personen mit Migrationshintergrund leicht verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln in Analogie zum bewährten britischen Ampelsystem. (FG 14)

Auf besondere Kritik stieß stark zuckerhaltige Babynahrung, wodurch die Kinder in einer für die Geschmacksbildung sensiblen Phase regelrecht „angefixt“ (FG 12: 97) und dauerhaft auf süße Geschmackspräferenzen festgelegt würden, mit den bekannten gesundheitlichen Nachteilen. (Ae 08)

In der Kritik stehen ferner die oftmals hochkalorischen speziellen „Kindernahrungsmittel“, denen in der Werbung ein „leichter“, gesunder und trendiger Touch verliehen wird. Stattdessen solle die Industrie gesunde Produkte bewerben und diese günstiger anbieten, um die Nachfrage entsprechend zu kanalisieren. (FG 14) Allerdings wurde in derselben Fokusgruppe laut, dass für die Präferenzen von Kindern und Jugendlichen weniger der Preis, sondern das Image, das Produkte in den Peergruppen genießen, maßgeblich sei und dabei „gesunde“ oder „Bio-Lebensmittel“ besonders schlecht abschneiden. Nahrung und Ernährung dienen Kindern und Jugendlichen auch zur Selbstbehauptung und Abgrenzung gegenüber anderen, vor allem auch gegenüber ihren Eltern.

Auch wenn sich die in dem Datenmaterial geäußerte Kritik vornehmlich an der Nahrungsmittelindustrie entzündet, wird erkannt, dass

auch das Angebot und die Nutzung von Freizeittechnik, wie Fernseher, Spielkonsolen, Video und Computer, in den letzten Dekaden stark zugenommen hat und für einen steigenden Anteil von Kindern und Jugendlichen zu einem attraktiven Freizeitangebot geworden ist. Die Schattenseiten dieser Entwicklung sind Bewegungsarmut und die Neigung zu einem passiv-konsumtiven Lebensstil. In der Regel richten sich die (vergeblichen) Appelle an die Eltern, den PC- und Medienkonsum der Kinder einzuschränken und den Fernseher aus der Wohnung, zumindest aber aus dem Kinderzimmer zu verbannen.

Kritik, Vorschläge und Forderungen, die sich gegen die Nahrungsmittel- oder IT-Industrie richten, vergessen freilich zweierlei: Zum einen, dass die Beschaffung teurerer Freizeittechnik in der Regel mit elterlichem Geld und Zustimmung erfolgt, und vielfach trifft das auch für das außerhäusliche kindliche Ernährungsverhalten zu.

Zum anderen darf nicht übersehen werden, dass Industrie und Handel eigenen, am legitimen Ziel der Gewinnmaximierung orientierten Handlungsstrategien folgen und dabei in erster Linie weder an der Gesundheit ihrer Kunden noch an Mäßigung oder Kaufzurückhaltung interessiert sind. Auf diesen Aspekt der systemspezifischen Handlungsziele hat Niklas Luhmann wiederholt hingewiesen. Freiwillige Umsatzbeschränkung oder Gewinnverzicht sind mit diesem gesellschaftlichen Teilsystem zumal in einem wachstumsorientierten, freiheitlichen Wirtschaftssystem nicht vereinbar.

Da die Freizeit- und Nahrungsmittelindustrie einerseits als Teil des Problems identifiziert werden, andererseits aber einem spezifischen gewinn- und wachstumsorientierten Handeln verpflichtet sind, eröffnet sich, will man sie in die Problemlösung einbinden, nur ein schmaler Korridor. Begrenzt wird dieser auf der einen Seite durch in der Regel wirkungslose Appelle und moralökonomische Zumutungen, auf der anderen Seite durch ordnungspolitische Maßnahmen.

Ansatzpunkt „soft regulation“?

Womöglich bietet das Thema juvenile Adipositas die Chance, zu innovativen Problemlösungen jenseits der Ordnungspolitik zu kommen – Stichwort: „soft regulation“.

Dabei könnte erstens an innovative Partizipations- und Konflikt-schlichtungsmodelle gedacht werden, in denen die beteiligten Akteure unter dem Druck drohender politischer Regulierung gangbare Kompromisslinien ausloten und beispielsweise per Selbstverpflichtung zur Problemlösung beitragen. In der Vergangenheit haben sich entsprechende Workshops, runde Tische und Mediationsverfahren im Falle lokaler Konflikte teilweise bewährt. (Büttner, Carius et al. 1996; Renn 1995) Ihre Übertragung auf neue Problem- und Konfliktfelder bietet sich an.

Jüngst gab es einen Versuch zur partizipativen „soft regulation“ im Fall nanotechnischer Produkte, aus dessen Evaluation sich folgende Erfolgsbedingungen ableiten lassen: (Bowman und Hodge 2006)

- Es muss ausreichend Zeit und Raum zum Auffinden geeigneter Kompromisslinien geben,
- Es müssen geeignete Methoden gefunden und angewendet werden und
- Industrie und Handel müssen in dem Verfahren einen spezifischen Nutzen erkennen können – etwa die Vermeidung einer drohenden ordnungspolitischen Regulierung.

Es schiene Wert, derartige innovative Versuche zur „soft regulation“ auch im Falle der juvenilen Adipositas mit der Nahrungsmittel- und Freizeitindustrie zu erproben.

Ökonomische Selbstregulation mittels Unternehmensrating

Ein zweiter innovativer Ansatz kommt aus der Ökonomie. In den vergangenen Jahren hat, zusätzlich zu ökonomischen Parametern, die Bewertung der Nachhaltigkeit von Unternehmen bei Ratingagenturen Verbreitung gefunden, wobei die Aufrechterhaltung der Gesund-

heit als ein wesentliches Kriterium für Nachhaltigkeit gilt. Dienstleistungen und Produkte, die übermäßige Externalitäten etwa in Form von Gesundheitsrisiken oder (Therapie-)Kosten verursachen, verstoßen gegen das Nachhaltigkeitspostulat, mit der Konsequenz eines schlechteren Unternehmensratings und höherer Kapitalbeschaffungskosten. (UBS 2006) Den betroffenen Unternehmen drohen gleichzeitig gesellschaftliche Reputations- und Imageverluste. Auf dem Weg eines nachhaltigkeitsorientierten Unternehmensratings kann die soziale Verantwortlichkeit von Unternehmen direkt bewertet und zu einem wirksamen Instrument der ökonomischen Selbstregulation werden.

In unserem interdisziplinären Forschungsprojekt werden gegenwärtig die Bedingungen für die Einbeziehung von Nachhaltigkeitskriterien in das Unternehmensrating geprüft.

3.8 Übergewicht und Adipositas als Gegenstand von (Massen-)Kommunikation

Es gibt eine Reihe von Vorschlägen, die sich auf das Thema juvenile Adipositas und Kommunikation beziehen, zumal Kinder und Jugendliche infolge ihres hohen Medienkonsums massenmedial leicht erreichbar sind. Dabei wird der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass – als Gegengewicht zu oftmals irreführender Werbung – in redaktionellen Sendungen Aufklärungsarbeit über die Qualität von Lebensmitteln aber auch über die gesundheitliche Bedeutung von Sport und Bewegung geleistet werde. (Ae 02) Vor allem das Thema Gesundheit solle dabei künftig mehr mit Spaß und Genuss anstatt mit belehrender Besserwisserei und Verzicht assoziiert werden und für Eltern, Kinder und Jugendliche als (neue) Zielgruppe aufbereitet werden.

Deshalb ist der symbolischen, emotionalen und lifestylespezifischen Aufladung des Materials besondere Aufmerksamkeit zu schenken. (Ae 04) Ferner sei wichtig, eindeutige Botschaften zu vermitteln und die unter Experten auch in diesem Feld üblichen divergierenden Meinungen nicht zu kommunizieren. (Ae 08)

Zielgruppenorientierung als Chance und Problem

Als gravierendes Problem wird die Erreichbarkeit der von Adipositas besonders betroffenen Problemgruppen angesehen. Hier gelte es ganz besonders die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse dieser Klientel zu achten. (FG 12) Allerdings blieb offen, welches die spezifischen Interessen und Intentionen dieser Zielgruppe eigentlich seien, und über welche Codes, Leitbilder und Idole sie erreicht werden können. (FG 12) Übergewichtige und Adipöse seien mutmaßlich mehr an Entertainment denn an seriöser Aufklärung interessiert. Nicht umsonst sei ihre körperliche Verfassung oftmals Ausdruck von Desinteresse, Informations- und Kompetenzdefiziten. (FG 12)

Die Grenzen massenmedialer Kampagnen seien auch dort erreicht, wo es um direkte handlungsrelevante Überzeugungsarbeit gehe: anders als in direkten Kontakten seien über die Massenmedien bestenfalls Informationsdefizite kompensierbar. (FG 12)

Ein weiteres Problem bestehe darin, dass massenmedial verbreitete Ernährungs- und Gesundheitsinformationen teuer sind und einer externen Finanzierung bedürfen, wohingegen Produktwerbung im Erfolgsfall über gesteigerten Absatz und Gewinn finanziert werden kann.

Verbot irreführender Werbung

In den Interviews und Fokusgruppen wird die Medienwirkung auf Kinder und Jugendliche überwiegend kritisch beurteilt. Abgesehen von der mit starkem Medienkonsum verbundenen körperlichen Passivität, sei die Werbung für kinderspezifische, häufig aber hochkalorische Nahrungsmittel oftmals irreführend und der Ernährungskom-

petenz abträglich. Teilweise werde mit „leichten“ oder vitaminhaltigen Produkten geworben, deren gesundheitlicher Nutzen durch hohen Zucker- oder Fettanteil konterkariert werde. Ressourcenbedingt dominiere in den Massenmedien die Werbe- vor der rationalen Aufklärungssemantik, weswegen ein Verbot irreführender Werbung bzw. der Bewerbung ungesunder Nahrungsmittel durch die Politik nahe gelegt wird.

Einschränkung des Medienkonsums

Wie im wissenschaftlichen Adipositasdiskurs (Müller in Friedrich Ebert Stiftung 2007: 25f.) bestand auch in unserem Datenmaterial breiter Konsens darüber, dass extensiver Fernseh- und Medienkonsum als bewegungsarmes Freizeitverhalten Übergewicht und Adipositas begünstige. An Medienverantwortliche wie Eltern wurde daher die Forderung gerichtet, das Medienangebot für Kinder bzw. ihren Medienkonsum einzuschränken. Im gleichen Atemzug wird jedoch eingeräumt, dass dies vermutlich eine „*absolut nicht mehrheitsfähige*“ Forderung sei. (Ebd. 26).

Ambivalenz neuer Schlankheitsleitbilder in den Medien

Über Medien lassen sich viele Kinder und Jugendliche erreichen. (FG 12; FG 13) Gleichwohl stieß der Vorschlag, über schlanke und sportlich fitte Idole entsprechende Leitbilder massenmedial zu kommunizieren, auf Skepsis. Zu unterschiedlich seien die Zielgruppen, weswegen ausbleibende und sogar kontraproduktive Effekte durch entsprechende Leitbilder in Betracht gezogen werden müssen. Bereits heute dominieren in den Medien schlanke bis untergewichtige Leitbilder und bereits heute gebe es vor allem unter Mädchen verbreitet Mager sucht. Eine Verstärkung dieses Trends durch die Kommunikation forcierter Schlankheits- und Fitnessideale erscheint daher nicht wünschenswert, könne aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Ähnlich ambivalente Folgen können sich durch eine stigmatisierende Behandlung der Adipösen in den Medien ergeben: Sie kann bei be-

troffenen Kindern und Jugendlichen das Problembewusstsein erhöhen, zu einem Umdenken und Brechen mit eingelebten, Übergewicht förderlichen Lebensgewohnheiten führen, aber auch zu sozialem Rückzug, Isolation, zu „Frustessen“ und weiterer Gewichtszunahme.

Will man Adipöse Kinder und Jugendliche medial ansprechen und die geschilderten Nebenwirkungen vermeiden, bedarf es intensiver Medienanalysen. Sie sollen gewährleisten, die Zielgruppe der Übergewichtigen und Adipösen punktgenau zu erreichen. Nur so lassen sich einerseits die Wirksamkeit der Kommunikation sicherstellen und andererseits unerwünschte Nebeneffekt vermeiden. Dies gilt vor allem auch für die Gruppe der Migranten, die mutmaßlich spezifische Kanäle und Medieninhalte präferieren.

4 Zusammenfassung⁸

Wenngleich die Ursachen der juvenilen Adipositas in diesem Beitrag nur cursorisch gestreift wurden, sollen die wichtigsten sozialen Einflussfaktoren hier knapp resümiert werden, da anders die Zusammenstellung jener Maßnahmen, die zur Prävention oder Therapie besonders geeignet erscheinen, nicht verständlich wird.

Die sozialen Ursachen der juvenilen Adipositas

Aus makrosozialer Perspektive fußen die steigenden Anteile übergewichtiger und adipöser Personen auf dem gesellschaftlichen Wandel von einer kriegsbedingten Knappheits- zu einer modernen Überflusgesellschaft. Für diese These spricht, dass die Zunahme von Übergewicht und Adipositas in allen entwickelten Industrienationen bekannt sind. In Schwellenländern wie etwa China lassen sich diese Prozesse gegenwärtig besonders gut beobachten: Dort haben sich zwischen 1989 und 1997 die Anteile adipöser Schulanfänger verachtacht. (Herpertz 2007: 13)

Wird Schlank-Sein in der Mangelgesellschaft – durch frugale Ernährung und bewegtes Spiel im Freien aufgrund beengter Wohnverhältnisse – gleichsam strukturell erzwungen, so wird ein schlanker Körper unter Bedingungen der Überflusgesellschaft zu einem anspruchsvollen Projekt: Wem es nicht gelingt, eine kompetente und disziplinierte Auswahl unter der Fülle angebotener Lebensmittel und Freizeitprodukte zu treffen und einen gesundheitsadäquaten Lebensstil zu errichten und zu stabilisieren, dem drohen vielfältige Nachteile. In einer marktförmig organisierten Gesellschaft weist das Unvermögen zu einer rationalisierten, zukunftsorientierten Lebensweise ins

⁸ Ich danke Ortwin Renn, Rolf Hertel und Jürgen Deuschle für Anregungen, Ergänzungen und kritische Kommentare.

soziale Abseits. Dick zu sein wird in der Gegenwartsgesellschaft negativ attribuiert; auf diese Weise zieht es sinkende Markt- und Selbstentfaltungschancen nach sich und führt nicht selten zu sozialer Marginalisierung.

Übergewicht und Adipositas, heißt es, haben einen sozialen Gradienten. Ist man aber bereit, die Vieldeutigkeit der Schichtzugehörigkeit empirisch aufzulösen, dann entpuppt sich die Korpulenz nicht als eine Folge sozioökonomischer sondern als Konsequenz soziokultureller Ressourcenschwäche. Dabei geht es bei genauer Betrachtung nicht um einen Mangel an allgemeiner Bildung sondern um die Fähigkeit zu einer rationalisierten, zukunftsfähigen, an Markt- und Selbstverwirklichungschancen orientierten Lebensweise – oder anders ausgedrückt: um das Erlernen, die Verinnerlichung und Anwendung spezifischer Erziehungsinhalte.

Dies rückt die besondere Relevanz der Familie als primärsozialisierende Instanz in den Mittelpunkt der Betrachtung. In unseren zahlreichen Interviews und Fokusgruppen richten sich die Forderungen und Appelle in erster Linie an die Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Dabei wird allerdings übersehen, dass gerade diese Familien Teil des Problems sind: Der oben skizzierte gesellschaftliche Wandel hat zu wachsenden familialen Erosionsprozessen geführt. Steigende Trennungs- und Scheidungszahlen aber auch die häufige Abwesenheit und Überforderung doppelverdienender Eltern und nicht zuletzt das seit den späten 60er Jahren dramatisch gewandelte Rollenverständnis der Frau bewirken, dass ein kleiner aber wachsender Anteil von Kindern immer schlechter betreut wird und immer häufiger sich selbst überlassen bleibt. Oftmals sind ungenügendes Regel-Lernen und -Anwenden die Folgen, die sich beispielsweise in inkompetentem und unregelmäßigem Ernährungsverhalten – Stichwort „Snacking“ – und einem passiv-konsumtiven Freizeitverhalten niederschlagen, mit Übergewicht und Adipositas als logischen Konsequenzen.

Da unser Datenmaterial den Schluss nahe legt, dass die betroffenen Eltern häufig selbst einen nachlässigen Lebensstil pflegen, kann von

den betroffenen Familien, aus denen dicke Kinder stammen, in der Regel wenig vorausgesetzt und erwartet werden: Weder hinreichendes Problembewusstsein noch informationsuchendes Verhalten noch geregelte, gemeinsame Mahlzeiten oder die Absicht, ihre Kinder zur regelmäßigen Teilnahme an sportlichen Aktivitäten oder an Selbsthilfegruppen anzuhalten.

Adipositasprävention

Unter dem Aspekt der Prävention spitzt sich die Kernfrage deshalb darauf zu, durch wen und wie sich die entstandenen Sozialisationsdefizite ausgleichen lassen. Da Geschmacks-, Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten früh erlernt und habituiert werden und in Kindergärten und Schulen praktisch alle Kinder erreicht werden, stehen sie an der Spitze der für die Prävention vorgesehenen Maßnahmen:

- Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen, und zwar in Form fest und dauerhaft in die Lehrpläne verankerter Unterrichtseinheiten, die die Themen Gesundheit, Ernährung und Freizeitverhalten zum Gegenstand haben. Ziel dieser Unterrichtseinheiten muss das Erlernen entsprechender Kompetenzen und die Verinnerlichung von Regeln sein (Erziehungsfunktion). Die Kinder müssen befähigt werden, eigenständig kompetente, d.h. gesundheitsadäquate Entscheidungen und Handlungen vollziehen zu können.
- Kindergärten, Schulen und Kitas sollen zu vorbildhaften Settings werden: Deshalb ist in diesen Einrichtungen das Bewegungs- bzw. Sportangebot zu erhöhen und qualitativ zu verbessern, wozu auch gehört, ein spezielles Angebot für solche Migrantengruppen zu schaffen, die z.B. infolge besonderer Körper- oder Bekleidungsnormen Ressentiments gegenüber Sport in der Gruppe haben.
- Der Verkauf von Nahrungsmitteln mit ungünstigem Nährwertprofil, d.h. vor allem hochkalorischer Lebensmittel wie Softdrinks, Süßigkeiten, Salzgebäck und ähnliche Snacks ist in diesen

Einrichtungen zu unterbinden. Entsprechend den Richtlinien der Food Standards Agency soll dies für Nahrungsmittel gelten, die je 100 Gramm mehr als 10g Zucker oder mehr als 20g Fett enthalten.

- Auf städtebaulicher Ebene ist ein wohnquartiernaher, freier Zugang zu attraktiven Spiel- und Sportstätten, wie Spiel-, Bolz- oder Sportplätze zu realisieren.
- Dringend erforderlich ist es, die Koordination der zahlreichen punktuellen Maßnahmen zur Adipositasprävention auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene voranzutreiben und Synergieeffekte zwischen einzelnen Projekten sowie dauerhafte Strukturen zur Adipositasprävention zu schaffen. Infolge der föderalen Struktur gilt es, die beteiligten Ministerien – beispielsweise die Ministerien für Gesundheit, Ernährung, Kultus, Jugend, Sport, Verbraucherschutz, Wirtschaft etc. – auf Landesebene zu koordinieren, eine Aufgabe die den Ministerpräsidenten der Länder obliegt. Auf Bundesebene sollte eine Ministerkonferenz – in Analogie zur Kultusministerkonferenz – ins Leben gerufen werden, die die Koordination und Abstimmung der ressortspezifischen Maßnahmen zur Adipositasbekämpfung übernimmt.
- Hinsichtlich der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, welche Übergewicht und Adipositas fördern, gilt es Regelungen mit Industrie und Handel zu finden, die sich auf die Produktion, Kennzeichnung und Bewerbung von Nahrungsmitteln erstrecken. Konkret geht es um die symbolisch klare und unmittelbar verständliche Kennzeichnung von besonders energiereichen Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampelmodell und den Verzicht auf (irreführende) Werbung für (Kinder-) Nahrungsmittel. Sollten Versuche, die unternehmerische Verantwortung in einem überschaubaren Zeitrahmen per „soft regulation“ und Selbstverpflichtungen herbeizuführen, scheitern, sind entsprechende ordnungspolitische Regulierungen zu ergreifen.
- Die Chancen für eine stärkere Sozialbindung von Industrie und Handel auf dem Wege einer ökonomischen Selbstregulierung

sind zu erforschen und zu verbessern. Vor allem der Ansatz, Nachhaltigkeitsgesichtspunkte im Unternehmensrating zu verankern, ist voranzutreiben.

- Bei der Kommunikation des Adipositasproblems ist auf die besonderen Bedürfnisse dieser Problemgruppen zu achten. Adipöse weisen eine starke Tendenz zu soziokultureller Randständigkeit auf. Kommunikationsstrategien, Projekte, Kampagnen und Appelle, die sich konventioneller, d.h. mittelschichtspezifischer Kanäle und Aufmacher bedienen, werden von der Problemgruppe der Adipösen in der Regel nicht wahrgenommen. Gleiches gilt sinngemäß für die Kommunikationsbedürfnisse und -gewohnheiten von Migranten: Diese werden über muttersprachliche Medien – Zeitungen, Rundfunk- oder Fernsehprogramme – leichter erreichbar sein als über Sendungen zur wissenschaftlichen Gesundheitsaufklärung in deutschen Medien.
- Hinsichtlich der Medieninhalte ist in zweifacher Hinsicht auf unerwünschte Nebenfolgen zu achten: Der mit der Stigmatisierung von Adipösen verbundene soziale Druck kann zwar in Einzelfällen zum Anlass genommen werden, umzudenken, mit eingelebten Gewohnheiten zu brechen, abzunehmen und den Lebensstil umzubauen. Da sich viele Übergewichtige und Adipöse aber durch eine ausgeprägte Ich-Schwäche auszeichnen, ist bei diesem Personenkreis eher mit einer Verschärfung der Situation, mit sozialem Rückzug und Gewichtszunahme infolge von „Frustessen“ zu rechnen. Aber auch massenmedial kommunizierte Idole und Leitbilder, die sich an „schlank und fit“ orientieren, können ambivalente Folgen hervorrufen und unter Umständen zu einer unerwünschten Verschärfung der Magersucht führen. Will man Adipöse massenmedial erreichen ist sowohl aus dem Blickwinkel der Effektivität heraus als auch zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen eine präzise Medienanalyse erforderlich, die es erlaubt, die betreffenden Zielgruppen „punktgenau“ zu erreichen.

Maßnahmen zur Therapie von Adipositas

Hinsichtlich der Therapie von Übergewicht und Adipositas bedarf es vor allem

- der interdisziplinären Vernetzung von Hilfsangeboten (Medizin, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Psychotherapie, Familienhilfe etc.) zur leichten Erreichbarkeit von Hilfe aber auch zur Abstützung einer bereits erzielten Gewichtsabnahme. Von besonderer Wichtigkeit erscheint die Errichtung von niedrigschwellig erreichbaren, ambulanten Strukturen zur Absicherung von stationär erzielten Therapieerfolgen (Ausbau und Vernetzung kommunaler Gesundheitsdienste), denn mit dem Verlassen der geschützten Sonderwelt „Klinik“ beginnen im Alltagsleben häufig erneut die Auslöser für einen bewegungsarmen und hyperkalorischen Lebensstil zu wirken.
- Da es um nichts weniger als den Umbau des Lebensstils geht, ist die nachhaltige Therapie der Adipositas ein langfristiges Unternehmen. Bei erwiesener Compliance ist die Adipositastherapie von den Kostenträgern des Gesundheitssystems zu finanzieren.
- Nach unseren Erkenntnissen verspricht das Weight-Watcher-Modell die bislang wirksamste Therapie bei Adipositas und in vielen Fällen die dauerhafte Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts. Seine Stärke liegt in einfachen Formeln zur Bestimmung der Energieaufnahme und in einfachen aber wirksamen Erziehungsmethoden: Motivation, soziale Unterstützung, Kontrolle und Sanktion. Aufgabe der Kostenträger ist es, dieses Modell an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen, seine Erweiterung um die Komponenten Sport und Bewegung – einschließlich der bekannten Motivations-, Anreiz-, Kontroll- und Sanktionsmechanismen –, und die Kostenübernahme bei erwiesener Compliance.
- Zu den Aufgaben von Schulen aber auch von professionellen oder Selbsthilfegruppen gehört es, tiefer liegende psychische oder psychosoziale Probleme von Kindern und Jugendlichen auf-

zudecken, anzusprechen, zu therapieren oder den Zugang zu professioneller Hilfe zu organisieren. Nicht wenige korpulente Kinder und Jugendliche fallen durch ein mangelndes Selbstbewusstsein, durch Konfliktscheu, geringe Kontrollüberzeugungen oder spezifische Pubertätsprobleme auf, die in ein problematisches Ernährungs- und Freizeitverhalten münden und teilweise auch ein riskantes Körperkonzept nach sich ziehen können, etwa die „Entsexualisierung“ des Körpers durch Fett- oder Mager-sucht. Eine nachhaltige Adipositas-therapie setzt in diesen Fällen die Lösung der entsprechenden Probleme voraus.

- Last not least bedarf es dringend wissenschaftlicher Begleitforschung, um evidenzbasiert wirksame Therapiekonzepte identifizieren zu können und zu einem adäquaten Qualitätsmanagement bei der Adipositas-therapie zu gelangen.

Bei alledem dürfen die rechtlich vorgegebenen Chancen und Grenzen für staatliche Interventionen nicht übersehen werden. Zwar ist es der Politik unbenommen, über Besteuerung oder Subventionen Anreize zu setzen, zu informieren, Kooperationsmanagement anzuregen oder die Etikettierung von Produkten zu veranlassen. Das Hausrecht eröffnet dem Staat ferner die Chance, bestimmte Ernährungsziele an Schulen und in anderen öffentlichen Gebäuden umzusetzen. Das Vorsorgeprinzip erlaubt es ihm sogar unterhalb des wissenschaftlich bewiesenen Gefahrenbereichs zum Wohle der Gesundheit zu intervenieren. Auf der individuellen Ebene sind hingegen sowohl die Verhaltensprävention als auch therapeutische Maßnahmen auf das Problembewusstsein und das freiwillige Einverständnis der betroffenen Jugendlichen bzw. der Eltern von übergewichtigen Kindern angewiesen. Proaktives Handeln findet an der rechtlichen Garantie der freien Wahl des Lebensstils Grenzen.

Literatur

- Barlösius, E. 1999: Soziologie des Essens. Weinheim/München. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung.
- Beckert-Zieglschmid, C. 2005: Individualisiertes Gesundheitsverhalten? Soziale Strukturen, Peereinflüsse und Lebensstile als Einflussfaktoren des Ernährungsverhaltens Jugendlicher. In: Sozial- und Präventivmedizin, 50: 206-217.
- Berninger, M. 2004: Dicke Kinder kosten pro Jahr 30 Milliarden Euro, Eco-World: Eco-News vom 24.2.2004
- Birch, L.L. 1992: Children's preferences for high fat foods. In: Nutrition Reviews, 50: 249-255.
- Bohnsack, R. 2005: Gruppendiskussion, in: Flick, U., von Kardorff, E. und Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung, Reinbek: 369-384
- Bowman, D.M. und Hodge, G.A. 2006: Nanotechnology: Mapping the wild regulatory frontier, in: Futures 02/017: 1-14
- Braun, B. 2007: Eine Bilanz der Interventionsstudien zum Übergewicht: Mehr Bescheidenheit in der Zielsetzung wäre angeraten. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Gesundheitsmonitor Sonderheft, 8-12.
- Briend, A., Hasan, K.Z., Aziz, K.M. et al. 1989: Measuring change in nutritional status: a comparison of different anthropometric indices and the sample size required. In: European Journal of Clinical Nutrition, 43: 769-778.
- Büttner, T., Carius, R. u.a. 1996: Bürgerbeteiligung an der Abfallplanung für die Region Nordschwarzwald. In: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Hg.): Arbeitsbericht Nr. 61, Stuttgart.
- Cole, T.J. 1990: The LMS method for constructing normalized growth standards. In: European Journal for Clinical Nutrition, 44: 45-60.

- Cole, T.J. 1991: Weight-stature indices to measure underweight, overweight and obesity. In: Himes, J.H. (Hg.): *Anthropometric assessment of nutritional status*, 83-111, New York.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. et al. 2000: Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: *British Medical Journal*, 320: 1240-1243.
- Cole, T.J., Freeman, J.V. und Preece, M.A. 1995: Body mass index reference curves for the UK 1990. In: *Archives of Disease in Childhood*, 73: 25-29.
- Cole, T.J., Green, P.J. 1992: Smoothing reference centile curves: the LMS method and penalized likelihood. In: *Statistics in Medicine*, 11: 1305-1319.
- Dansinger, M., Tatsioni, A., Wong, J et al. 2007: Meta-analysis: The effect of dietary counseling for weight loss. In: *Annals of Internal Medicine*, 3 (147), Issue 1: 41-50.
- Davison, K.K. und Birch, L.L. 2001: Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. In: *Obesity reviews*, 2: 159-171.
- Dietz, W.H., und Gortmaker, S.L. 1985: Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. In: *Pediatrics*, 75: 807-812.
- Dürrenberger, G. und Behringer, J. 1999: *Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung*. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Hg.), Stuttgart.
- Epstein, L.H., Koeske, R. und Wing, R.R. 1986: The effect of family variables on child weight change. In: *Health Psychology*, 5: 1-11.
- Erb, J. und Winkler, G. 2004: Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152: 291-298.
- Europäische Kommission 2005: *Bekämpfung der Fettleibigkeit in Europa*. Wissenschaft im Dienst der öffentlichen Gesundheit. Brüssel.
- European Union 2005: *Obesity epidemic: Markos Kyprianou pledges action as data shows more children overweight; Rapid press release IP 05 292*, Brussels March 15.

- Flegal, K.M. 1999: The obesity epidemic in children and adults: current evidence and research issues. In: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31: 509-514.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F., u.a. 2006: Excess Deaths Associated with Underweight, Overweight, and Obesity. In: *The American Journal of Medical Association*, 20. April, Vol 293, No. 15: 1861-1867.
- Flick, U. 2006: *Qualitative Sozialforschung*. Reinbek.
- Friedrich Ebert Stiftung 2007: *Prävention und Therapie der Adipositas: Anforderungen an die Politik*, in dies. (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*, Berlin: 22-29.
- Galuska, D.A. 2003: Controlling an epidemic: the problem of overweight in children and adolescents. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, 48: 145-146.
- Gniech, G. 2002: *Essen und Psyche*. Berlin. *Über Hunger und Satttheit, Genuss und Kultur*.
- Hebebrand, J. 2005: Entwicklung des Essverhaltens und der Geschmackswahrnehmung. In: Wabitsch, M, Zwiauer, K, Hebebrand, J. u.a. (Hg.): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*, 81-89, Berlin.
- Hebebrand, J., Bös, K. 2005: Umgebungsfaktoren - Körperliche Aktivität. In: Wabitsch, M, Zwiauer, K, Hebebrand, J. u.a. (Hg.): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*, 50-60, Berlin.
- Helmert, U. und Schorb, F. 2007: *Übergewicht und Adipositas: Fakten zur neuen deutschen Präventions-Debatte*. In: Bertelsmann-Stiftung (Hg.): *Gesundheitsmonitor Sonderausgabe*, 1-7.
- Helmert, U. und Strube, H. 2004: Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. In: *Gesundheitswesen*, 66: 409-415.
- Helmert, U. und Voges, W. 2002: Einflussfaktoren für die Mortalitätsentwicklung bei 50-69jährigen Frauen und Männern. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35: 450-462.

- Herpertz, S. 2007: Ursachen, Ausmaß und Auswirkungen der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in: Friedrich Ebert Stiftung (Hg.): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Berlin: 13-17
- Himes, J.H. und Bouchard, C. 1989: Validity of anthropometry in classifying youths as obese. In: International Journal of Obesity, 13: 183-193.
- Jungbauer-Gans, M. 2002: Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden.
- Jungbauer-Gans, M. und Kriwy, P. (Hg.) 2004: Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden.
- Kasperson, R.E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H.S., u.a. 2001: The social amplification of risk: A conceptual framework. In: Slovic, P. (Hg.): The perception of risk, 232-245, London.
- Kemper, H.C.G., Post, G.B., Twisk, J.W.R. und Mechelen, W. van 1999: Lifestyle and obesity in adolescence and young adulthood: results from the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study (AGAHLs). In: International Journal of Obesity, 23: 34-40.
- Kersting, M. 2005: Umgebungsfaktoren - Ernährungsgewohnheiten. In: Wabitsch, M, Zwiauer, K, Hebebrand, J. u.a. (Hg.): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, 61-69, Berlin.
- Kolip, P. 2004: Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47: 235-239.
- Kromeyer-Hauschild, K. und Wabitsch, M. 2004: Aktuelle Sicht der Prävalenz und Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Hg. Von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendlichen (AGA) und Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), o.O.
- Kuhn, J. 2007: Adipositas: Berichterstattung zwischen Aufklärung und Vernebelung. In: Prävention extra, 1: 1-5.

- Kuhn, J. und Wildner, M. 2004: Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern. In: Gesundheitsmonitor Bayern, 2: 2-6.
- Künast, R. 2002: Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nachdrücklich bekämpfen. Fazit des Runden Tisches »Kinder und »Ernährung«. In: BMVEL-Pressestelle (Hg.): Pressemitteilung, Nr.296 vom 9. September. www.verbraucherministerium.de/index-uuid=0009905CD2.
- Künast, R. 2004: Rede der Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft. Regierungserklärung vom 17.6., Berlin.
- Laessle, R.G., Uhl, H., Lindel, B. und Pirke, K.M. 2001: Familiäre Einflussfaktoren auf den Essstil übergewichtiger Kinder. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9(2): 49-56.
- Langnäse, K., Mast, M. und Müller, M.J. 2002: Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. In: International Journal of Obesity, 26: 566-572.
- Ogilvie, D., Foster, C.E., Rothnie, H. et al. 2007: Interventions to promote walking: systematic review. In: BMJ, 334: 1204.
- Pidgeon, N., Kasperson, R.E. und Slovic, P. (Hg.) 2003: The social amplification of risk, Cambridge.
- Reaven, G.M. 1988: Therapeutic approaches to reducing insulin resistance in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. In: American Journal of Medicine, 74: 109-112.
- Renn, O. 1995: Bürgerbeteiligung an der Abfallplanung in der Region Nordschwarzwald. In: Arbeitskreis Nutzbarmachung von Siedlungsabfällen e.V. (Hg.): Tagungsband des 52. Informationsgesprächs in Düren, Heft 31: 151-160, Stuttgart.
- Richter, M. 2005: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter - der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden.
- Rolland-Cachera, M.F., Deheeger, M., Bellisle, F. et al. 1984: Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. In: American Journal of Clinical Nutrition, 39: 129-135.

- Rolland-Cachera, M.F., Deheeger, M., Guilloud-Bataille, M. et al. 1987: Tracking the development of adiposity from one month of age to adulthood. In: *Annals of Human Biology*, 14: 219-229.
- Rolland-Cachera, M.F., Deheeger, M., Pequinot, F. et al. 1988: Adiposity and food intake in young children: the environmental challenge to susceptibility. In: *British Medical Journal*, 296: 1037-1038.
- Rolland-Cachera, M.F., Sempe, M., Guilloud-Bataille, M. et al. 1982: Adipositas indices in children. In: *American Journal of Clinical Nutrition*, 36: 178-184.
- Sangi, H. und Mueller, W.H. 1991: Which measure of body fat distribution is best for epidemiologic research among adolescents? In: *American Journal of Epidemiology*, 133: 870-883.
- Schaefer, F., Georgi, M. et al. 1998: Body mass index and percentage fat mass in healthy German schoolchildren and adolescents. In: *International Journal of Obesity*, 22: 461-469.
- Schmidt, U. 2007: Kinder müssen gesund ins Leben starten, in: Friedrich Ebert Stiftung (Hg.): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*, Berlin: 8-12.
- Schneider, S. 2002: *Lebensstil und Mortalität. Welche Faktoren bedingen ein langes Leben?* Wiesbaden.
- Setzwein, M. 2004: *Ernährung - Körper - Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext.* Wiesbaden
- Sobal, J. und Stunkard, A.J. 1989: Socioeconomic Status and obesity: a review of the literature. In: *Psychological Bulletin*, 105: 260-275.
- Summerbell, C., Waters, E., Edmunds L.D. et al. 2005: Interventions for preventing obesity in children. In: *The Cochran Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- UBS, 2006. Obesity – A matter of some weight for the food industry. SRI Newsletter, Issue 1/ April 2006.
- Wabitsch, M. Kunze, D., Keller E. et al. 2002: Wie läßt sich die Adipositas-Epidemie stoppen? In: *MMW Fortschritt der Medizin*, 38: 30-34.
- Weber, J. 2006: Ich bin fett, schaut mich an! Übergewicht in der schwarzen Popkultur. *Süddeutsche Zeitung* vom 21.12.2006

- Weber, M. 1981: Die Berufsethik des asketischen Protestantismus, in: ders.: Die Protestantische Ethik I, Gütersloh: 115-190.
- WHO 2000: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO consultation on obesity. In: WHO Technical Report Series, 894, Genf.
- Witzel, A. 1989: Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Heidelberg
- Zwick, M.M. 2007: Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland, in: Sietar, Heft 2: 13-17.