

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

Begrenzter Konsens

Präventions- und Therapiemaßnahmen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Analyse eines Expertendelphi

Michael M. Zwick und Regina Schröter

Nr. 11 / Januar 2009

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

Begrenzter Konsens

***Präventions- und Therapiemaßnahmen
von Übergewicht und Adipositas im
Kindes- und Jugendalter***

Analyse eines Expertendelphi

Michael M. Zwick und Regina Schröter

Nr. 11 / Januar 2009

ISSN 1614-3035
ISBN 978-3-938245-10-1

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
Lerchenstrasse 22, 70176 Stuttgart
Tel: 0711/3585-216 8, Fax: 0711/3585-216 0
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	Einleitung	1
2	Struktur und Durchführung des Gruppendelphi	5
2.1	Design und Ablauf des Delphi	5
2.2	Die Teilnehmer am Gruppendelphi und die Aufteilung in Arbeitsgruppen.....	7
2.3	Der Aufbau des Fragebogens	9
3	Ergebnisse und Interpretation	13
3.1	Einordnung der Adipositas als gesellschaftliches Problem.....	14
3.2	Präventionsmaßnahmen.....	16
3.2.1	Wie sinnvoll sind die Handlungsoptionen	16
3.2.2	Die Effektivität der vorgeschlagenen Präventivmaßnahmen.....	22
3.2.3	Die Umsetzbarkeit von Handlungsoptionen.....	23
3.2.4	Wer ist verantwortlich für die Umsetzung?	26
3.3	Maßnahmen zur Therapie.....	30
3.3.1	Förderung von Rahmenbedingungen zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion.....	30
3.3.2	Zur Sinnhaftigkeit der empfohlenen Maßnahmen	32
3.3.3	Die Effektivität der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Förderung therapeutischer Bemühungen.....	36
3.3.4	Wie gut sind die vorgeschlagenen Maßnahmen umsetzbar?	37
3.3.5	Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?.....	39
3.4	Institutionelle Beiträge zur Bearbeitung des Adipositasproblems	41
4	Zusammenfassung und Fazit	49

5 Danksagung	57
Literatur	59
Anhang.....	61

1 Einleitung

Im Rahmen des BMBF-Projektes „*Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko*“ wurde am 5. Mai 2008 ein Gruppendelphi durchgeführt.

Gegenstand des Gruppendelphi (Webler u.a. 1991; Lamnek 2005: 423ff.) war die Einschätzung und Bewertung jener Maßnahmen zur Prävention und Therapie der juvenilen Adipositas, die sich bei Betroffenen- und Experteninterviews sowie einer Reihe von Fokusgruppen als triftig herausgestellt hatten. Diese Handlungsoptionen wurden in einem vorangegangenen Arbeitsbericht ausführlich vorgestellt. (Zwick 2008) Sie stellen die Grundlage dar, für das Erhebungsinstrument, das für die Durchführung des Expertendelphis angefertigt wurde.

Das Expertendelphi ist ein Gruppendiskussionsverfahren, in welchem eine heterogen zusammengesetzte Gruppe von Experten das Ziel verfolgt, ein bestimmtes Themengebiet und eine abgegrenzte Fragestellung zu bewerten. Zur Einführung in die Thematik wurde – wie üblich – ein Impulsreferat vorgetragen. Die Fragen zur Evaluation der Präventions- und Therapiemaßnahmen bei der juvenilen Adipositas wurden in Form standardisierter Fragebögen zur Bearbeitung ausgehändigt. (s. Anhang)

Das Delphiverfahren beruht auf zwei oder mehr Phasen: Nach dem Impulsreferat und einer ersten Bearbeitung der Fragebögen durch die Delphi-Teilnehmer erfolgt in einer Pause eine rasche Auswertung des Datenmaterials, wobei fürs Erste vor allem der Mittelwert und die Streuung der Antworten interessieren. In der anschließenden Diskussionsrunde stehen nämlich nur diejenigen Fragen zur Disposition, die bei den Experten konträre Einschätzungen hervorriefen. Bei weiterem Klärungsbedarf können sich weitere Diskussionen und erneute Phasen der Fragebogenbearbeitung anschließen.

Wie der Koordinator des Delphi, Professor Ortwin Renn, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erklärte, bestehen die Ziele eines Expertendelphi darin, neben der Einschätzung der vorgelegten Items, vor allem die Begründung für divergierende Urteile zu erfahren. Die Diskussion zielt auf die Herstellung konsensueller Urteile bzw. auf die detaillierte sachliche Begründung abweichender Bewertungen. Die Plenumsdiskussion kann ferner wichtige Aufschlüsse darüber gewähren, ob abweichende Urteile lediglich auf semantischen Unklarheiten basieren oder auf sachbezogenem Dissens. Im ersten Fall empfiehlt es sich, die Diskussion auf eine geeignete Präzisierung bzw. Reformulierung von Items zu lenken und den Fragebogen für die nachfolgende Delphirunde entsprechend zu modifizieren. Wird Dissens in der Sache offenkundig, dann kann dies heuristisch wertvolle Einsichten bringen und die Aufmerksamkeit auf neue, bislang unberücksichtigt gebliebene Strategien lenken, aber auch institutionelle Präferenzen, Eigenlogiken und Widerstände zutage fördern, die bei der Implementation von Maßnahmen wider die juvenile Adipositas zu erwarten sind.

Nach Bedarf können weitere Bearbeitungs- und Diskussionsrunden angeschlossen werden, mit dem Ziel einer sukzessiven Präzisierung von Items und weiterer Annäherung von abweichenden Urteilen an das vorherrschende Stimmungsbild. Im vorliegenden Falle wurde aus Ressourcengründen einem einfachen Delphi mit je zwei Bearbeitungs- und Diskussionsphasen der Vorzug gegeben.

Neben der allgemeinen Einschätzung der Triftigkeit des Adipositas-Themas im Vergleich zu anderen aktuellen gesellschaftlichen Problemen richtete sich unser Hauptinteresse vor allem auf die Einschätzung, wie sinnvoll, wie effektiv und wie gut umsetzbar die vorgeschlagenen Maßnahmen sind. Zusätzlich wurde nach der institutionellen Verantwortung für die Implementation und Durchführung der einzelnen Handlungsoptionen gefragt. Schließlich interessierten wir uns für die Frage, in welchem Ausmaß die vorgeschlagenen Maßnahmen zu konsensfähigen Resultaten oder aber zu institutionellen Blockadehaltungen führen – hierin liegt der prospektive Gehalt unse-

rer Gruppendiskussion: Dürfen, wenn konkrete Maßnahmen zur Prävention anstehen, institutionelles Entgegenkommen und einvernehmliche Lösungen erwartet werden oder muss mit institutionellen Idiosynkrasien und Widerständen gerechnet werden – und wenn ja, wo liegen die institutionellen 'Sensibilitäten'? (vgl. Grupp et al 2000)

Aus dem Spektrum von Delphi-Verfahren (Häder 2000: 11) wählten wir deshalb ein qualitatives Design aus, bei dem es ausreicht, wenn spezifische institutionelle Aspekte und Standpunkte von jeweils einem einzigen Akteur vertreten werden; von zentraler Bedeutung war deshalb die heterogene Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, wobei es zum einen galt, alle einschlägigen Interessengruppen zu berücksichtigen und zum anderen auf eine maßgebliche programmatische Position der Akteure in den von ihnen repräsentierten Institutionen zu achten.

Von Seiten des Moderators, Professor Ortwin Renn, wurde unterstrichen, dass das Gruppendelphi eine analytische, jedoch keine normative Funktion habe; es geht weder um die Verantwortungszuschreibung an einzelne Institutionen geschweige denn um moralische Schuldzuweisungen bezüglich des zu verhandelnden Problems sondern um die Bewältigung einer gemeinsamen Herausforderung.

Im Folgenden wollen wir zunächst das Design und den Ablauf des im Mai 2008 durchgeführten Expertendelphi erläutern, einschließlich der Auswahl und Aufteilung der Teilnehmer in Arbeitsgruppen. Sodann werden wir die zu beurteilenden Maßnahmen und den Aufbau des Fragebogens vorstellen, ehe wir uns dem Kern dieses Artikels zuwenden, nämlich der Darstellung und Interpretation der erzielten Befunde.

2 Struktur und Durchführung des Gruppendelphi

2.1 Design und Ablauf des Delphi

Das Gruppendiskussionsverfahren begann mit zwei Kurzreferaten. Ortwin Renn erläuterte die Vorgehensweise und Zielsetzung eines Expertendelphi: Nach einem thematischen Impulsreferat von nur wenigen Minuten Dauer, in welchem Michael Zwick die Datenbasis, die Problematik und die Fragestellung erörterte, wurden aus den 13 angereisten Experten vier Arbeitsgruppen zu drei bzw. vier TeilnehmerInnen gebildet, mit der Aufgabe, je einen Delphi-Fragebogen gemeinsam zu diskutieren und die Skalen auszufüllen. Die Tagesordnung und das Impulsreferat sind im Anhang abgedruckt.

Die Auswertung der vier Fragebögen erfolgte während der Mittagspause der TeilnehmerInnen. Die Datenanalyse musste in nur kurzer Zeit erfolgen, weswegen neben den arithmetischen Mittelwerten der Antworten nur noch die Spannweite der Bewertungen interessierte. Für die zweite Delphi-Runde am Nachmittag wurde ad hoc ein neuer Fragebogen konstruiert. Dieser setzte sich zum einen aus jenen Items zusammen, über die in den Gruppen kein Konsens bestand (Abweichung eines Gruppenurteils vom arithmetischen Mittel aller Gruppen um mehr als 3 Skalenpunkte). Zum anderen wurden einige wenige neue Fragen aufgenommen bzw. dort Reformulierungen vollzogen, wo dies Anmerkungen auf offene Fragen nahe legten.

Am Rande sei bemerkt, dass sich das Fehlen von Spezialsoftware zur Fragebogenerstellung und -gestaltung als Manko erwies, und zwar in zweierlei Hinsicht: Der Originalfragebogen war in Excel erstellt worden. Zum einen war seine Revision unkomfortabel und zeitaufwendig, vor allem deshalb, weil in Excel Bildschirm- und Druckformat

nicht hinreichend übereinstimmen und der Fragebogen sogleich für die zweite Delphirunde in ausreichender Stückzahl gedruckt werden musste. Zum anderen bewerkstelligten wir die Auswertung von insgesamt 55 Skalen unter Zeitdruck per Hand und Taschenrechner, wobei wir eine Kopie des Originalfragebogens auf Overheadfolien vorbereitet hatten, in welche wir die Antworten aus den Originalfragebogen, das arithmetische Mittel und den Range manuell übertrugen – eine zwar erfolgreiche, hinsichtlich ihrer Praktikabilität gleichwohl nicht zufrieden stellende Lösung.

Der Nachmittag begann mit der Vorstellung der Ergebnisse durch Ortwin Renn, wobei nur diejenigen Inhalte im Plenum zur Diskussion gestellt wurden, die von den einzelnen Gruppen unterschiedliche Einschätzungen und Bewertungen hervorgerufen hatten.

Entsprechend unserer qualitativen, explorativen Delphistrategie folgte eine zweite Fragebogen-Runde mit entsprechend verkürzter, revidierter bzw. reformulierter Itemliste. Gleichwohl konnten infolge von Zeitknappheit nicht alle Gruppen ihre Arbeiten am Fragebogen beenden. Vor allem aber, weil diese zweite Fragebogen- und die anschließende Diskussionsrunde hauptsächlich der Begründung abweichender Urteile galt, wird bei der Darstellung dieser Ergebnisse auf statistische Maßzahlen verzichtet und stattdessen auf die sachlich aussagekräftigeren Antworten auf offene Fragen bzw. Anmerkungen auf den Fragebogen sowie auf die Protokolle der Diskussion zurückgegriffen.

2.2 Die Teilnehmer am Gruppendelphi und die Aufteilung in Arbeitsgruppen

Entsprechend der transdisziplinären Ausrichtung des Adipositas-Projektes wählten wir beim Projektdesign eine Aufteilung in zwei Arbeitskreise, die beide Semantiken der Problemanalyse und -bearbeitung bedienen: die analytische und die normative. Die wissenschaftlichen Vorarbeiten wurden von einem ‚inneren‘, interdisziplinär arbeitenden Kreis von Wissenschaftlern geleistet, der das Problem aus zehn unterschiedlichen Disziplinen – Soziologie, Sozialpsychologie mit Schwerpunkt Lebensstil- und Ernährungsforschung, Ernährungsphysiologie, Psychologie, Philosophie, Rechtswissenschaft, Risikoanalyse und -bewertung, Ökonomie, Gesundheitswissenschaft, Sozialpolitik und Epidemiologie – bearbeitete mit dem Ziel, Handlungsoptionen aus den empirischen Befunden abzuleiten.

Ihm wurde ein zweiter, ‚äußerer‘ Arbeitskreis von InteressengruppenvertreterInnen zur Seite gestellt, dessen Aufgabe darin besteht, die erarbeiteten Handlungsoptionen aus institutioneller Sicht zu diskutieren und zu bewerten. Bereits zu Projektbeginn hatten wir diesen Kreis von relevanten Interessengruppenvertretern für die spezielle Aufgabe rekrutiert, als Experten die wissenschaftlich gewonnenen Maßnahmenbündel auf Angemessenheit, Effektivität und Umsetzbarkeit zu überprüfen. Im Vorfeld des Delphi hatten wir mit diesem Kreis von Experten bereits mehrere Runde Tische und Arbeitsgruppensitzungen durchgeführt, ein Umstand, der die Notwendigkeit einer aufwendigen Rekrutierung von Teilnehmern für das Delphi (Häder 2000) entbehrlich machte. An unserem Expertendelphi nahmen 13 Mitglieder dieses zweiten, heterogen zusammengesetzten Arbeitskreises teil. Dies waren in alphabetischer Reihenfolge:

Tab. 1: Die Zusammensetzung des Expertendelphi

ORGANISATION	ABTEILUNG	AKTEUR
Barmer-Ersatzkasse	Bereich Prävention	Dr. Rüdiger Meierjürgen
Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V.	Direktorin	Susanne Langguth
Deutsche Gesellschaft für Ernährung	Vorsitzende der Sektion Baden-Württemberg	Prof. Dr. Christiane Bode
Frosta AG	Leiterin Öffentlichkeitsarbeit	Friederike Ahlers
IFOK - Institut für Organisationskommunikation	Bereich Corporate Responsibility	Ellen Frings
Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg	Abteilung Gesundheit Referentin für Prävention	Regine Merkt-Kube
Münchner Rück	Corporate Underwriting, Global Clients	Dr. Christian Lahnstein
Regierungspräsidium Stuttgart	Landesgesundheitsamt	Barbara Leykamm
Scoris Investment Research	Geschäftsführung	Axel Wilhelm
Universität Hohenheim	Institut für Biologische Chemie und Ernährungswissenschaft	Claudia Ullrich
Universität Ulm	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin - Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	Anja Moss
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.	Referentin Ernährung	Angelika Michel-Drees
WestLB	UB Vorstandsvorsitzender	Dr. Markus Scholand

Aus diesem Teilnehmerkreis bildeten wir vier Arbeitsgruppen mit drei bzw. vier TeilnehmerInnen, um das diskursive Element bei der Bearbeitung des Fragebogens zu stärken, aber auch, um den Bearbeitungsaufwand zu begrenzen.

Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen folgt in der Regel einer Zufallsarithmetik. Um eine adäquate Durchmischung der Gruppen zu gewährleisten und das zufällige Zusammentreffen derselben Personen in den Arbeitsgruppen der ersten und zweiten Delphirunde zu vermeiden, entschieden wir uns jedoch für eine systematische Aufteilung der Teilnehmer auf Arbeitsgruppen. Wir erhielten folgende Konstellationen:

Tab. 2: Zusammensetzung der Arbeitsgruppen

1. Delphi-Runde	"rot"	"gelb"	"grün"	"blau"
	Bode Lahnstein Langguth Wilhelm	Ullrich Merkt-Kube Scholand	Ahlers Leykamm Michel-Drees	Frings Meierjürgen Moss
2. Delphi-Runde	1	2	3	4
	Ahlers Frings Lahnstein	Leykamm Ullrich Wilhelm	Langguth Meierjürgen Merkt-Kube	Bode Michel-Drees Moss Scholand

Jeder der Fragebögen wurde entsprechend markiert, um die Antworten den einzelnen Gruppen eindeutig zuordnen zu können.

2.3 Der Aufbau des Fragebogens

Aus den qualitativen Analysen – Interviews mit betroffenen Kindern und Jugendlichen, Fokusgruppen und Experteninterviews – wurden Maßnahmenbündel zur Prävention und zur Therapie der juvenilen Adipositas abgeleitet. (Zwick 2008) Der verwendete Fragebogen basiert auf diesen Quellen. Er lässt sich in zwei Abschnitte gliedern, wobei der erste Teil – gleichsam als Eisbrecherfrage – mit der schon erwähnten Einschätzung der Adipositas im Verhältnis zu anderen gesellschaftlichen Problemlagen beginnt.

Der zweite, hauptsächliche Teil des Fragebogens eröffnete die Möglichkeit, die neun zentralen Maßnahmen zur Adipositasprävention und sechs Strategien zur Verbesserung therapeutischer Erfolge zu diskutieren und einzuschätzen. Folgende Maßnahmen standen zur Disposition:

Tab. 3a: Fragen zu Maßnahmen der Adipositasprävention

Die Aufnahme des Faches Gesundheitserziehung in die Curricula aller Jahrgangsstufen an den allgemeinbildenden Schulen
Ausweitung des Sportangebots an allen Schulen auf 2 Doppelstunden wöchentlich
Den Verkauf von hochkalorischen Lebensmitteln in Schulen und KITAS verbieten (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)
Ausbau von wohnquartiernahen Spiel- und Sportstätten und Garantie des freien Zutritts, damit Kinder und Jugendliche bewegungsintensive Freizeitalternativen haben
Schaffung von Stellen zur Koordination von Maßnahmen der Adipositasbekämpfung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene
Durchsetzung einer leicht verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampel-System
Durchsetzung eines Werbeverbots für hochkalorische Lebensmittel (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)
Umsetzung eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensrating, mit steigenden Kapitalbeschaffungskosten für Risiko produzierende Unternehmen (mit möglichen Einflüssen auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)
Durchführung von Studien zur Erreichbarkeit (z.B. Mediennutzung) von Kindern und Jugendlichen in Problemgruppen

Tab. 3b: Fragen zu Maßnahmen der Adipositastherapie

Vernetzung niedrigschwellig erreichbarer ambulanter Hilfsangebote (Medizin, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Psychotherapie, Familienhilfe etc.)
Anerkennung der Adipositas als Krankheit und Übernahme der Therapiekosten durch Krankenkassen und -versicherungen bei erwiesener Compliance
Stabilisierung von Therapieerfolgen (Gewichtsreduktion) im Alltag durch kostenfreie ambulante Hilfen
Weiterentwicklung des Weight-Watcher-Modells (um "Bewegung"), Anpassung für Kinder und Jugendliche und Kostenübernahme bei erwiesener Compliance durch Krankenkassen und -versicherungen
Bereitstellung von professioneller Hilfe bei Adipösen mit psychosozialen Problemen
Wissenschaftliche Begleitforschung zur Messung der Effektivität von Präventions- und therapeutischen Maßnahmen (Qualitätssicherung)

Wir baten die TeilnehmerInnen um die Einschätzung,

- wie sinnvoll diese Maßnahmen aus institutioneller Sicht sind,
- wie effektiv sie erscheinen,
- inwieweit die Maßnahmen umsetzbar sind und
- wer für ihre Implementation und Durchführung verantwortlich sein soll.

Zusätzlich wurden einzelne Itembatterien um offene Fragen ergänzt, um heuristisch wichtige Anregungen zu erhalten. Bei der Implementation eröffneten wir beispielsweise die Möglichkeit, über die explizit aufgeführten Institutionen hinaus – Bund, Länder, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und -versicherungen – weitere Akteure vorzuschlagen. Bei der Frage nach der Effektivität von Präventions- und Therapiemaßnahmen stellten wir zusätzlich die Frage nach der Urteilssicherheit.

Zur Bewertung wurden durchgehend Ratingskalen mit 10 Ausprägungen verwendet, wobei 1 eine sehr schwache Ausprägung des jeweiligen Items bedeutete, 10 eine sehr starke. Die Gruppen hatten außerdem die Möglichkeit, Minderheitenvoten abzugeben, falls sich auch nach eingehender Diskussion innerhalb der Gruppe kein einheitliches Urteil finden ließ.

Abschließend baten wir die TeilnehmerInnen in einer offenen Frage anzugeben, welchen spezifischen Beitrag die im Delphi repräsentierten Institutionen zur Problemlösung beitragen können. Das Erhebungsinstrument ist im Anhang abgedruckt.

3 Ergebnisse und Interpretation

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in drei Teile: Eingang wird die allgemeine Einschätzung des Problems im Vergleich zu anderen gesellschaftlichen Risiken erörtert. Danach werden die Bewertung und die Argumentation der Experten zunächst für die Präventionsmaßnahmen, anschließend für die Therapiemaßnahmen vorgestellt. Ergebnisse aus der zweiten Delphirunde werden dabei, mit Rücksichtnahme auf bessere Verständlichkeit, nicht in extra Kapiteln sondern jeweils direkt im Zusammenhang mit dem jeweiligen Item besprochen.

Entsprechend der qualitativen Strategie des Delphi und der Entscheidung zugunsten eines Gruppendiskussionsverfahrens mit vergleichsweise wenigen, dafür aber zentral positionierten TeilnehmerInnen, wird die Auswertung deskriptiv gehalten; auf statistische Tests zur Evaluation des Verfahrens, wie sie von Häder 1996 bzw. Häder u.a. 2005 vorgeschlagen wurden, muss verzichtet werden.

Die Diskussionen im Plenum wurden digital aufgezeichnet und simultan protokolliert, das Protokoll als ein die Auswertung vorbereitender Schritt anhand der Aufzeichnung korrigiert und um Details ergänzt. Neben den ausgewerteten Fragebogen fließen in die nachfolgende Interpretation die wichtigsten Argumente aus den beiden Diskussionsrunden ein und zwar zum Teil in Form eines zusammenfassenden Berichts der zentralen Argumente, zum Teil als wörtliche Übernahme aus dem Protokoll. Dabei wurde bewusst auf die Nennung der Urheber verzichtet und allenfalls die entsprechende Arbeitsgruppe, die ein Argument vorbrachte, genannt. In aller Regel sind die jeweiligen inhaltlichen Positionen unschwer einzelnen Institutionen zurechenbar.

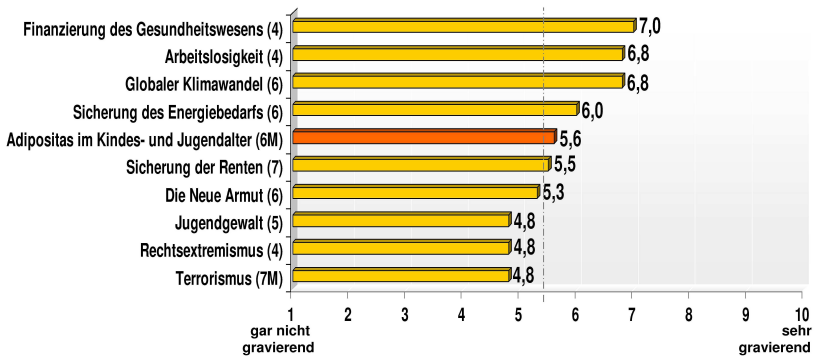
3.1 Einordnung der Adipositas als gesellschaftliches Problem

Verglichen mit anderen gesellschaftlichen Problemlagen nehmen Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine mittlere Position ein bezüglich der wahrgenommenen Folgeschwere „für Deutschland, wenn Sie an die nächsten 5-10 Jahre denken“. Sie erhalten im Mittel 5.6 Skalenpunkte und liegen damit nahezu gleich auf mit der Sicherung der Renten (5.5) und dem Problem der neuen Armut (5.3). Als deutlich gravierender stuften die Experten die Finanzierung des Gesundheitswesens ein (7.0), den globalen Klimawandel und das Problem der Arbeitslosigkeit mit jeweils 6.8 Skalenpunkten. Am unteren Ende rangieren die Bedrohung durch den Terrorismus, durch den Rechtsextremismus in Deutschland und durch Jugendgewalt mit je 4.8 Skalenpunkten.

Die meisten Probleme wurden von den Experten divergierend eingeschätzt¹. Mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit, der Finanzierung des Gesundheitswesens und des Rechtsextremismus in Deutschland lagen die Bewertungen 5 oder mehr Skalenpunkte auseinander – im Falle der Bedrohung durch den Terrorismus und der juvenilen Adipositas konnte, trotz intensiver Diskussionen, in wenigstens einer der Arbeitsgruppen kein gemeinsames Urteil herbeigeführt werden, weswegen zusätzlich zum Gruppen- ein Minderheitenvotum abgegeben wurde. Die Spannweite – der Range – der Antworten ist in dem nachstehenden Schaubild in Klammern hinter den Merkmalen angegeben. „M“ steht für ein Minderheitenvotum in wenigstens einer der Arbeitsgruppen.

¹ Dissens = mehr als 3 Skalenpunkte Abweichung vom Wert des arithmetischen Mittels

Abb. 1: Beurteilung der Folgeschwere gesellschaftlicher Probleme



ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008;
in Klammern: Spannweite der Urteile [Skalenpunkte]. M = Minderheitenvotum

Aus der anschließenden Diskussion wissen wir, dass die stark divergierenden Urteile bei der Einschätzung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter auf eine unterschiedliche Risikowahrnehmung zurück geführt werden können: Die dramatische Einschätzung (Skalenpunkt 9) geschah vor allem mit Blick auf die Kosten, die durch Folgeerkrankungen wie z.B. Diabetes und die verstärkte Zunahme von Übergewicht und Adipositas deutschland- und europaweit entstehen. Die Gegenposition (Skalenpunkt 3) wurde einerseits damit begründet, dass die Folgen von Übergewicht weder quantitativ noch hinsichtlich ihrer Schwere hinreichend wissenschaftlich belegt seien. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass die Adipositas vor allem in spezifischen Segmenten der Bevölkerung auftrete, wohingegen andere Probleme gesellschaftsweite Folgen erwarten lassen. Auch dies rechtfertigt es, die juvenile Adipositas, verglichen mit anderen aufgelisteten Problemen, als ein wenig gravierendes Problem anzusehen.

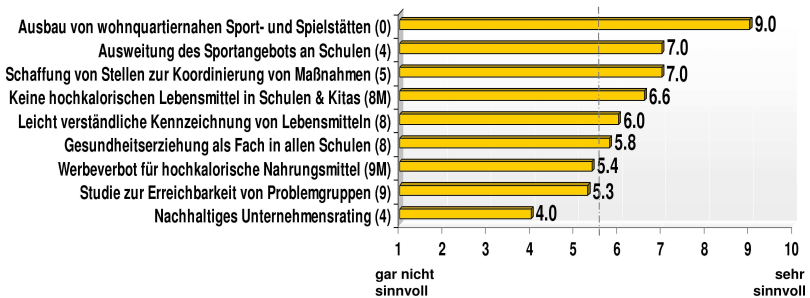
In der zweiten Fragebogenrunde wurde die juvenile Adipositas durchschnittlich bei Skalenpunkt 5.3 etwas niedriger eingestuft. Insgesamt kam es zu weniger streuenden Urteilen, deren Range sich nurmehr über 4 Skalenpunkte erstreckte.

3.2 Präventionsmaßnahmen

3.2.1 Wie sinnvoll sind die Handlungsoptionen

Die Frage, als wie sinnvoll die unterbreiteten Präventionsmaßnahmen eingeschätzt werden, rief gleichfalls stark divergierende Einschätzungen unter den Experten hervor. Vor allem die auf Lebensmittel bezogenen Maßnahmen fallen durch kontroverse Urteile mit einer Abweichung von acht oder maximalen neun Skalenpunkten auf. Der Vorschlag, den Verkauf hochkalorischer Lebensmittel an Schulen und KITAs zu untersagen und die Durchsetzung eines Werbeverbots für übermäßig zucker- oder fetthaltige Speisen und Getränke, evozierten sogar Minderheitenvoten, was auf kontroverse Debatten in den Gruppen „rot“ bzw. „grün“ hindeutet. Aber auch die Anregung, das Fach Gesundheitserziehung an allen allgemein bildenden Schulen einzuführen sowie die Durchführung einer Studie zur Erreichbarkeit von Problemgruppen riefen sehr unterschiedliche Reaktionen hervor. Letzteres sei zwar unbestritten sehr sinnvoll, doch gebe es aufgrund zahlreicher Studien genügend Erkenntnisse hierzu, die bislang jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht genutzt und in konkrete Maßnahmen umgesetzt wurden.

Ein einziger Vorschlag findet eine ebenso hohe (9.0 Skalenpunkte) wie ungeteilte Zustimmung (Spannweite der Urteile: 0) unter den Experten, nämlich der bedarfsgerechte Ausbau von wohnquartiernahen Sport- und Spielstätten mit freiem Zutritt für Kinder und Jugendliche.

Abb. 2: Beurteilung, wie sinnvoll die Präventionsmaßnahmen sind

ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008;
in Klammern: Spannweite der Urteile [Skalenpunkte]. M = Minderheitenvotum

Mäßig positiv und halbwegs übereinstimmend werden die Ausweitung des Sportangebots an Schulen und die Schaffung von Koordinatorenstellen zur Vernetzung der Maßnahmen zur Bekämpfung der juvenilen Adipositas beurteilt, wohingegen der Vorschlag zu einem nachhaltigkeitsbezogenen Unternehmensrating relativ übereinstimmend als wenig sinnvoll eingeschätzt wird (Skalenwert 4.0, Range: 4).

Die Forderung nach einer einfachen Etikettierung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampelsystem rief gegensätzliche Argumente hervor: Für diese Form der Kennzeichnung spreche ihre Einfachheit, Transparenz und intuitive Verständlichkeit. *„Das Ampelsystem hat Signalcharakter und bewegt den Verbraucher dazu, darüber nachzudenken. Auch die Verbraucherverbände haben sich nach langer Diskussion für das einfache Ampelsystem entschieden, weil die Einfachheit, leichte und unmissverständliche Verständlichkeit wichtiger ist als Differenzierung. Was kompliziert ist, wird von vielen Menschen nicht verstanden, vor allem von solchen mit geringen Ernährungskompetenzen.“* Moniert wurde von Seiten der Ernährungswissenschaften die damit einhergehende Pauschalisierung mit der Folge, dass auch sehr sinnvolle Lebensmittel auf Grund ihres hohen Fett- oder Kaloriengehaltes negativ gekennzeichnet würden, wie zum Beispiel Olivenöl. Eine simplifizierende Kennzeichnung trage dem wissenschaftlichen Kenntnisstand

der Ernährungsphysiologie nicht hinreichend Rechnung. Eine Kennzeichnung von Lebensmitteln sei sinnvoll, nicht jedoch die Ampel. Die Nahrungsmittelindustrie schloss sich diesem Argument an: *„Aus unserer Sicht ist die Ampel nicht einfach zu verstehen. Ein Produkt besteht aus unterschiedlichen Nährstoffen, oder Nährstoffgruppen die mit unterschiedlichen Ampelfarben ausgedrückt werden, in Abhängigkeit der Menge. D.h. ein Produkt bekommt mehrere Punkte z.B. zwei rote und einen grünen. Was soll daran einfach sein, wenn auf einem Produkt mehrere Farbpunkte angebracht sind?“*

Infolge der konträren Urteile kommt keine der ernährungsbezogenen Maßnahmen nennenswert über mediokre Skalenmittelwerte hinaus. Als besonders umstritten erwies sich auch – mit ähnlichen Argumentationsmustern – die Durchsetzung eines Werbeverbotes für besonders energiereiche Lebensmittel, sowie das Verbot solche Lebensmittel an Schulen und KITAs anzubieten.

Von Seiten der Industrie wurde das Votum gegen diese Maßnahmen damit begründet, dass ein derartiges Verbot sehr viele Produkte betreffen und die Produktvielfalt künstlich einschränken würde. Ferner gebe es keine stichhaltigen Erkenntnisse über unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten zwischen dicken und schlanken Kindern. Anstelle eines Verbotes sollte die Produktvielfalt vielmehr ausgeweitet bzw. in Richtung gesünderer Produkte verändert werden.

Im Plenum wurde dieser Position der Industrie entgegen gehalten, dass die Schule eine Verantwortung für die Gesundheit und Fitness von Kindern und Jugendlichen trage und mit einem Verbot von übermäßig energiehaltigen Speisen und Getränken – zumindest aber mit einer Selbstverpflichtung, gesunde Lebensmittel anzubieten – ihrer Vorbildrolle gerecht werde. Es müsse darauf geachtet werden, dass neben Speisen vor allem auch zuckerhaltige Getränke in dieses Verbot einbezogen werden.

Mit Ausnahme der Industrie fand die vorgeschlagene Maßnahme, besonders energiereiche Speisen und Getränke in Schulen und KITAs nicht mehr anzubieten, sehr starke Unterstützung, wenngleich eine Gruppe anregte, nochmals über die Grenzziehung nachzudenken.

Die knapp einstündige Diskussion drehte sich vor allem um die drei auf Lebensmittel bezogenen Vorschläge. Dabei erwies sich die bezüglich des Umganges mit Lebensmitteln liberalistische Position als wenig haltbar. Wie das nachfolgende Schaubild zeigt, profitierten aber auch die übrigen Handlungsvorschläge, welche in der ersten Runde nicht konsensfähig waren, von den diskursiven Klärungsprozessen. Insgesamt zeigen sich bei allen Items in der zweiten Runde erheblich geringere Varianzen im Antwortverhalten. Minderheitenvoten verschwanden gänzlich.

Tab. 4: Wie sinnvoll sind die folgenden Handlungsoptionen?

Item	1. Delphi-Runde			2. Delphi-Runde *)		
	arith. Mittel	Range	Minderh. Votum	arith. Mittel	Range	Minderh. Votum
Die Aufnahme des Faches Gesundheitserziehung in die Curricula aller Jahrgangsstufen an den allgemeinbildenden Schulen	5,8	8		4,0	7	
Die Aufgabe von theoretischer und praktischer Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in den Unterricht aller Schulen (neu aufgenommen)				8,5	2	
Den Verkauf von hochkalorischen Lebensmitteln in Schulen und KITAs verbieten (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)	6,6	8	M	8,7	1	
Durchsetzung einer leicht verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampel-System	6,0	8		8,5	3	
Durchsetzung eines Werbeverbots für hochkalorische Lebensmittel (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)	5,4	9	M	5,0	5	
Durchführung von Studien zur Erreichbarkeit (z.B. Mediennutzung) von Kindern und Jugendlichen in Problemgruppen	5,3	9		7,7	3	

Durch die Diskussion wurden allerdings nicht nur Klärungsprozesse bewirkt sondern auch – mit Ausnahme des Werbeverbots für besonders energiereiche Lebensmittel – die Akzeptanz zunächst strittiger Maßnahmen erhöht. Im Falle der Reformulierung des Items *„Gesundheitserziehung an Schulen“* stieg die Attraktivität dieser Option sogar beträchtlich, und zwar dadurch, dass eine fächerübergreifende Lö-

sung bedeutend mehr Sympathien fand als die Einrichtung eines neuen Schulfaches: „So ein Fach gab es bereits einmal. Es wurde, weil es ein schlechtes Image und sich wenig bewährt hatte, vor langen Jahren abgeschafft. Gesundheitserziehung ist sozusagen ‚out‘. Wir glauben zwar immer noch an die Kraft der Pädagogik, aber wir denken, dass diese Maßnahme umfassender angedacht und umgesetzt werden sollte. Man sollte nicht von Gesundheitserziehung sondern besser von Gesundheitsförderung sprechen, in der auch die Verhältnisse, die Rahmenbedingungen zur Sprache kommen – das so genannte Setting –, in dem sich Menschen ernähren oder bewegen. Also beispielsweise, ob da eine entspannte Atmosphäre oder Zeitdruck herrscht, mit welchen Lebensmitteln ein Automat bestückt wird usw. Gesundheit sollte ein Querschnittsthema sein und nicht ein Thema, das in einem bestimmten Fach, in einer bestimmten Stunde unterrichtet wird. Gesundheit hat vielfältige Bezüge, beispielsweise zu Sport, Bewegung, Biologie, Ökologie, eigentlich zu beinahe allen Fächern in der Schule, man könnte es sogar in den Fremdsprachenunterricht einfließen lassen. In den Schulen sollte nicht nur kognitiv über Gesundheit oder über die Grundlagen der Ernährung gesprochen sondern zusätzlich praktische Kompetenzen erworben werden. Wenn man erreichen könnte die Schulernährung in den Unterricht zu integrieren, könnte man die Kinder eventuell dazu bewegen, sich nicht nur in der Schule gesund zu ernähren.“

Dieser Teil des Delphi liefert für den gesellschaftlichen Umgang mit Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus zwei Gründen zentrale Einsichten: Zum einen werden nach der diskursiven Auseinandersetzung im Plenum alle vorgeschlagenen Maßnahmen als mäßig oder hochgradig sinnvoll eingeschätzt; lediglich das Werbeverbot für hochkalorische Lebensmittel wurde als mäßig und das nachhaltigkeitsorientierte Unternehmensrating als weniger sinnvoll beurteilt. Zweitens ist der Befund deshalb so besonders wichtig, weil es sich zeigt, dass bei allen institutionellen Interessen, Eigenlogiken und Idiosynkrasien diskursive Methoden zu tragfähigen verallgemeinerungsfähigen Lösungen führen können. Der Weg dahin wurde freilich mit hohem Zeiteinsatz und einer engagierten Debatte erkaufte, die sich auch in den Arbeitsgruppen der zweiten Delphiphase fortsetzte und dazu führte, dass nur die beiden ersten Fragebogensei-

ten, die auf Sinn oder Unsinn der vorgeschlagenen Präventiv- und Therapiemaßnahmen zielen, von allen Arbeitsgruppen beantwortet werden konnten.

Bleiben die Antworten auf die offenen Fragen: Der Vorschlag, „die großen Portionen wieder abschaffen“ fand infolge seiner geringen Umsetzungschancen wenig Resonanz.

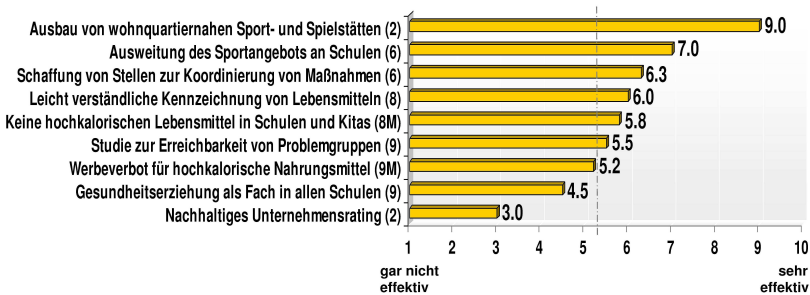
Ausgiebig wurde ein anderer Vorschlag diskutiert: *„Die Bedeutung der medizinischen J1-Pflichtuntersuchung für alle Jugendlichen zu verstärken. Es gibt Untersuchungen für Kinder, die U1 bis U7 Untersuchungen, und dann noch einmal Gesundheitschecks für Jugendliche, wobei diese möglicherweise verstärkt werden sollten. Allerdings sind das aber keine Pflichtuntersuchungen im eigentlichen Sinne. Die sind freiwillig, wobei die Inanspruchnahme mit dem Lebensalter der Kinder sinkt, und womöglich auch mit dem Körpergewicht. Die Frage, ob sich die Verbindlichkeit erhöhen lässt, ist aus verfassungsrechtlicher Perspektive heraus klar zu bejahen.“* Die Frage des Mediators, ob eine derartige Regelung unter den versammelten Experten Unterstützung finden würde, wurde mit dem Hinweis beantwortet, dass solche Untersuchungen *„je nach Bundesland verschiedenartig gehandhabt werden. Es gibt auch Bundesländer, in denen das nicht mehr durchgeführt wird. Die anderen Untersuchungen, die hier erwähnt wurden, werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, also nach dem Sozialrecht, durchgeführt, das sollte man unterscheiden. Interessant wäre vor allem auch die Frage, wenn man eine solche Untersuchung hat, in der festgestellt wird, ein Kind ist übergewichtig, was passiert dann? Welche Konsequenzen hat das? Wer trägt die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen? Wenn das die Krankenkassen übernehmen sollen, dann müssen das in letzter Konsequenz die Beitragszahler bezahlen. Sodann stellt sich die Frage, ob nur zu therapieren nicht viel billiger ist, als Prävention, zumal deren Erfolg schwer zu messen und keineswegs garantiert ist. Eigentlich müsste Prävention eher als eine gesellschaftliche Aufgabe definiert werden und es ist verwunderlich, dass diese Aufgabe alleine den Krankenkassen aufgebürdet wird.“* Letztlich seien die Krankenkassen in einer misslichen Lage, denn einerseits *„sind sie durch das Sozialversicherungsgesetz zur Prävention verpflichtet. Andererseits sollen die Krankenkassen pro Jahr*

2,78 Euro pro Versichertem für Primärprävention ausgeben, ein bescheidener Betrag, der keine nachhaltigen Effekte erwarten lässt. Vermutlich würde die Prävention einen erheblich höheren Stellenwert erlangen, wenn sie als eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe definiert würde. Dass sich neben den Kassen auch Bund, Länder und Gemeinden an dieser Aufgabe beteiligen. Aber auch andere Versicherungsträger kommen in Frage.“

3.2.2 Die Effektivität der vorgeschlagenen Präventivmaßnahmen

Im Bezug auf die Effektivität der Maßnahmen zur Prävention zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier wurden der Ausbau von wohnquartiernahen Spiel- und Sportstätten und die Garantie des freien Zutritts besonders positiv (Skalenmittelwert 9.0) und die Umsetzung eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensratings als besonders wenig effektiv (Skalenmittelwert 3.0) eingeschätzt.

Abb. 3: Beurteilung der Effektivität von Präventionsmaßnahmen



ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008;
in Klammern: Spannweite der Urteile [Skalenpunkte], M = Minderheitenvotum

Bei genauer Betrachtung fällt auf, wie eng die wahrgenommene Effektivität von Maßnahmen mit ihrer Sinnhaftigkeit assoziiert ist – fast wäre man geneigt, von zwei Merkmalen zu sprechen, die auf einer

gemeinsamen Dimension liegen. Allenfalls der Vorschlag *„Gesundheitserziehung in allen Schulen“* schneidet, verglichen mit seiner Sinnhaftigkeit, hier deutlich schlechter ab, was angesichts der vorangegangenen Reformulierung allerdings wenig verwundert.

Erneut sind es wieder die sport- bzw. bewegungsbezogenen Maßnahmen, die übereinstimmend als besonders effektiv dargestellt werden, wohingegen die ernährungsbezogenen Items abermals konträre Urteile evozierten und infolgedessen eher mittelmäßig abschneiden. Insgesamt fünf Maßnahmen zogen stark abweichende Bewertungen auf sich, darunter alle drei auf Nahrungsmittel bezogenen – zwei sogar mit Minderheitenvoten. Die Plenumsdiskussion richtete sich im Kern auf die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen, nicht jedoch auf ihre Effektivität – man mag darin ein weiteres Indiz für die Konfundierung dieser beiden Dimensionen sehen.

Die Neigung zu exzentrischen Urteilen wird auch dann sichtbar, wenn man – wie bei dieser Itematterie geschehen – danach fragt, wie sicher sich die Experten ihrer Urteile sind. 25 von insgesamt 36 abgegebenen Urteilen – also rund 70% – wurden als sicher oder sehr sicher eingeschätzt. Eine geringe Urteilssicherheit zeigte sich vor allem beim Werbeverbot von hochkalorischen Nahrungsmitteln und in der Tendenz auch bei der Einrichtung von Koordinatorenstellen und dem nachhaltigkeitsorientierten Unternehmensrating. Das überraschend hohe Maß an Urteilssicherheit könnte als Hinweis auf vergleichsweise ausgeprägte institutionelle Interessen und Perspektiven gedeutet werden.

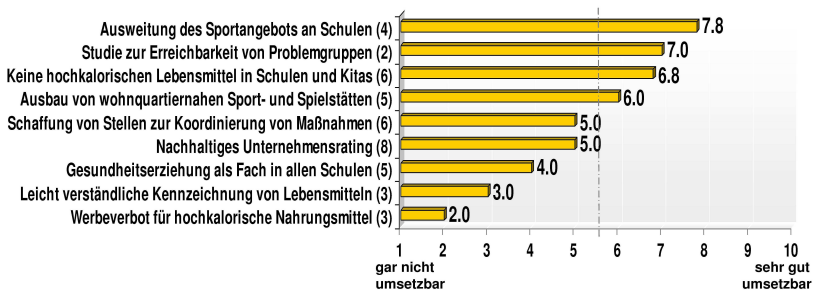
3.2.3 Die Umsetzbarkeit von Handlungsoptionen

Die Frage nach der Umsetzbarkeit der einzelnen Handlungsempfehlungen eröffnet eine eigene Dimension. Abgesehen von der als besonders leicht umsetzbaren Ausweitung des Sportunterrichts an Schulen findet sich die Studie zur Erreichbarkeit von Problemgruppen nun

auf Rang zwei, knapp gefolgt vom Verbot, hochkalorische Speisen und Getränke an den Schulen anzubieten.

Insgesamt fällt auch die bedeutend geringere Variabilität des Antwortverhaltens ins Auge: Nur beim nachhaltigen Unternehmensrating, beim Verbot hochkalorischer Lebensmittel an Schulen und wenn es um die Schaffung von Koordinatorenstellen zur Vernetzung von Maßnahmen geht, scheiden sich die Geister.

Abb. 4: Beurteilung der Umsetzbarkeit von Präventionsmaßnahmen



ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008; in Klammern: Spannweite der Urteile

Das Ergebnis überrascht in mehrfacher Hinsicht: Sowohl der Spitzenreiter, die Ausweitung des Sportangebots an Schulen, als auch die Aufnahme der Gesundheitserziehung als Schulfach greifen in die Curricula ein, gleichwohl erscheint den Experten die Implementation eines neuen Schulfaches ungleich schwerer umsetzbar als eine Ausweitung des Sportunterrichts.

Interessanterweise besteht bei den befragten Experten auch hohe Übereinstimmung bei der Einschätzung, dass sowohl die Kennzeichnung als auch ein Werbeverbot für hochkalorische Lebensmittel kaum umsetzbar seien, obgleich es in anderen Ländern mit der Lebensmittelkennzeichnung entsprechende Vorbilder gibt und auch in Deutschland ein – viel komplizierteres – Kennzeichnungssystem erwogen wird. Bei Werbeverböten gibt es einschlägige Erfahrungen

mit der Tabakwerbung, die seinerzeit zwar gegen den Widerstand der Produzenten und der Werbewirtschaft aber doch erfolgreich umgesetzt worden war.

In einem weiteren Diskussionspunkt wurde die stark abweichende Einschätzung der Umsetzbarkeit eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensrating aufgegriffen. Bei der Erörterung wurde deutlich, dass bezüglich der Möglichkeiten und Auswirkungen des Unternehmensratings bei einem Teil der Experten unzureichende Sachkenntnis vorherrschte. Von Seiten der Arbeitsgruppe „rot“ – sie hatte ein besonders positives Urteil abgegeben – wurde betont, dass Ratingstrategien im Grunde leicht umsetzbar seien, mit Blick auf adipositasbezogene Effekte seien jedoch definitorische Fragen problematisch, *„denn jedes Rating hat spezifische Wirkungen, das für bestimmte Bereiche gut passt und für andere nicht... Ein auf Adipositas bezogenes ist sehr leicht umsetzbar. Die Schwierigkeit wird sein, dieses Rating auch auf andere gesellschaftliche Bereiche zu übertragen... Im Falle von Banken oder Versicherungen – Stichwort: Kreditvergabe – ist das einfach, was wir aber brauchen, um gesellschaftliche Wirksamkeit zu erzielen, ist öffentliche Aufmerksamkeit. Um wirksam zu werden, ist es erforderlich, eine bestimmte Schwelle zu überschreiten, bei der Medienberichterstattung und bei der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Dann wird ein bestimmtes Thema auf einmal in der Öffentlichkeit relevant, wodurch das Image von Institutionen, aber auch die Nachfrage nach bestimmten Gütern beeinflusst wird. Das gelingt aber nur in wenigen Fällen und lässt sich auch nur sehr bedingt steuern. Wichtig wäre ein Synergieeffekt durch spezifische Produktnachfrage, der sich zu den Kreditkonditionen gesellt. Beim Thema Adipositas ist das derzeit noch nicht der Fall, weswegen die Ratingstrategie aber keinesfalls abgewertet werden soll. Wenn ich mir gegenwärtig die Fragebögen von den Ratingagenturen anschau, dann zielt etwa eine viertel bis halbe Seite von 25 auf das Thema Gesundheit, weil es in diesem Bereich kaum Produkte gibt, die wir entsprechend bewerten können. Wenn ich mir dann die für die Kreditvergabe relevante Gewichtung anschau, spielt das Thema Gesundheit bislang nur eine marginale Rolle. Wenn es allerdings gelingt, die Nachfrageseite zu mobilisieren, also Investorengruppen für dieses Thema zu sensibilisieren, dann kann das schnell ein wichtiges Thema werden.“*

Seitens der skeptischen Urteile herrschten zunächst Informationsdefizite vor, die zwar kompensiert werden konnten, wohingegen der Eindruck bestehen blieb, dass es sich beim Nachhaltigkeitsrating um eine eher vage, schwer zu steuernde und deshalb hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit nur schwer prognostizierbare Maßnahme handelt.

3.2.4 Wer ist verantwortlich für die Umsetzung?

Die Frage nach der Hauptverantwortlichkeit für die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen wurde in beiden Delphirunden diskutiert und bearbeitet. Vom ursprünglichen Fragebogen abweichend wurden in das Erhebungsinstrument der zweiten Runde noch die EU und die Zivilgesellschaft aufgenommen, da sie in der offenen Kategorie „wer sonst?“ häufig genannt wurden. Die Kategorie „niemand“ wurde hingegen nur sehr selten angekreuzt und infolgedessen gestrichen.

Die nachfolgende Tabelle basiert, wegen der Ausweitung des Fragebogens nach dem ersten Durchgang und der Tatsache, dass eine der vier Gruppen die Frage in der zweiten Runde nicht beantwortete, auf einer Synthese der Fragebogen aus beiden Delphirunden. Die Würfelpunkte repräsentieren die Zahl der Arbeitsgruppen, die bestimmte Akteure in der Pflicht sehen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Addiert man die Punkte spaltenweise, wird erkennbar, dass die befragten Experten für die Umsetzung der Maßnahmen vor allem politische Institutionen im Auge haben, und zwar vorrangig Bund (18 Punkte) und Länder (20 Punkte), gefolgt von den Kommunen (15 Punkte), wohingegen die EU nur für zwei Spezialaufgaben eintreten soll: Die Umsetzung einer einfachen Kennzeichnung von besonders energiereichen Lebensmitteln und die Durchsetzung eines Werbeverbots für eben jene Produkte.

Tab. 5: Wer wird für die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen verantwortlich gemacht? *

Item	Bund	Länder	Kommunen	Industrie	Wohlfahrtsverbände	Krankenkassen/Versicherungen	EU	Zivilgesellschaft
Die Aufnahme des Faches Gesundheitserziehung in die Curricula aller Jahrgangsstufen an den allgemeinbildenden Schulen								
Ausweitung des Sportangebots an allen Schulen auf 2 Doppelstunden wöchentlich								
Den Verkauf von hochkalorischen Lebensmitteln in Schulen und KITAS verbieten (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)								
Ausbau von wohnquartiernahen Spiel- und Sportstätten und Garantie des freien Zutritts, damit Kinder und Jugendliche bewegungsintensive Freizeitalternativen haben								
Schaffung von Stellen zur Koordination von Maßnahmen der Adipositasbekämpfung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene								
Durchsetzung einer leicht verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampel-System								
Durchsetzung eines Werbeverbots für hochkalorische Lebensmittel (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)								
Umsetzung eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensrating, mit steigenden Kapitalbeschaffungskosten für risikoproduzierende Unternehmen (mit möglichen Einflüssen auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)								
Durchführung von Studien zur Erreichbarkeit (z.B. Mediennutzung) von Kindern und Jugendlichen in Problemgruppen								

*) Die Augenzahl symbolisiert die Anzahl der Arbeitsgruppen, die die entsprechende Institution in der Verantwortung für die Umsetzung einer bestimmten Maßnahme sehen.

Im Übrigen ist die Dominanz der politischen Institutionen bei Umsetzungsfragen wenig verwunderlich, geht es doch im Wesentlichen um den Beschluss und die Durchsetzung verbindlicher Regeln, bzw. bei der Einrichtung von Koordinatorenstellen um kostenintensive Infrastrukturmaßnahmen, die aus Steuermitteln finanziert werden müssen und infolgedessen ebenfalls in den politischen Entscheidungsbereich fallen.

Der Moderator problematisierte die Politikdominanz mit dem Hinweis, dass sich *„wenn das alles der öffentlichen Hand übertragen wird, die bestehende Problematik höchst wahrscheinlich wenig verbessern wird. Sehen Sie eine Möglichkeit, die Zivilgesellschaft stärker mit einzubeziehen, vielleicht auch bei Maßnahmen, die von uns nicht aufgeführt wurden?“* Einer der Experten verwies auf einerseits institutionell klar festgelegte Zuständigkeiten, andererseits auf fakultative Mitwirkungen: *„Wir sehen im Bereich der Schulen den Bund als Impulsgeber, die Länder als die Zuständigen im Bereich Kultus... aber auch die Kommunen als Schulträger. Ferner kommen die Industrie als Sponsor für Schulprojekte und die Wohlfahrtsverbände vor allem bei den KITAs in Frage. Die Krankenkassen sind mitverantwortlich für Prävention sowie zivilgesellschaftliches Engagement, beispielsweise durch Institutionen wie Sportvereine.“* Speziell bei der Frage, wer als Impulsgeber fungieren soll, dominierten in der Meinung der Experten klar politische Institutionen.

Der Vorschlag des Mediators, über eine institutionelle Vernetzung bei der Problembearbeitung nachzudenken, wurde mit Bezug auf die Lebensmittelkennzeichnung beantwortet: Diesbezüglich könnten bereits bestehende Kooperationen zwischen der Industrie und NGOs vertieft werden. Ziel könne es sein, ein Modell für eine adäquate Kennzeichnung zu erarbeiten und dies der Politik zur Entscheidung vorzuschlagen. Eine derartige Zusammenarbeit gebe es bereits zwischen dem Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde und dem BMELV. *„Das Verzeichnis der Zutaten ist bereits sehr weit verbreitet; jetzt steht die Kennzeichnung der Nährwerte an. Da gibt es Modelle, die von der EU-Kommission vorgeschlagen worden sind, nämlich möglichst viele Nährstoffe anzugeben im Bezug auf eine theoretische Tagesempfehlung. An-*

dere Vorschläge belaufen sich darauf, die ‚big four‘ in den Vordergrund zu stellen und dabei in besonderer Weise den Kaloriengehalt.“ Nach Auffassung des Mediators sei die Kernfrage, ob es eine Lösung durch die Industrie – beispielsweise per Selbstverpflichtung – geben soll, oder eine allgemeinverbindliche gesetzliche Lösung. Letzteres fand den stärksten Zuspruch unter den Beteiligten.

Bei der Lösung der Querschnittsaufgabe einer kind- und bewegungsgerechten Umgestaltung von Wohnquartieren erwarten sich unsere Experten eine Unterstützung durch Wohlfahrtsverbände, von Krankenkassen und -versicherern eine Mitwirkung bei der schulischen Gesundheitsaufklärung und -erziehung. Bei der Lösung dieser Aufgabe komme auch zivilgesellschaftliches Engagement in Frage, wie auch beim Bemühen um eine adäquatere Schulspeisung und das Einfließen von Gesundheitsthemen in den Unterricht, und zwar in Theorie und Praxis.

Aus der ‚horizontalen‘ Perspektive der einzelnen Maßnahmen werden zwei Muster erkennbar: Ein Typ von Maßnahmen, der als ‚Querschnittsaufgabe‘ ein Engagement verschiedenster Institutionen und Akteure erfordert. Hierzu rechneten die Delphiteilnehmer vor allem die Gesundheitserziehung an Schulen, den Umbau von Stadtteilen und die bedarfsgerechte Bereitstellung von frei zugänglichen Sport- und Spielstätten, wohingegen andere Aufgaben schwerpunktmäßig in der Verantwortung einer oder zweier Institutionen gesehen werden. Hierunter fallen vor allem die Ausweitung des schulischen Sportunterrichts – infolge der Kultushoheit eine Länderaufgabe – sowie die Implementation eines nachhaltigkeitsbezogenen Unternehmensrating, wofür vor allem Banken und Ratingagenturen in der Pflicht stehen. Für die Kennzeichnungspflicht von Lebensmitteln und ein darauf basierendes Werbeverbot kommen die Bundesregierung oder die EU in Frage.

Insgesamt, kann man das Urteil der Delphiteilnehmer resümieren, gebe es viel zu tun, wobei das breite Spektrum von Ansatzpunkten mit dem notwendigen Engagement einer Vielzahl von Akteuren und Institutionen korrespondiert. In diesem Befund drückt sich auch die

aus Betroffeneninterviews, Fokusgruppen und Experteninterviews gewonnene Einsicht aus, dass das Thema Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter über die Problematik eines individuellen Fehlverhaltens hinausreicht und – zumal wenn Präventivaufgaben anstehen – gesamtgesellschaftlicher Interventionen bedarf. Die Verteilung der vielfältigen Aufgaben auf eine größere Zahl von Akteuren kann auch als ein Plädoyer für eine Vernetzung von Institutionen beim Problemmanagement gelesen werden, oder noch schärfer pointiert: In letzter Konsequenz ist das gesellschaftliche Problem der Adipositasprävention eine interdisziplinär zu leistende Querschnittsaufgabe. Wir werden diesen Gesichtspunkt noch einmal aufgreifen, wenn es um die Maßnahmen zur Unterstützung und Absicherung therapeutischer Interventionen geht.

3.3 Maßnahmen zur Therapie

3.3.1 Förderung von Rahmenbedingungen zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion

In diesem Kapitel geht es nicht eigentlich um Maßnahmen zur Therapie – jedenfalls dann nicht, wenn man an Interventionen durch Ärzte, in Kurkliniken, durch Ernährungsberater oder Sporttherapeuten im engeren Sinne denkt. Die vorausgegangenen qualitativen Analysen (Zwick 2008) haben vielmehr erhebliche Strukturprobleme aufgedeckt, die – auf recht unterschiedliche Weise – eine effektive Hilfe inhibieren: Sei es, dass Kinder und Jugendliche mit Gewichtsproblemen Schwierigkeiten haben, fachkundige Anlaufstellen zu finden, und zwar vor allem dann, wenn sich hinter ihrer Belebtheit psychosomatische Schwierigkeiten verstecken, die therapeutischer Hilfe bedürfen. In aller Regel ist ein niedrighschwelliger Zugang zu einem interdisziplinär vernetzten Hilfsangebot nämlich nicht verfügbar. Oftmals gelingt es beispielsweise nicht, Kurerfolge im ‚normalen‘

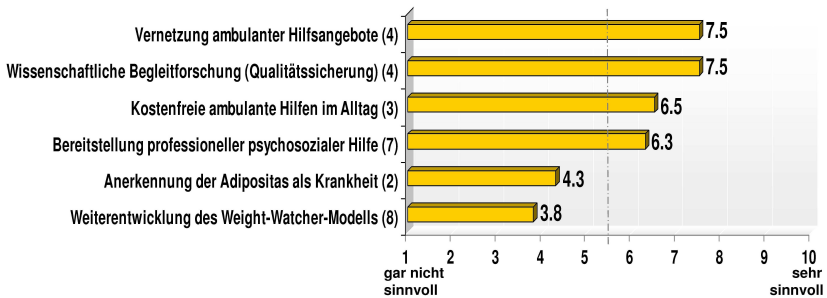
Lebensalltag innerhalb eines adipogenen Umfeldes zu stabilisieren. Ohne soziale Unterstützung ist das Scheitern guter Vorsätze meist schon vorgezeichnet. Ein Blick in die betroffenen Familien offenbart oftmals geringe Kompetenz bei der Beurteilung von Nahrungsmitteln, bei der Auswahl und Zubereitung von Speisen, hinsichtlich der Bedeutung sportlicher Freizeitaktivitäten und gemeinsamer Unternehmungen, und oftmals sogar im Unvermögen, einen zukunftsorientierten, regelgeleiteten, disziplinierten Lebensstil zu etablieren, wie er von Max Weber 100 Jahre zuvor als auf innerweltlicher Askese fußende ‚rationalisierte Lebensführung‘ beschrieben worden war. (Weber 1981: 134f.) Ihre ausgeprägte Neigung, zu professionellen Helfern auf Distanz zu gehen, unterstreicht den Stellenwert von Selbsthilfe- und semiprofessionell geführten Gruppen. Diese können, wie etwa am Modell der Weight-Watcher ersichtlich, auf verschiedenartige Weise Unterstützung leisten, wo der Einfluss von Experten endet und primäre Netzwerke versagen: Sei es die gegenseitige Unterstützung und Motivation, aber auch wechselseitige Kontrolle bei gemeinsamem Wiegen, das Erlernen und Verinnerlichen von Normen und Regeln durch simple Mechanismen sozialer Kontrolle, durch kleine Belohnungen und Sanktionen. Aber auch gemeinsame sportliche Unternehmungen können zum Gelingen einer dauerhaften Gewichtsreduktion beitragen. Für nicht wenige Dickleibige bieten derartige Gruppen einen Weg aus der sozialen Isolation, verbunden mit dem gemeinsamen Erlernen eines selbstbewussteren, offensiveren Umganges mit Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsversuchen im Alltag. Allerdings werden von Seiten der Betroffenen immer wieder Klagen laut, infolge Ressourcenmangels die Gruppenmitgliedschaft aufgeben zu müssen. Auch hier setzen unsere Vorschläge an: Sei es die Bereitstellung kostenfreier, niedrigschwellig erreichbarer ambulanter Hilfen im Alltag, bei Bedarf auch psychosozialer Hilfen, sei es die Anerkennung der Adipositas als ‚reguläre‘, d.h. erstattungsfähige Krankheit, mit der Chance, bei erwiesener Compliance die Kosten für Gruppenmitgliedschaften von Krankenkassen bzw. –versicherern erstattet zu bekommen, oder aber die Adaption des Weight-Watcher-Konzeptes an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendli-

chen bzw. die Ausweitung des Modells um den Faktor Bewegung. Im Idealfall könnte sogar an die Etablierung derartiger Angebote auf kommunaler Ebene unter der Trägerschaft von Krankenkassen und –versicherern gedacht werden. Alle diese Maßnahmen versprechen, jene Rahmenbedingungen zu verbessern, die einerseits den Zugang zu adäquater Hilfe betreffen oder andererseits die Wirkung von Maßnahmen zum Umbau des Ernährungs- und Freizeitstils und die dauerhafte Stabilisierung des Körpergewichtes versprechen. Schließlich verdeutlichten unsere Analysen die Bedeutung wissenschaftlicher Begleitforschung und Evaluation, mit dem Ziel, mittelfristig einen Katalog effektiver, evidenzbasierter Handlungsoptionen zu gewinnen.

3.3.2 Zur Sinnhaftigkeit der empfohlenen Maßnahmen

Auch die Maßnahmen zur Therapie wurden als unterschiedlich sinnvoll erachtet. Relativ einig war man sich bei der großen Zustimmung zur *„Vernetzung niedrigschwellig erreichbarer ambulanter Hilfsangebote (Medizin, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Psychotherapie, Familienhilfe etc.)“* sowie hinsichtlich der Notwendigkeit, einer *„wissenschaftlichen Begleitforschung zur Messung der Effektivität von Präventions- und therapeutischen Maßnahmen (Qualitätssicherung)“* (jeweils 7.5 Skalenpunkte; Range: 4). Aber auch der Versuch einer *„Stabilisierung von Therapieerfolgen im Alltag durch kostenfreie ambulante Hilfen“* stieß auf ein ungeteiltes, positives Echo (6.5 Skalenpunkte, Range: 3). Noch mehr Einigkeit herrschte unter den Experten bei ihrem Urteil über die *„Anerkennung der Adipositas als Krankheit und Übernahme der Therapiekosten durch Krankenkassen und -versicherungen bei erwiesener Compliance“* (Range: 2). Allerdings wurde diese Maßnahmen als weniger sinnvoll erachtet (Skalenpunkt 4.3).

Abb. 5: Beurteilung, wie sinnvoll die Therapiemaßnahmen sind



ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008; in Klammern: Spannweite der Urteile

Infolge ihrer kontroversen Beurteilung wurden zwei Items im Plenum diskutiert: Die „Bereitstellung von professioneller Hilfe für Adipöse mit psychosozialen Problemen“, welche zwar mit 6.3 Skalenpunkten als einigermaßen sinnvoll eingeschätzt wurde, gleichwohl aber höchst unterschiedliche Reaktionen hervorrief (Range: 7). Noch kontroverser und im Mittel außerordentlich zurückhaltend wurde die Empfehlung aufgenommen, das Weight-Watcher-Modell um den Faktor ‚Bewegung‘ weiter zu entwickeln, es für Kinder und Jugendliche anzupassen und im Falle erwiesener Compliance die Kostenübernahme durch Krankenkassen und -versicherungen zu garantieren (3.8 Skalenpunkte; Range: 8).

Die sehr stark abweichenden Positionen zur Weiterentwicklung des Weight-Watcher-Modells wurden wie folgt begründet: Für das Modell spreche seine Wirksamkeit: „Es gibt viele Modelle, um Gewicht langfristig zu reduzieren, aber nur ein Modell, das über lange Zeit motivieren kann und Erfolg hat. Das ist – bei aller Kritik, die man daran vorbringen mag – das Weight-Watcher-Modell. Die Krankenkassenmodelle sind hingegen zu kurzfristig angelegt und bringen meist nur vorübergehende Erfolge.“ Die Übernahme dieser Kernidee in ein weiter zu entwickelndes Modell wäre daher sehr sinnvoll. Diese Position blieb nicht ungeteilt: Es gebe beispielsweise „integrierte Modelle mit psychologischer Unterstützung, Bewegungskomponente und mit Ernährungsphysiologie, die von der

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung evaluiert und teilweise zertifiziert wurden und zwar für die Klientel der Kinder. Das Weight-Watcher-Modell ist hingegen speziell auf Erwachsene zugeschnitten und nicht direkt auf Kinder übertragbar.“ Ferner sei das Weight-Watcher Programm „*nur für Übergewichtige gedacht. Bei Adipositas ist der Stand der Forschung, dass unter ärztlicher Leitung und mit therapeutischen Maßnahmen begleitet abgenommen werden sollte, bei gleichzeitiger interdisziplinärer Unterstützung. Das Weight-Watcher-Modell ist überdies ein Projekt von Laien für Laien und nicht mit professionellen Programmen zu vergleichen, die unter ärztlicher Leitung stehen.“*

Anderen missfiel sein kommerzieller Charakter, weswegen auch eine Kostenübernahme durch Krankenkassen und -versicherungen nicht in Frage komme. Dies gelte vor allem auch für die beworbenen und zum Kauf angebotenen Produkte. Der Merchandising-Ansatz stieß auf breite Kritik.

Wegen des unbestreitbaren Nutzens von Selbsthilfegruppen bei der Unterstützung von Übergewichtigen und Adipösen wurde vorgeschlagen, diese auf geeignete Weise zu fördern. Wichtig sei vor allem, dass die Selbsthilfegruppen ein klares therapeutisches Konzept erhalten und evaluiert werden. Nur unter dieser Bedingung sei ihre Förderung zu verantworten. Außerdem sollte das nicht mehr mit dem Namen „Weight-Watcher“ in Verbindung gebracht werden. Dieses neue Item wurde in das Erhebungsinstrument für die zweite Delphirunde aufgenommen und schließlich einvernehmlich mit 9.5 Skalenspunkten (Range: 1) an die Spitze der sinnvollen Maßnahmen gewählt.

Bezüglich des zweiten strittigen Items, der Bereitstellung von psychosozialer Hilfe, resultieren die skeptischen Bewertungen der Maßnahmen nicht aus einer Infragestellung dieser Maßnahme, sondern lediglich daraus, dass psychosoziale Hilfe nur im Bedarfsfalle und ausschließlich von Experten angewendet werden dürfe: „*Zwar leiden Dicke häufig unter Konflikten in den Peers oder in der Familie, in nicht wenigen Fällen liegt auch eine gewisse Ich-Schwäche vor, gleichwohl sollte die Maßnahme auf den Einzelfall beschränkt bleiben. Man sollte nicht alle*

Dicken automatisch zum Psychiater schicken. Es ist heute bereits Standard, dass im Fall der Adipositas die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und psychologische Hilfe mit eingebunden werden. In extremen Einzelfällen kann man diese Maßnahme aber nur unterstützen. Dabei muss jedoch auf die Einhaltung von Qualitätsstandards geachtet werden; psychosoziale Hilfe darf nur von ausgewiesenen Fachkräften geleistet werden. Unter diesen Bedingungen ist diese Maßnahme aber sehr sinnvoll – nicht ohne Grund hat sie sich bereits in einigen aktuellen Programmen bewährt. Wichtig ist zum Beispiel auch, dass die Betroffenen eine andere Einstellung zu ihrem Körper bekommen.“

Auch dieses Item wurde den Experten ein zweites Mal zur Abstimmung vorgelegt, wobei eine geringfügige Revision der Formulierung vollzogen wurde. Die Experten votierten nun durchgängig positiv. Nach der klärenden Diskussion und der konzeptionellen Revision wurde die Maßnahme mit 8.4 Skalenpunkten (Range: 4) an die zweite Position gewählt.

Tab. 6: Wie sinnvoll sind die folgenden Maßnahmen zur Absicherung therapeutischer Erfolge?

Item	1. Delphi-Runde			2. Delphi-Runde *)		
	arith. Mittel	Range	Minderheiten-votum	arith. Mittel	Range	Minderheiten-votum
Weiterentwicklung des Weight-Watcher-Modells (um "Bewegung"), Anpassung für Kinder und Jugendliche und Kostenübernahme bei erwiesener Compliance durch Krankenkassen und -versicherungen	3.8	8	-	-	-	-
Förderung von Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von Adipösen	-	-	-	9.5	1	-
Bereitstellung von professioneller Hilfe bei Adipösen mit psychosozialen Problemen	6.3	7	-	-	-	-
Die wunschgemäße Bereitstellung von professioneller Hilfe für Adipöse mit psychosozialen Problemen	-	-	-	8.4	4	-

*) In der zweiten Runde wurden nur Items abgefragt, die in der ersten Runde nicht konsensfähig waren.

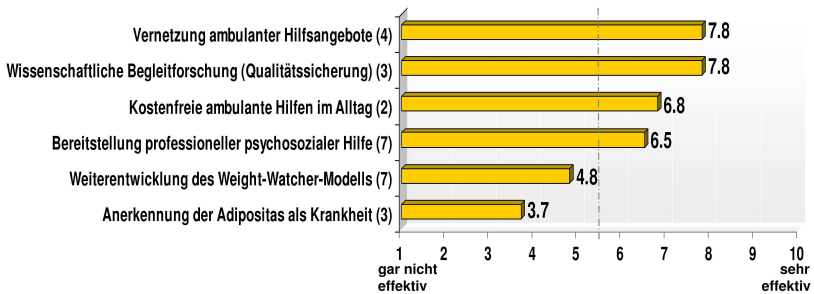
3.3.3 Die Effektivität der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Förderung therapeutischer Bemühungen

Wie im Falle der Präventivmaßnahmen ähneln sich auch bei den Empfehlungen zur Förderung der therapeutischen Ansätze die Beurteilungen zur Sinnhaftigkeit und Effektivität der Handlungsoptionen auffallend stark.

Als besonders effektiv beurteilten die Experten die Vernetzung ambulanter Hilfsangebote und die wissenschaftliche Evaluation (jeweils Skalenwert 7.8; Range: 4 bzw. 3). Im deutlich positiven Bereich rangieren daneben niedrigschwellig erreichbare, kostenfreie, ambulante Hilfen im Alltag sowie die Bereitstellung professioneller psychosozialer Hilfen, wobei die letztgenannte Maßnahme stark variierende Bewertungen hervorrief (Range: 7), und zwar aus denselben Gründen wie im vorangegangenen Kapitel.

Als weniger effektiv werden lediglich die Anerkennung der Adipositas als Krankheit (Skalenmittelwert 3.7, Range: 3) und die Ausweitung und Anpassung des Weight-Watcher-Modells (4.8 Skalenpunkte) angesehen. Letztere rief erneut erheblichen Dissens unter den Delphiteilnehmern hervor (Range: 7).

Die Weight-Watcher-Philosophie müsse nicht nur um den Faktor Bewegung erweitert und an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendliche angepasst werden – zentral für die Beurteilung ihrer Effektivität sei ihre wissenschaftliche Evaluation im Vergleich zu anderen, professionellen Projekten. Ferner sei eine Umstellung der Gruppenleitung auf ausgewiesene Professionals dringend geboten.

Abb. 6: Beurteilung der Effektivität von Therapiemaßnahmen

ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008; in Klammern: Spannweite der Urteile

Wie im Bereich der Präventivmaßnahmen wurde zusätzlich zur Einschätzung der Effektivität die subjektive Urteilssicherheit der Experten erfragt, mit dem Ergebnis, dass diese sich in der Mehrheit der Fälle (in 17 von 24) ihres Urteils sicher oder sehr sicher waren. Besonders sicher waren sich die Experten in Sachen Weight-Watcher-Modell, besonders unsicher bei der Anerkennung der Adipositas als Krankheit.

Infolge der breiten Debatte, die sich um die Sinnhaftigkeit der einzelnen Empfehlungen drehte, und der Ähnlichkeit der beiden Dimensionen „Sinnhaftigkeit“ und „Effektivität“ verzichtete der Moderator, Professor Renn, auf eine erneute Diskussion der beiden Items, die sich als strittig erwiesen.

3.3.4 Wie gut sind die vorgeschlagenen Maßnahmen umsetzbar?

Verglichen mit den Urteilen zur Sinnhaftigkeit und Effektivität, zeichnen die Expertenurteile, wenn es um die Frage nach der Umsetzbarkeit der Maßnahmen geht, ein eher zurückhaltendes Bild: Wurden die Vorschläge zur Vernetzung und Evaluierung der Hilfs-

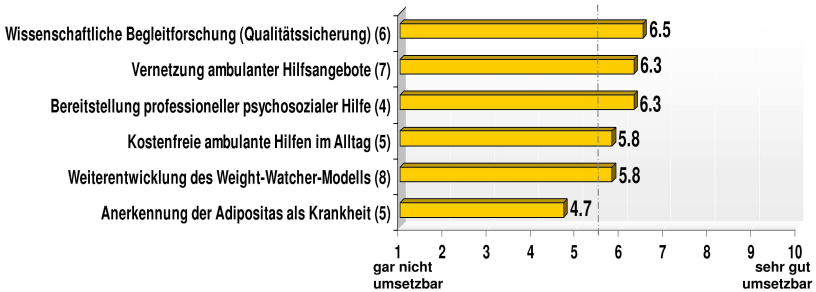
angebote hinsichtlich ihrer Effektivität und Sinnhaftigkeit vergleichsweise einheitlich mit nahezu 8 Skalenpunkten goutiert, so fallen, wenn es um die Umsetzung der Maßnahmen geht, sehr heterogene (Range: 6 bzw. 7 Skalenpunkte) und nur mäßig optimistische Einschätzungen auf (Skalenpunkte 6.5 bzw. 6.3).

In der Diskussion wurde unterstrichen, dass Strukturen zur Vernetzung von Präventions- und therapeutischen Maßnahmen mit dem Ziel, kommunale Gesundheitskonferenzen einzuberufen, schon angelegt seien. Diese Konferenzen haben den Auftrag der Koordination, der Vernetzung und Entwicklung von Gesundheitszielen auf kommunaler Ebene. Von Ausnahmen abgesehen, haben sich diese Konferenzen bisher aber nicht des Themas Adipositas angenommen. Bei anderen Akteuren – etwa den Kostenträgern im Gesundheitswesen – bestehe das Problem, dass diese in Konkurrenz zueinander stehen, ein Umstand, der Kooperation und Vernetzung vereitle. Auch die Grenzen von Wettbewerbs- und Sozialrecht seien einer kooperativen Vernetzung nicht förderlich, und zwar gleichgültig, ob es sich um präventive oder therapeutische Aufgaben handelt. Die dadurch entstehende, nachhaltigen Effekten hinderliche ‚Projektitis‘ sei eine logische Konsequenz dieser Strukturen und leider auch in Zukunft zu erwarten. *„Der Bereich Kinder und Jugendliche ist ein ‚dankbares‘ Aufgabenfeld für viele Träger und Institutionen. Die machen dann etwas Kurzfristiges und Unkoordiniertes ohne jede Chance auf nachhaltige Folgen.“* Besonders wichtig sei deshalb die Überprüfung und Zertifizierung von Produkten, Projekten und Maßnahmen durch Verbraucherverbände und assoziierte Institutionen, etwa die Stiftung Warentest, um gezielt nur solche Maßnahmen zu fördern, für deren Effektivität es ernstzunehmende Anhaltspunkte gibt. Ziel muss sein, nur noch zu fördern, was evidenzbasiert ist. Damit sollte längerfristig auch das oftmals beklagte Expertendilemma an Boden verlieren, wenn es beispielsweise um Ernährungsempfehlungen oder Diäten geht.

Eine Vernetzungsmöglichkeit biete die *„Plattform Ernährung und Bewegung“*. Diese sei zwar sowohl auf Bundes-, Landes- und auf der kommunalen Ebene tätig, umfasse aber zu wenige adipositasrelevan-

te Disziplinen und werde – anders als die von ihr durchgeführten Projekte – selbst nicht evaluiert.

Abb. 7: Beurteilung der Umsetzbarkeit von Therapiemaßnahmen



ZIRN: Adipositasprojekt: Ergebnisse eines Expertendelphi vom 5.5.2008; in Klammern: Spannweite der Urteile

Besonders schlecht schneidet in punkto Umsetzbarkeit erneut die Anerkennung der Adipositas als Krankheit ab und zwar ungeachtet der Tatsache, dass zur Feststellung des Krankheitswertes Strukturen, Akteure und Prozeduren klar definiert sind.

Infolge der entstandenen Zeitnot war es nicht mehr möglich, diese Punkte, aber auch die Heterogenität im Antwortverhalten im Plenum zu diskutieren. Einen Hinweis auf die ausgeprägte Zurückhaltung bei der Chance der Umsetzung von Maßnahmen gewährt der folgende Abschnitt.

3.3.5 Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?

Anders als bei den Präventivmaßnahmen, die großteils als Querschnittsaufgaben verstanden wurden, dominiert, wenn es um die Unterstützung therapeutischer Bemühungen geht, eine einzige Akteursgruppe: Die Kostenträger des Gesundheitswesens. Selbst die

politischen Institutionen treten demgegenüber in den Hintergrund: In die Verantwortung der Bundespolitik wird allenfalls die Aufgabe der wissenschaftlichen Begeleitforschung und Projektevaluation gelegt, bei Ländern und Kommunen die Verantwortlichkeit für die Vernetzung von Hilfsangeboten gesehen, wohingegen die Bedeutung der EU nur noch marginal ist. Gleiches gilt für die Industrie.

Aus der Perspektive der einzelnen Maßnahmen wird nur die Vernetzung von Hilfen vom Gros der Delphiteilnehmer als echte Querschnittsaufgabe erkannt, für deren Bewältigung mehrere Akteure in Frage kommen. Die Mehrzahl der Aufgaben wird eher diffus verteilt, zumeist jedoch mit klarer Schwerpunktsetzung bei den Krankenkassen oder -versicherern. Die wenigen Nennungen, die sich um den Weight-Watcher-Ansatz ranken, lassen eine gewisse Ratlosigkeit erkennen, wer sich dieses Themas annehmen soll – die Idee einer Übernahme und Fortentwicklung des Konzepts unter der Regie der Kostenträger im Gesundheitswesen fand bei den Experten keine überzeugende Unterstützung.

Tab. 7: Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen zur Absicherung therapeutischer Erfolge verantwortlich?

Item	Bund	Länder	Kommunen	Industrie	Wohlfahrtsverbände	Krankenkassen/Versicherungen	EU
Vernetzung niedrigschwellig erreichbarer ambulanter Hilfsangebote (Medizin, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Psychotherapie, Familienhilfe etc.)							
Anerkennung der Adipositas als Krankheit und Übernahme der Therapiekosten durch Krankenkassen und -versicherungen bei erwiesener Compliance							
Stabilisierung von Therapieerfolgen (Gewichtsreduktion) im Alltag durch kostenfreie ambulante Hilfen							
Weiterentwicklung des Weight-Watcher-Modells (um "Bewegung"), Anpassung für Kinder und Jugendliche und Kostenübernahme bei erwiesener Compliance durch Krankenkassen und -versicherungen							
Bereitstellung von professioneller Hilfe bei Adipösen mit psychosozialen Problemen							
Wissenschaftliche Begleitforschung zur Messung der Effektivität von Präventions- und therapeutischen Maßnahmen (Qualitätssicherung)							

*) Die Augenzahl symbolisiert die Anzahl der Arbeitsgruppen, die die entsprechende Institution in der Verantwortung für die Umsetzung einer bestimmten Maßnahme sehen.

3.4 Institutionelle Beiträge zur Bearbeitung des Adipositasproblems

In einer abschließenden Frage wurden die anwesenden Experten gebeten, bezüglich jeder der 10 im Delphi vertretenen Institutionen Maßnahmen vorzuschlagen, die von der jeweiligen Institution zur Lösung des Adipositasproblems beitragen können.

Diese Frage wurde in beiden Delphi-Runden vorgetragen. In der ersten Delphi-Runde rief diese „Schlaraffenlandfrage“ ein breites Sammelsurium von Vorschlägen mit einer Vielzahl potentieller Maßnahmen hervor, sei es, dass diese als notwendig, sinnvoll oder einfach nur als wünschenswert angesehen wurden. Die anschließende Diskussion im Plenum rief daher vor allem die VertreterInnen der Adressaten dieser Handlungsoptionen auf den Plan. Aus ihrer beruflichen Expertise aber auch vor dem Hintergrund der jeweiligen institutionellen Eigenlogiken und Restriktionen heraus versuchten sie, die insgesamt 77 unterbreiteten Vorschläge auf ihre Wirksamkeit und Umsetzungschancen hin abzuklopfen. Einige der Vorschläge wurden präzisiert, rund ein Drittel verworfen. Von den verbleibenden Vorschlägen zielt der Löwenanteil auf Prävention, wobei aber vor allem solche Wünsche, die sich nicht auf einen konkreten Zuständigkeits- oder Verantwortungsbereich beziehen und keine institutionellen „Anwälte“ auf den Plan riefen, vergleichsweise geringe Triftigkeit reflektieren.

Tab. 8a: Von der Medizin gewünschte Beiträge

Pflichtuntersuchungen verstärken (J1)
Eltern einbeziehen
Fortbildung intensivieren

Dies wird bereits bei der ersten Institution – der Medizin – erkennbar: Die Ärzteschaft selbst wird nicht in der Lage sein, Pflichtuntersu-

chungen zu „verstärken“, allenfalls der Gesetzgeber könnte ihre Verbindlichkeit regeln, mit Kontrollen und Sanktionen ausstatten. Nicht weniger problematisch ist der vorgetragene Wunsch, die Medizin solle, wenn es um übergewichtige Kinder und Jugendliche geht, die Eltern in die Problemlösung mit einbeziehen. Die im Vorfeld durchgeführten Experteninterviews zeigen, dass, von Ausnahmen abgesehen, die Eltern selbst Teil des Problems sind und in bestimmten sozialen Milieus eher zu dessen Verschärfung als zu seiner Lösung beitragen. Oftmals fehlt es an Problembewusstsein oder Einsicht in die Bedeutung adäquater Ernährung oder einer aktiven Freizeitgestaltung für die Kinder. Nicht selten wird ein adipogener Lebensstil durch das elterliche Vorbild an die Kinder weitergegeben. In anderen Fällen werden ausgeprägte Erosionstendenzen der Familie sichtbar, die – aus den verschiedensten Gründen – dazu führen, dass Kinder und Jugendliche vorwiegend sich selbst überlassen sind, mit der Gefahr, Sozialisationsdefizite und damit zusammenhängend deregulierte Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten zu entwickeln.

Realistisch erscheint nur der letztgenannte Vorschlag, durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen das Bewusstsein für die juvenile Adipositas und geeignete Lösungsansätze innerhalb der Ärzteschaft zu stärken.

Den Kostenträgern im Gesundheitswesen, aber auch allen übrigen Versicherungen, wurde ein ganzes Bündel von Maßnahmen zur Problembearbeitung ins Stammbuch geschrieben, wobei die Finanzierung von Präventivmaßnahmen ganz oben ansteht, und zwar ungeachtet der von den Kassen- und Krankenversicherungsvertretern ins Feld geführten Tatsache, dass für Präventivmaßnahmen nur sehr bescheidene Mittel zur Verfügung stehen: Der Gesetzgeber verpflichtet die Kostenträger, je Jahr und Versichertem 2,74€ für Prävention auszugeben. Der medizinische Dienst des Spitzenverbandes „*Bund der Krankenkassen*“ hat errechnet, dass 2006 von den Krankenkassen 3,30€ je Versichertem für Präventionsaufgaben ausgegeben worden sind. Es verstehe sich von selbst, dass sich aus diesen Beträgen gesundheitsrelevante Probleme von nationaler Tragweite nicht adäquat lö-

sen lassen. Diese Aufgabe sei allenfalls durch ein Bündnis mehrerer Institutionen zu schultern.

Tab. 8b: Von Krankenkassen und -versicherern sowie von der Versicherungsbranche allgemein gewünschte Beiträge

Aus unserer Sicht am wichtigsten: Finanzierung der Prävention
Prävention und Therapie nur durch Experten (gezielte & effektive Maßnahmen)
Qualitätssicherung / Evaluation der Maßnahmen
Keine Risikozuschläge für Adipöse

Die Krankenkassen könnten durch die Finanzierung empirischer Forschung mit dazu beitragen, dass nicht nur die Ursachen für die Adipositas, sondern auch die Präventiv- und therapeutischen Maßnahmen auf eine fundierte Basis gestellt werden – ein Anliegen, an dem auch die Kassen selbst interessiert sind. Um eine weitere Diskriminierung korpulenter Menschen zu vermeiden, wurde indes von Risikozuschlägen bei Vorliegen von Übergewicht abgeraten, ein Vorschlag der ungeteilte Zustimmung hervorrief.

Mit einem ganzen Bündel von Vorschlägen wurde die Lebensmittelindustrie bedacht. Allen voran wurde die bereits im Delphi-Prozess diskutierte Forderung nach einer verbraucherfreundlichen Kennzeichnung von Nahrungsmitteln erneut aufgegriffen: Von der Industrie wird erwartet, sich kooperativer zu verhalten und sich – zusammen mit anderen Interessengruppen – an der Entwicklung eines geeigneten Kennzeichnungssystems zu beteiligen. Diese Forderung schließt die ehrliche und vollständige Deklaration der Zutaten und Nährstoffe ein. Insgesamt soll auf diese Weise mehr Transparenz bei den Lebensmitteln erzielt werden.

Hinsichtlich der Kennzeichnungsforderung wurde kritisch entgegengehalten, dass es zwar einer Kennzeichnung bedürfe, es aber nicht Aufgabe der Industrie sei und sein dürfe, über das Wie der Kennzeichnung mitzubestimmen; diese Gegenposition favorisierte – wie schon im Delphi-Prozess – eine einheitliche und verbindliche staatliche Regelung.

Tab. 8c: Von der Lebensmittelindustrie gewünschte Beiträge**Mehr Kooperation von Seiten der Industrie**

Die Lebensmittelindustrie sollte sich an der Entwicklung einer verbraucherfreundlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln mit allen Interessengruppen beteiligen.

Ehrliche und vollständige Deklaration der Zutaten und Nährwerte

Qualitätssicherung und Transparenz

Kennzeichnung ja, aber in welcher Art ist nicht Aufgabe der Industrie

XXL-Portionen wieder abschaffen

Breite/Vielfalt des Angebots

Verantwortungsvolle Werbung

Andere Vorschläge, die auf eine verantwortliche Werbung, den Verzicht einer Rabattierung großer Mengen (XXL-Mengen) oder auf eine möglichst große Produktvielfalt zielen, berühren den Kern von Codes und Programmen des ökonomischen Systems – Gewinnmaximierung – weswegen ihre Realisierbarkeit skeptisch beurteilt wurde.

Die Politik solle sich stärker als bisher ihrer Kernaufgabe, für verbindliche Rahmenbedingungen zu sorgen, verpflichtet fühlen. Dies schließt die Kennzeichnung von Lebensmitteln ebenso ein, wie die Postulierung von Präventions- und Gesundheitszielen. Ferner sei es Aufgabe der Politik, der Forschung auf dem Gebiet von Übergewicht und Adipositas höhere Priorität als bislang einzuräumen und konkrete Projekte – wie etwa am Beispiel der Plattform Ernährung und Bewegung – stärker zu fördern.

Ein Problem wird darin gesehen, dass notwendige Kooperationen – und damit eine bessere Vernetzung von Kampagnen und Projekten – dort verhindert werden, wo die Politik bewusst Institutionen in eine Wettbewerbssituation bringe, wie etwa die Krankenkassen.

Tab. 8d: Von der Politik gewünschte Beiträge

Rahmenbedingungen schaffen
Kennzeichnung muss geregelt sein
Setzung von Präventions- und Gesundheitszielen
Politische Unterstützung von Projekten (wie etwa der Plattform Ernährung und Bewegung)
Höhere Priorität für Forschung
(Von der Politik gewollter Wettbewerb verhindert z.T. Kooperation und Vernetzung)

Die öffentliche Verwaltung solle sich verstärkt der Umsetzung von Gesundheitszielen widmen, wozu die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zähle, vor allem aber die gezielte Förderung, Koordination und Vernetzung von Projekten, die sich als effektiv bei der Prävention oder Bekämpfung der juvenilen Adipositas erwiesen haben. Falls erforderlich, solle die Verwaltung auch neue Projekte initiieren. Mit Blick auf eine verantwortliche Mittelverwendung sei dabei einerseits die selektive Förderung evidenzbasierter Maßnahmen wichtig, zum anderen die Evaluation von Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität (Qualitätsmanagement). Schließlich sollen KITAs und Schulen zu einem gesunden Setting ausgebaut werden, ein Postulat, das bereits im Delphi aufgegriffen und diskutiert worden war.

Tab. 8e: Von der öffentlichen Verwaltung gewünschte Beiträge

Wichtigster Punkt: Gezielte Auswahl, Koordination und Vernetzung von effektiven Maßnahmen statt 'Projektitis'
Umsetzung von Gesundheitszielen/Rahmenbedingungen; falls erforderlich: Initiierung von Maßnahmen
Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes
Umsetzung von zielorientierten Qualitätsmaßnahmen
Ausbau von Kita/Schule als gesundes Setting

Von den Verbraucherverbänden wurde insgesamt mehr Einmischung, Informationen und Aufklärungsarbeit gewünscht, aber auch ein stärkerer Beitrag zur nahrungsmittelbezogenen Qualitätssicherung im Rahmen von Produkttests. Darüber hinaus sollen sich die Verbraucherverbände in die Koordination und Vernetzung von Er-

folg versprechenden Projekten zur Adipositasbekämpfung einklinken.

Tab. 8f: Von den Verbraucherverbänden gewünschte Beiträge

Mehr Einfluss nehmen

Qualitätssicherung für Produkte / Dienstleistungen (z.B. Stiftung Warentest)

Information und Aufklärung

Koordination und Vernetzung

Nur ein einziger Vorschlag richtete sich an die Finanzdienstleistungsunternehmen: Einen Fonds mit gesunden Lebensmitteln einzurichten; allerdings wurde betont, dass es einen Fonds, der gesunde Lebensmittel enthalte, bereits gebe. Da sich das Thema Adipositas weder auf Seiten der Anleger noch in der Industrie als marktrelevant herausgestellt habe, seien die Möglichkeiten und Chancen der Marktintervention derzeit recht gering, was jedoch keine Prognosen für die Zukunft erlaube.

Tab. 8g: Von Finanzdienstleistern gewünschte Beiträge

Einrichtung Fonds gesunder Lebensmittel = umstritten! (einen Fonds gesunder Lebensmittel gibt es bereits)

Von den Ernährungswissenschaften werden nicht nur verstärkte Forschungsanstrengungen erwartet, sondern insbesondere die Einbindung der Projekte in multi- oder interdisziplinären Kontext, der etwa auch das Setting von Mahlzeiten, Ernährungsstile oder die Psychologie von Hunger und Sättigung umfasst, sowie die konkrete Umsetzung ihrer Erkenntnisse in Richtlinien und öffentlichkeitswirksame Aufklärungsarbeit. Die forcierte Kommunikation empirisch belastbarer, „evidenzbasierter“ Erkenntnisse könnte dem verbreiteten Expertendilemma in den Ernährungswissenschaften vorbeugen, so die Hoffnung.

Tab. 8h: Von der Ernährungswissenschaft gewünschte Beiträge

An sozialen Realitäten orientierte, multidisziplinäre Forschung Richtlinienerstellung Aufklärung (evidenzbasiert); Vermeidung der Kommunikation widersprüchlicher Informationen
--

Ähnliche Wünsche wurden auch in Richtung der Ernährungsberater laut: Stärker als bisher solle auf eine solide Ausbildung und Zertifizierung geachtet werden. Entsprechend der Einbindung von Ernährung in einen gesellschaftlichen Kontext – Setting, Stile etc. – wird auch von den Ernährungsberatern eine interdisziplinäre Öffnung erwartet. Unter diesen Bedingungen sei die geforderte kompetente, unabhängige und alltagstaugliche Aufklärung und Beratung zu leisten.

Tab. 8i: Von Ernährungsberatern gewünschte Beiträge

Unabhängige und kompetente Aufklärung und Beratung Zertifizierung der Ernährungsberater Information: Vernetzung mit anderen Berufsgruppen
--

Zu guter Letzt wurde an die Kommunikationsbranche die Anregung herangetragen, mehr Verantwortung zu übernehmen, sich von manipulativen Werbesemantiken zu distanzieren und stattdessen auf kommunikativem Weg der Vernetzung von Projekten aber auch von Interessengruppen, die adipositasrelevante Fragestellungen bearbeiten, Vorschub zu leisten.

Tab. 8j: Von der Kommunikationsbranche gewünschte Beiträge

Kooperationsprojekte anregen mit Zivilgesellschaft, Politik Verantwortungsvollere Kommunikation
--

Aus methodenkritischer Sicht ist diese abschließende, offene Frage ambivalent zu beurteilen: Auf der einen Seite eröffnet sie die Chance

für innovative Vorschläge. Auf der anderen Seite verdeutlicht die Auflistung der geäußerten Handlungsempfehlungen, dass diese kaum über das bekannte Spektrum an Präventiv- oder therapeutischen Maßnahmen hinausreichen. Anders als in den vorangegangenen Fragen, in denen wissenschaftlich fundierte Maßnahmen zur Einschätzung vorgelegt wurden, die den Delphi-TeilnehmerInnen bereits bekannt waren, evozierte die abschließende, offene Frage eher ein Portefeuille von Optionen, die ad hoc als sinnvoll oder wünschenswert erschienen, jedoch ohne hinreichende Reflektion ihrer Angemessenheit, Umsetzbarkeit oder Effektivität vorgetragen wurden, wie etwa die Bitte an die Industrie, auf XXL-Packungsgrößen zu verzichten.

4 Zusammenfassung und Fazit

Aufgrund einiger semantischer und sachlicher Klärungen aber auch infolge innovativer Aspekte, die gewonnen wurden, kann unser Expertendelphi als Erfolg gewertet werden. Kritisch anzumerken ist Zeitnot, die wegen einer ausgiebigen Diskussion um die Sinnhaftigkeit von Präventiv- und therapeutischen Maßnahmen entstanden war, mit der Folge, dass einige umstrittene Themen nicht mehr zur Aussprache kamen.

Gleichwohl konnten einige wertvolle Einsichten gewonnen werden, und zwar auf unterschiedlichen Ebenen. Vor allem die unterbreiteten Präventionsmaßnahmen riefen unter den Delphiteilnehmern erheblichen Dissens hervor, der nur teilweise durch semantische Unklarheiten oder sachliche Einwände erklärbar ist. Auf einer Metaebene spiegelt er wieder, was Luhmann (1986: 83) als (sub-)systemspezifische Codes, Programme und Schließungsprozesse beschrieben hatte: Institutionelle Interessen, Positionen und Strategien, die am Thema der juvenilen Adipositas zum Ausdruck kommen und zu teilweise gegensätzlichen Einschätzungen und Urteilen führen. Ihre leichtfertige Aufgabe kann, das verdeutlicht sein Ansatz ebenso, für die beteiligten Institutionen und ihre Protagonisten sehr nachteilige, vielleicht sogar bestandskritische Folgen nach sich ziehen. Dies zeigte sich auch in manchen Arbeitsgruppen, in denen es bei bestimmten Maßnahmen trotz intensiver Diskurse nicht zu einem einheitlichen Votum gekommen war.

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter präsentieren sich als vielschichtige Themen, die mit lukrativen Geschäftsfeldern konfundiert sind: Mit Ernährung, Gesundheit, Fitness, aber auch mit möglichen Folgekosten, um deren Trägerschaft in Politik und Gesellschaft ebenso gerungen werden kann wie in unserem Expertendelphi. Gleichwohl wäre die Schlussfolgerung voreilig, von der Methode des Expertendelphi bei sehr strittigen Themen, sehr hetero-

gen zusammengesetztem Teilnehmerkreis und hochgradig institutionell festgelegten, wenn nicht verhärteten Positionen Abstand zu nehmen. Selbst im vorliegenden Fall war es, wenn auch mit erheblichem Diskussionsaufwand, gelungen, semantisch unscharfe Positionen zu klären, zur konzeptionellen Präzisierung von Empfehlungen beizutragen und innovative Aspekte herauszuarbeiten. Dass es bei der Beurteilung der Sinnhaftigkeit von Präventivmaßnahmen und Ansätzen zur Unterstützung therapeutischer Erfolge sogar zu einer erheblichen Reduzierung der Spannweite von Urteilen gekommen ist – und zum Verschwinden von Minderheitenvoten – mag überraschen und Hoffnungen auf die überzeugende Kraft von (herrschaftsfreien) Diskursen (Habermas 1983 und 1991) wecken. Dabei darf freilich nicht übersehen werden, dass im vorliegenden Fall keine verbindlichen Entscheidungen zur Disposition standen. Realistischerweise wird man mit umso härteren Auseinandersetzungen und einer limitierten Wirkung diskursiver Überzeugungsversuche rechnen müssen, je konkreter Forderungen gefasst werden, vor allem aber, sobald verbindliche Regelungen getroffen und umgesetzt werden sollen. Der alles in allem positiven Erfahrung in dem Expertendelphi zum Trotz, dürften einvernehmliche Lösungen wenig wahrscheinlich sein, vor allem wenn es um ernährungsbezogene Maßnahmen geht, beispielsweise bei der Kennzeichnung von Lebensmitteln, bei Werbeverböten oder wenn eine Verbannung hochkalorischer Speisen und Getränke aus Schulen und KITAs umgesetzt werden soll.

In diesen Punkten unterscheiden sich die zu beurteilenden Maßnahmen im Fragebogen unseres Expertendelphi teilweise erheblich von inhaltlich zwar weitgehend übereinstimmenden, jedoch vage formulierten Vorschlägen, wie sie in Positionspapieren der IOTF (2002), der AGA (2008) oder aber im „Nationalen Aktionsplan“ zur Prävention von Übergewicht (BMELV und BMG 2008) zu lesen sind. Zwar hat sich mittlerweile die Erkenntnis durchgesetzt, dass die juvenile Adipositas im Kern auf einem adipogenen Umfeld (IOTF 2002: 8), seiner kulturellen Rahmung und institutionellen ‚Absicherung‘ beruht, in dem junge Menschen aufwachsen – ein Umstand, der zur Einsicht in die Notwendigkeit interdisziplinärer und multilateraler Präventions-

und Interventionsstrategien geführt hat (vgl. AGA 2008: 23 und 30; BMELV und BMG 2008: 11 und IOTF 2002: 8). Dessen ungeachtet lädt das Thema zur Formulierung breitgefächerter, blumiger und inhaltlich vager Maßnahmen ein.² *„Schulische Gesundheitsförderung...“* heißt es beispielsweise im Nationalen Aktionsplan, *„leistet einen Beitrag zur Entwicklung und Verbesserung schulischer Qualität. Bedeutsam ist, dass an Schulen ganzheitliche Konzepte zur Gesundheitsförderung entwickelt und in das Schulprogramm integriert werden. Ganzheitlich in der schulischen Gesundheitsförderung bedeutet, ... dass in einem integrierten Konzept alle Inhalte der Gesundheitsförderung, wie z.B. Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, zusammengeführt werden. ... Zudem lassen Maßnahmen der Öffnung der Schule schulspezifische Profilierung, ergänzende Angebote und vielfältige Kooperationsbeziehungen, z.B. im Sport- und Bewegungsbereich zu.“* (BMELV und BMG 2008: 25) In dieser Aussage werden begriffliche Erläuterungen und mögliche Handlungsoptionen angedeutet. Was fehlt, ist die operationale Umsetzung von Vorschlägen in konkrete Maßnahmen, wie etwa die oben geforderte Ausweitung des Schulsports auf zwei Doppelstunden wöchentlich oder aber eine attraktivere Umgestaltung des Schulsports – Trendsportarten statt Geräteturnen (Zwick 2008: 30) – mitsamt der Aufgabe bzw. Relativierung der Benotung am BMI, *„damit übergewichtige Kinder keine demoralisierenden Erfahrungen mit Sport machen.“* (ebd.)

² So ist mit dem „Nationalen Aktionsplan“ nicht etwa beabsichtigt, steigenden Anteilen übergewichtiger oder adipöser Personen mit Gesetzesinitiativen und entschiedenen Maßnahmen gegenzusteuern. Stattdessen versteht sich der Nationale Aktionsplan – viel bescheidener und unverbindlicher –, *„als ein dynamisches Instrument des Dialogs, der mit allen relevanten Akteuren umgesetzt und weiterentwickelt werden muss. Die Bundesregierung stößt mit ‚In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung‘ die notwendigen Veränderungen an.“* (BMELV und BMG 2008: 14) Weiter heißt es in dem Papier: *„Die mit der Verabschiedung des Nationalen Aktionsplans gestartete Kampagne wird weiterentwickelt ... Damit die Kampagne zu einer echten Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung wird, ist das gesellschaftliche Engagement aller gesellschaftlichen Akteure entscheidend.“* (ebd.: 51)

Gleiches gilt sinngemäß für den Bereich Ernährung. Auch hier ist es weder mit der Proklamation eines „*Handlungsfeldes ‚Information über Ernährung, Bewegung und Gesundheit‘*“ getan (BMELV und BMG 2008: Kap. 2.2) noch mit der Larmoyanz der IOTF über eine verwirrende Lebensmittelkennzeichnung (2002: 12) oder die Bewerbung von Kindern mit fragwürdigen Lebensmitteln: „*Currently children are the focus of TV advertising, school vending machines and other marketing approaches... targeting of the young, including preschool children, to consume inappropriate foods and drinks.*“ (IOTF 2002: 5). Ein effektives Gegensteuern würde bedeuten, klare Normen für die Bewertung von Lebensmitteln zu formulieren, politisch durchzusetzen und in einem weiteren Schritt Werbeverbote sowie den Vertrieb dieser Produkte in öffentlichen Gebäuden zu untersagen. In unserem Datenmaterial genoss das englische Ampelsystem wegen seiner Klarheit und Verständlichkeit, aber auch infolge seiner einfachen operationalen Umsetzbarkeit klare Priorität³: Auf die Kennzeichnung und Etikettierung hochkalorischer Lebensmittel mit mehr als 10 Gewichtsprozenten Zucker oder 20 Gewichtsprozenten Fett lassen sich sowohl Werbe- als auch Verkaufsverbote in öffentlichen Gebäuden aufbauen, und es bedarf wenig Phantasie, sich vorzustellen, dass, unabhängig von der öffentlichen Wahrnehmung und Wirksamkeit dieser Maßnahmen, die Nahrungsmittelindustrie selbst Anstrengungen unternehmen würde, durch optimierte Produkte ein ‚Rote-Punkte-Image‘ zu vermeiden.

Ein hoher, unseres Erachtens jedoch unrealistischer Stellenwert wird in den AGA-Leitlinien der Institution Familie eingeräumt, wenn es um die Bearbeitung von juvenilem Übergewicht oder Adipositas geht. Dort heißt es: „*Bei der Ernährungsumstellung sollte die Familie mit einbezogen werden, da dies die Langzeitcompliance der Patienten fördert.* (2008: 30) ... „*Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität soll-*

³ In den Leitlinien der AGA heißt es hierzu: „*Mit dem Ampelsystem können ... Änderungen im Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen erzielt werden... Die Anwendung des Ampelsystems ist eine effektive Maßnahme im Rahmen der Gewichtsreduktion.*“ (2008: 29) Ähnlich argumentieren IASO und EASO (2006:9)

ten durch das soziale Umfeld unterstützt werden... Die Unterstützung durch Eltern, Mitschüler und Lehrer trägt dazu bei, positive Effekte der Bewegungstherapie langfristig zu sichern.“ (2008: 35f) Kein Wort wird allerdings darüber verloren, dass die Familien oftmals selbst Teil des Problems sind und häufig weder Problembewußtsein besitzen noch zu Commitment bereit sind, ein Sachverhalt, der allenfalls im Papier der Iaso und EASO (2006: 8) anerkannt wird. Dies gilt vor allem für die besonders betroffene Gruppe von Familien mit Migrationshintergrund: Die Frage, über welche Kanäle dieser Personenkreis angesprochen, sensibilisiert und womöglich auch zur Mitwirkung motiviert werden kann, bleibt sowohl im Nationalen Aktionsplan als auch in den Papieren der AGA und der IOTF ausgeblendet. Das gemeinsame Papier der Iaso und EASO erwähnt ‚ethnischen Minoritäten‘ en passant (2006: 4), wohingegen das Problem der Erreichbarkeit von Personen mit Migrationshintergrund in unserem Expertendelphi explizit aufgeworfen und diskutiert wurde: Der Vorschlag, Studien zu ihrer Erreichbarkeit durchzuführen wurde als relativ sinnvoll, effektiv und einfach umsetzbar eingeschätzt.

Mit Blick auf die divergierenden institutionellen Interessen und Strategien haben die Teilnehmer an unserem Expertendelphi hohe Erwartungen in gesetzgeberische Maßnahmen gelegt – und zugleich große Zurückhaltung und Skepsis erkennen lassen, wenn die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Diskussion stand: Die Mehrheit der unterbreiteten Vorschläge zur Prävention oder zur Unterstützung therapeutischer Strategien wurde sowohl als sinnvoll als auch potentiell effektiv eingeschätzt.⁴ Große Zweifel wurden jedoch bei der Frage der Umsetzung laut.

⁴ Die Skalenpunkte wurden wie folgt umgerechnet: Skalenpunkt 1.0-2.8 = --- 2.8-4.6 = - 4.6-6.4 = 0 6.4-8.2 = + und 8.2-10.0 = ++; bei den drei Dimensionen war eine Spannweite der Urteile von jeweils zwischen 0 und 9 Punkten möglich. Der zwischen 0 und 27 Punkten rangierende Dissens wurde in 5 gleich große Abschnitte unterteilt: 0.0-5.4 = ++ 5.4-10.8 = + 10.8-16.2 = 0 16.2-21.6 = - und 21.6-27.0 = ---

Seitens der Präventivmaßnahmen konnten lediglich die Unsicherheiten bezüglich eines nachhaltigkeitsorientierten Unternehmensrating nicht ausgeräumt werden, wohingegen alle sportbezogenen Maßnahmen und die Forderung nach einer Koordination von Maßnahmen bereits in der ersten Delphirunde hohe Zustimmung hervorriefen. In der zweiten Runde folgten die theoretische und praktische Gesundheitsförderung an Schulen und sogar das Postulat einer einfachen Lebensmittelkennzeichnung und den Verzicht, besonders energiereiche Lebensmittel in Schulen und KITAs zum Verzehr oder Verkauf anzubieten. Für den geleisteten Input spricht, dass das Gros der Präventivmaßnahmen – bei allem Dissens – den Gefallen der überwiegenden Zahl von Experten fand.

Im Übrigen dominierte bei den Experten eine pragmatische Haltung, die darin zum Ausdruck kommt, dass die Sinnhaftigkeit und Effektivität von Maßnahmen sehr ähnlich beurteilt wurden – so ähnlich, dass sich der Eindruck aufdrängt, sinnvolle Präventionsmaßnahmen sind diejenigen, die Wirksamkeit versprechen.

Ein ähnlich positives Resultat zeigt sich seitens der Maßnahmen zur Unterstützung der Therapie. Auch hier wurden die unterbreiteten Handlungsoptionen zumindest bezüglich ihrer Sinnhaftigkeit vom Gros der Experten goutiert.

Tab. 9: Bewertung von Präventionsmaßnahmen (Synopsis)

Maßnahme	Dimension			
	sinnvoll	effektiv	umsetzbar	umstritten ²
Die Aufnahme des Faches Gesundheitserziehung in die Curricula aller Jahrgangsstufen an den allgemeinbildenden Schulen	0	-	-	--
Theoretische und praktische Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe im Unterricht aller Schulen	+++			
Ausweitung des Sportangebots an allen Schulen auf 2 Doppelstunden wöchentlich	+	+	+	0
Den Verkauf von hochkalorischen Lebensmitteln in Schulen und KITAS verbieten (> 10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)	+++	0	+	--
Ausbau von wohnquartiernahen Spiel- und Sportstätten und Garantie des freien Zutritts, damit Kinder und Jugendliche bewegungsintensive Freizeitalternativen haben	++	++	0	+
Schaffung von Stellen zur Koordination von Maßnahmen der Adipositasbekämpfung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene	+	0	0	-
Durchsetzung einer leicht verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampel-System	+++	0	-	-
Durchsetzung eines Werbeverbots für hochkalorische Lebensmittel (> 10%Zucker- oder > 20% Fettanteil)	0 ¹	0	--	--
Umsetzung eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensrating, mit steigenden Kapitalbeschaffungskosten für risikoproduzierende Unternehmen (mit möglichen Einflüssen auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)	-	-	0	0
Durchführung von Studien zur Erreichbarkeit (z.B. Mediennutzung) von Kindern und Jugendlichen in Problemgruppen	+1	0	+	-

¹) 2. Delphirunde ²) ++ = unumstritten + = wenig umstritten 0 = mäßig umstritten - = umstritten -- stark umstritten

Lediglich die von den Betroffenen stark präferierte Anerkennung der Adipositas als Krankheit mit der Möglichkeit, den Kassen und Versicherungen bestimmte Kosten in Rechnung zu stellen, wurde als wenig sinnvoll abgelehnt, sowie die Option, die Weight-Watcher-Philosophie weiter zu entwickeln und sie an die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen anzupassen. In diesem Punkt wurde von den Experten ein einvernehmlicher Alternativvorschlag unterbreitet, nämlich Selbsthilfegruppen für adipöse Kinder und Jugendliche zu fördern, sofern diese unter professioneller Leitung und auf der Grundlage eines anerkannten, am besten sogar zertifizierten Konzepts operieren und sich der wissenschaftlichen Evaluation stellen. In der übereinstimmend hohen Präferenz der Experten für diese Option kann ein deutlicher Erfolg des Delphiverfahrens gesehen werden.

Tab. 10: Bewertung von Maßnahmen zur Unterstützung der Therapie (Synopsis)

Maßnahme	Dimension			
	sinnvoll	effektiv	umsetzbar	umstritten ²
Vernetzung niedrigschwellig erreichbarer ambulanter Hilfsangebote (Medizin, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Psychotherapie, Familienhilfe etc.)	+	+	o	o
Anerkennung der Adipositas als Krankheit und Übernahme der Therapiekosten durch Krankenkassen und –versicherungen bei erwiesener Compliance	–	–	o	+
Stabilisierung von Therapieerfolgen (Gewichtsreduktion) im Alltag durch kostenfreie ambulante Hilfen	+	+	o	+
Weiterentwicklung des Weight-Watcher-Modells (um "Bewegung"), Anpassung für Kinder und Jugendliche und Kostenübernahme bei erwiesener Compliance durch Krankenkassen und –versicherungen	– ¹	o	o	– –
Förderung von Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von Adipösen	++ ¹			
Bereitstellung von professioneller Hilfe bei Adipösen mit psychosozialen Problemen	o ¹	+	o	–
Die wunschgerechte Bereitstellung von professioneller Hilfe für Adipöse mit psychosozialen Problemen	++ ¹			
Wissenschaftliche Begleitforschung zur Messung der Effektivität von Präventions- und therapeutischen Maßnahmen (Qualitätssicherung)	+	+	+	o

¹⁾ 2. Delphirunde ²⁾ ++ = unumstritten + = wenig umstritten o = mäßig umstritten – = umstritten – – stark umstritten

Als kritische Punkte erwiesen sich nicht die unterbreiteten Ideen und Handlungsoptionen zur Prävention oder Unterstützung der Therapie der juvenilen Adipositas, sondern die Frage der Umsetzbarkeit und in Verbindung damit die zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten, hinter denen sich institutionelle Interessen verbergen. Eine Vernetzung der beteiligten Akteure und Institutionen zu einer einvernehmlichen Problemlösung erscheint mehr als fraglich, zumal das politische Arrangement den Wettbewerb zwischen einzelnen Institutionen sanktioniert, nicht deren Kooperation. Ob die Politik andererseits den hohen in sie gesetzten Erwartungen gerecht werden kann, die von den Experten als sinnvoll und potentiell effektiv erkannten Handlungsmöglichkeiten mit oder gegen die institutionellen Interessen durchzusetzen, wird die Zukunft zeigen. Im Kreis der von uns eingeladenen Experten konnten diesbezüglich bestehende Zweifel nicht ausgeräumt werden.

5 Danksagung

Unser Beitrag basiert auf einem anspruchsvollen sozialwissenschaftlichen Verfahren, welches erheblichen Aufwand bei der Datenerhebung und Auswertung erfordert. Ohne die Mitwirkung einer Reihe von Personen hätten weder das Expertendelphi noch die diesem Artikel zugrunde liegenden Analysen durchgeführt werden können.

Dank schulden wir deshalb den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an unserer eintägigen Gruppendiskussion, denen unser Anliegen, einen empirisch begründeten, Beitrag zum Umgang mit Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu gewinnen, wichtig genug war, um aus dem gesamten Bundesgebiet anzureisen. Im Einzelnen danken wir Friederike Ahlers, Frosta AG, Hamburg, Frau Professor Christiane Bode, Deutsche Adipositas Gesellschaft, Universität Hohenheim, Ellen Frings, IFOK, Bensheim, Dr. Christian Lahnstein, Münchener Rück, Susanne Langguth, Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde, Mannheim, Barbara Leykamm, Regierungspräsidium Stuttgart, Dr. Rüdiger Meierjürgen, Barmer Ersatzkasse, Wuppertal, Regina Merkt-Kube, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart, Angelika Michel-Drees, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin, Anja Moss, Universität Ulm, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Dr. Markus Scholand, WestLB, Düsseldorf, Claudia Ullrich, Institut für biologische Chemie und Ernährungswissenschaft, Universität Hohenheim und Axel Wilhelm, Scoris Investment Research, Frankfurt a./M.: Sie haben durch Ihr Engagement und mit Ihrer Expertise entscheidend zum Gelingen unseres Delphi beigetragen.

Unser Dank gilt ferner dem Projektkoordinator, Professor Ortwin Renn, der es mit seiner geschickten Moderation verstanden hat, die oftmals schwer vereinbaren Positionen zu hinterfragen, wenn nötig zu relativieren und drohende Blockaden zu umschiffen. Die zahlrei-

chen klaren Ergebnisse, die das Delphi hervorgebracht hat, sind seinem Moderationsgeschick maßgeblich zu verdanken.

Zu Dank sind wir des Weiteren Jürgen Deuschle und Marco Sonnberger verpflichtet, die durch ihre umsichtige Organisationsarbeit im Vorfeld und bei der Durchführung des Gruppendiskussionsverfahrens gleichfalls zu dessen Erfolg beigetragen haben.

Schließlich bedanken wir uns bei Anja Mebus, die sich wie stets mit großer Gewissenhaftigkeit der Lesbarkeit dieses Arbeitsberichtes angenommen hat.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) 2008: Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Ulm.

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2008: In Form. Der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, Berlin.

Grupp, H., Blind, K. und Cuhls, K. 2000: Analyse von Meinungsdisparitäten in der Technikbewertung mit der Delphi-Methode. In: Häder, M. und Häder, S. (Hg.), Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften – Methodische Forschungen und innovative Anwendungen, Opladen: 43-66.

Habermas, J. 1983: Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt am Main.

Habermas, J. 1991: Erläuterungen zur Diskursethik. Frankfurt am Main.

Häder, M. 1996: Zur Evaluation der Delphi-Technik. Eine Ergebnisübersicht. ZUMA-Arbeitsbericht 96/02 hg. vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim.

Häder, M. 2000: Die Expertenauswahl bei Delphi-Befragungen, ZUMA How-to-Reihe, Nr. 5, hg. vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim.

Häder, M., Häder, S. und Ziegler, A. 2005: Punkt- vs. Verteilungsschätzung: Ergebnisse eines Tests zur Validierung der Delphi-Methode. ZUMA-Arbeitsbericht 95/05, hg. vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Mannheim.

Häder, M. und Häder, S. (Hg.) 2000: Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften – Methodische Forschungen und innovative Anwendungen, Opladen.

International Association for the Study of Obesity (iaso) und European Association for the Study of Obesity (EASO) 2006: Joint response to the Commission of the European Communities Green Paper ‚Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases‘, Brüssel.

International Obesity Task Force (IOTF) 2002: Obesity in Europe. The Case for Action, London.

Lamnek, S. 2005: Qualitative Sozialforschung, Weinheim.

Luhmann, N. 1986: Ökologische Kommunikation, Opladen.

Weber, M. 1981⁶: Die Berufsethik des asketischen Protestantismus, in: Ders.: Die protestantische Ethik I, Tübingen: 115-277.

Webler, T., Levine, D., Rakel, H. und Renn, O. 1991: The Group Delphi: A Novel Attempt at Reducing Uncertainty. Technological Forecasting and Social Change, Vol. 39, No. 3: 253-263.

Zwick, M. 2008: Maßnahmen wider die juvenile Adipositas. Stuttgarter Beiträge zur Risiko und Nachhaltigkeitsforschung Nr. 9/ März 2008.

Anhang

Tagesordnung und Impulsreferat:

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen als systemisches Risiko



Expertendelphi am 05. Mai 2008
Telekom-Hotel Stuttgart

SÜF Sozial-
ökologische
Forschung

koordiniert von

ZIRN Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt Risiko und Nachhaltige Technikentwicklung
am Internationalen Zentrum für Kultur- und Technikforschung der Universität Stuttgart

 Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

© Michael M. Zwick, 05.09.2008 1

Tagesordnung

- 10:00 Begrüßung (Renn)
- 10:15 Organisatorisches (Fr. Lampke /Fr. Schnept)
- 10:25 Ablauf und Zielsetzung eines Expertendelphi (Renn)
- 10:40 Impulsreferat (Zwick)
- 11:00 Bildung der Arbeitsgruppen (nach Farben)
 - 1. Delphi-Runde
- 12:00 *Mittagspause*
- 13:00 Diskussion der Ergebnisse
- 14:00 Bildung der Arbeitsgruppen (nach Ziffern)
 - 2. Delphi-Runde
- 15:00 *Kaffeepause*
- 15:30 Diskussion der Ergebnisse
- 16:15 Fazit und Verabschiedung (Renn)

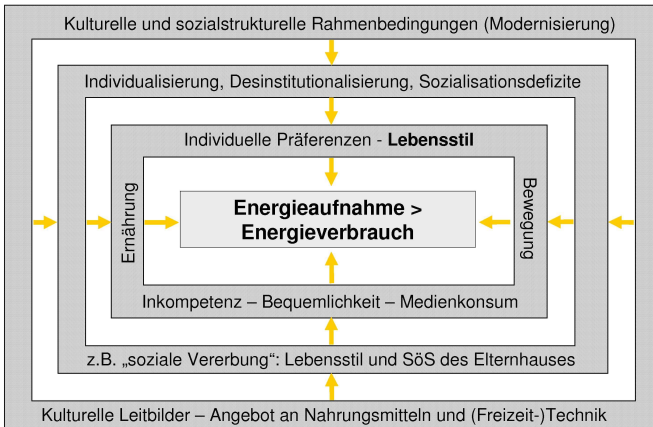
ZIRN

 **SÜF**

© Michael M. Zwick, 05.09.2008 2

ADIPOSITAS ... ALS SYSTEMISCHES RISIKO

Die gesellschaftlichen Ursachen von Adipositas



Befunde

- Adipositas hat viele Ursachen, die nicht nur im
 - persönlichen Verhalten (Kompetenzen, Präferenzen, Wahlverhalten, Lebensstil) liegen, sondern auch in den
 - institutionellen Bedingungen, (Regeln aller Art, Familie, Sozialisation, Desinstitutionalisierung), in den
 - kulturellen Bedingungen (z.B. Individualisierung, Vergesellschaftung, „Cuisine“, ästhetische und Körpernormen, Zuschreibungen und Zuweisungen von Prestige und Gütern, Leitbilder, v.a. Komfort und Bequemlichkeit), sowie in den
 - sozialstrukturellen Bedingungen unter denen Menschen leben (z.B. Überangebot an billiger Nahrung, motorisierte Bewegungshilfen, Freizeittechnik, soziale Ungleichheit, Zugang zu Bildung)
- Adipositas ist zu einer „normalen“ Begleiterscheinung aller modernen Industriegesellschaften geworden

Konsequenzen

- Komplexe Ursachen ~ keine singuläre Patentlösung möglich
- Einer zivilisatorischen Begleiterscheinung entgegenzuwirken erfordert ein entschiedenes multilaterales Eingreifen ~ Maßnahmenbündel
- „Uns trifft daran keine Schuld“
 - es geht dabei weder um die Verantwortung einzelner Institutionen
 - noch um moralische Schuldzuschreibungen
 - sondern um eine gemeinsam zu bewältigende Herausforderung
- Kritische Beurteilung der Frage, welche Institutionen welche Beiträge zur Problemlösung beisteuern können

Empirie – der Delphi-Fragebogen

- Auswertung der Daten von 11 Fokusgruppen mit Erwachsenen, Jugendlichen deutscher und türkischer Herkunft (ab 15 Jahren), Experten und Stakeholdern
- Auswertung von 10 Experteninterviews mit Akteuren aus unterschiedlichsten einschlägigen Feldern (Pädiatrie, Psychotherapie, professionelle und Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung, Sporttherapie, CA Kurklinik für adipöse Jugendliche, Endokrinologie, KIGA- und KITA-Leitung, Schule, Krankenkassen und –versicherungen, etc.)
- Systematische Vercodung von 470 unterbreiteten Maßnahmen
 - Ermittlung der *zentralen* Empfehlungen (häufig genannt, als relevant und wirksam bezeichnet, unbestritten, gesetzeskonform (BfR))
 - Zusammenstellung je eines Bündels von zentralen Maßnahmen zur *Prävention* und eines Sets von Empfehlungen zur *Therapie* der juvenilen Adipositas → Delphi-Fragebogen
- Wir bitten um eine Einschätzung dieser Handlungsempfehlungen.

Der Delphi-Fragebogen (1. Delphi-Runde):



Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt Risiko und Nachhaltige Technikenentwicklung
am Internationalen Zentrum für Kultur- und Technikforschung der Universität Stuttgart



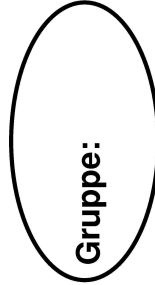
Projekt

**"Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
als systemisches Risiko"**

Experten-Delphi

5. Mai 2008, Telekom-Hotel Stuttgart-Vaihingen

Fragebogen



Seite 2

Teil 2: Fragen zu Maßnahmen der Adipositasprävention und -therapie

Für wie sinnvoll halten Sie die Umsetzung der genannten Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen?

	gar nicht sinnvoll	2	3	4	5	6	7	8	9	sehr sinnvoll
Die Aufnahme des Faches Gesundheitsziehung in die Curricula aller Jahrgangsstufen an den allgemeinbildenden Schulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung des Sportangebots an allen Schulen auf 2 Doppelstunden wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Verkauf von hochkalorischen Lebensmitteln in Schulen und KITAS verbieten (>10% Zucker- oder > 20% Fettanteil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbau von wohnquartiermahnen Spiel- und Sportstätten und Garantie des freien Zutritts, damit Kinder und Jugendliche bewegungsintensive Freizeitalternativen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaffung von Stellen zur Koordination von Maßnahmen der Adipositasbekämpfung auf kommunaler, Länder- und Bundesebene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsetzung einer leicht verständlichen Kennzeichnung von Lebensmitteln entsprechend dem britischen Ampel-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsetzung eines Werbeverbots für hochkalorische Lebensmittel (> 10%Zucker- oder > 20% Fettanteil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzung eines an Nachhaltigkeit orientierten Unternehmensrating, mit steigenden Kapitalbeschaffungskosten für Risiko produzierende Unternehmen (mit möglichen Einflüssen auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Studien zur Erreichbarkeit (z.B. Mediennutzung) von Kindern und Jugendlichen in Problemgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Ihrer Meinung nach wichtige Maßnahmen vergessen? Welche?

Seite 10

An diesem Delphi sind VertreterInnen der Lebensmittelindustrie, des Gesundheitswesens - Medizin, Krankenkassen -, von Politik und öffentlicher Verwaltung, Verbraucherverbänden, von Finanzdienstleistern bzw. Rating Agenturen, Versicherungen, Ernährungswissenschaften bzw. Ernährungsberatung und von Kommunikationsunternehmen repräsentiert.

Welchen besonders relevanten Beitrag sollten diese Gruppen Ihrer Ansicht nach leisten, um dem Problem der Adipositas von Kindern und Jugendlichen adäquat zu begegnen?

Die Medizin (Ärzte):	
Krankenkassen und -versicherungen:	
Lebensmittelindustrie:	
Politik:	
Die öffentliche Verwaltung:	
Verbraucherverbände:	
Finanzdienstleister bzw. Rating-Agenturen:	
Ernährungswissenschaften:	
Ernährungsberater: (Organisationen)	
Kommunikationsbranche:	
Versicherungen:	