

# Ist die Prävention der Adipositas eine ärztliche Aufgabe?

## Should the prevention of obesity be a task for medical practitioners?

### Autoren

C. Graf<sup>1</sup> M. J. Müller<sup>2</sup> T. Reinehr<sup>3</sup>

### Institut

<sup>1</sup> Institut für Motorik und Bewegungstechnik, Deutsche Sporthochschule Köln

<sup>2</sup> Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

<sup>3</sup> Institut für Pädiatrische Ernährungsmedizin, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke

### Prävention, Ernährungsmedizin

#### Schlüsselwörter

- ▶ Übergewicht
- ▶ Adipositas
- ▶ Ärzte
- ▶ Prävention
- ▶ Gesundheitsförderung

#### Keywords

- ▶ overweight
- ▶ obesity
- ▶ medical practitioners
- ▶ prevention
- ▶ health promotion

eingereicht 8.7.2008  
akzeptiert 11.12.2008

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1123980  
Dtsch Med Wochenschr 2009;  
134: 202–206 · © Georg  
Thieme Verlag KG Stuttgart ·  
New York · ISSN 0012-0472

#### Korrespondenz

PD Dr. med. Dr. Sportwiss.  
Christine Graf

Institut für Motorik und  
Bewegungstechnik  
Abteilung für Bewegungs-  
und Gesundheitsförderung  
Deutsche Sporthochschule Köln  
Am Sportpark Müngersdorf 6  
50933 Köln  
Tel. 0221/49825230  
Fax 0221/4973454

### Einleitung



Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas hat weltweit zugenommen. Die Weltgesundheitsorganisation geht heute von etwa 1,6 Mrd. übergewichtigen bzw. 400 Mio. adipösen Erwachsenen aus ([www.who.int](http://www.who.int)). Schätzungen zufolge soll diese Zahl bis zum Jahr 2015 auf 700 Mio. ansteigen. In den USA gab es 2006 nur noch vier Bundesstaaten, in denen weniger als 20% adipöse Erwachsene lebten ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)). Nach dortigen Schätzungen wird die Prävalenz 2010 zwischen 33 und 55%, je nach ethnischer Herkunft und Geschlecht ansteigen [20]. In Deutschland sind nach dem letzten Bundesgesundheits-survey etwa 50% der Frauen und 70% der Männer übergewichtig bzw. adipös [12]. Die Daten der Nationalen Verzehrsstudie II haben diese Zahlen bestätigt: Danach haben 66% der deutschen Männer und 50,6% der Frauen einen Body-Mass-Index (BMI) von mindestens 25 kg/m<sup>2</sup> (= Übergewicht), jeweils 20% liegen bereits über 30 kg/m<sup>2</sup> (= Adipositas; [1, 2]).

Die „Adipositasepidemie“ ist auch bei Kinder und Jugendlichen offensichtlich. Je nach Region finden sich in Europa zur Zeit 35% adipöse Kinder und Jugendliche [6], weltweit etwa 10% (<http://www.iotf.org/childhoodobesity.asp>). Die Vergleichbarkeit der Daten aus verschiedenen Ländern ist allerdings aufgrund verschiedener Referenzwerte nur eingeschränkt gegeben. Für Deutschland liegen durch den aktuellen Kinder- und Jugendgesundheits-survey repräsentative Zahlen für Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 18 Jahren vor: Danach sind 1,9 Mio. Kinder übergewichtig und 800000 davon adipös [9]. Diese Zahlen sind angesichts der mit Übergewicht und Adipositas verbundenen Komorbiditäten schwerwiegend. Lobstein und Jackson-Leach [10] gehen davon aus, dass in der EU 20000 Kinder und Jugendliche einen manifesten Typ-2-Diabetes und 400000 eine Glukosetole-

ranzstörung aufweisen. Bei adipösen Kindern zwischen 5 und 17,9 Jahren wird das Vorliegen von mindestens drei Kriterien des Metabolischen Syndroms (Hypertonie, zentrale Adipositas, erhöhte Blutzuckerspiegel und/oder Fettstoffwechselstörungen) auf etwa 24% geschätzt.

Aufgrund dieser Daten wird die Notwendigkeit wirksamer Präventionsmaßnahmen deutlich. Die Weltgesundheitsorganisation hat deshalb auf ihrer letzten Ministerkonferenz im November 2006 in Istanbul zu Gegenmaßnahmen aufgerufen. Die europäischen Gesundheitsminister betonen dabei besonders die gesundheitlichen Gefahren durch Adipositas, die vor allem Kinder und Jugendliche betreffen [21]. Darüber hinaus unterstreichen sie die Bedeutung ökonomischer Faktoren und der Verhältnisse (=Lebenswelten) als anteilige Ursache von Übergewicht. Übergewicht und Adipositas erklären etwa 6% der Ausgaben im Gesundheitswesen. Es wird aber betont, dass es sich um ein reversibles Problem handelt und der derzeitige Trend bis zum Jahr 2015 gestoppt werden muss. Politische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Bemühungen sind erforderlich, um dieses Ziel zu erreichen und unsere zur Zeit eher „adipogenen“ Lebensbedingungen nachhaltig zu verändern.

In diesem Zusammenhang wird nach der Aufgabe der Ärzte in Prävention und Gesundheitsförderung gefragt. Der Tätigkeitsbereich von Ärzten liegt heute eher im kurativen, als im vorbeugenden Bereich. Dies entspricht auch der medizinischen Ausbildung. Sie berücksichtigt die Themenfelder „Primärprävention“ und „Gesundheitsförderung“ nicht angemessen. In diesem Artikel soll zunächst eine Begriffsbestimmung von „Prävention“ vorgenommen werden. Dies geschieht vor dem Hintergrund zunehmend lebensstilbedingter Erkrankungen, insbesondere Übergewicht und Adipositas. Anschließend wird die Rolle und die Einflussmöglichkeiten der Ärzte diskutiert.

## Begriffsbestimmung / Verständnis „Prävention“

Zunächst unterscheidet man eine kontextbezogene oder Verhältnisprävention von einer individuumsbezogenen oder Verhaltensprävention. Erstere richtet sich an das persönliche, berufliche oder strukturelle Umfeld bzw. kann von technologischen, wirtschaftlichen und/oder gesetzgeberischen Rahmenbedingungen abhängig sein. Klassische Beispiele für verhältnispräventive Interventionen sind die Gurtpflicht im Auto; andere Beispiele sind die Anschaffung von Trinkwasserbrunnen an Grundschulen zur positiven Beeinflussung eines gesunden Trinkverhaltens etc. Verhaltensprävention zielt auf eine Beeinflussung konkreter/individueller Schutz- und Risikofaktoren von Gesundheit ab und versucht den persönlichen Lebensstil zu verbessern. Maßnahmen der Verhaltensprävention richten sich an individuelle Lebensweisen, z.B. Raucherentwöhnungskurse, Lebensstilprogramme für Menschen mit einem Diabetesrisiko und Rückenschulung.

Seit 2000 unterscheidet die Weltgesundheitsorganisation in Anlehnung an die Begriffe primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention [22]:

- ▶ universelle oder allgemeine Prävention/Gesundheitsförderung
- ▶ selektive Prävention
- ▶ gezielte oder indizierte Prävention

Sie überschneiden sich im praktischen Alltag nicht selten. Auf jeder Ebene sind verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen möglich, die wiederum wechselseitig und einander verstärkend wirksam werden können. Mit der universellen Prävention/Gesundheitsförderung werden alle Personen/Bevölkerungsschichten adressiert. D.h. sowohl gesunde, als auch risikobelastete und kranke Menschen. Nicht selten wird aber unterschieden, ob es sich nicht doch um Maßnahmen für Personen handelt, die sich in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden (noch) nicht beeinträchtigt fühlen, die aber potenziell einen großen Nutzen von Maßnahmen haben. Gesundheitsförderung ist „unspezifisch“, während sich Prävention, am Beispiel der Adipositas, „gezielt“ an Normal- und Übergewichtige richtet. Gesundheitsförderung wird entsprechend der Ottawa-Charta (1986; zitiert nach [17]) als ein Prozess zusammengefasst werden, der „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigt. (...) Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Lebens- und Arbeitsbedingungen.“ Durch die Bangkok-Charta [1] werden aktuelle Entwicklungen im Sinne der „Public Health“ hinzugefügt und mit der Übernahme politischer und wirtschaftlicher Verantwortung verknüpft.

Selektive Maßnahmen richten sich an sogenannte Risikogruppen. Hierzu gehören einerseits zum Beispiel übergewichtige, aber noch nicht adipöse Kinder oder (noch) normalgewichtige Kinder adipöser Eltern. Je höher das Erkrankungsrisiko der betroffenen Personen ist, desto notwendiger wird ein selektiver oder/und gezielter Ansatz. Eine klare Abgrenzung zur universellen bzw. gezielten Prävention ist in der praktischen Umsetzung nicht immer gegeben.

Die gezielte oder indizierte Prävention richtet sich an Personen mit gesicherten Risikofaktoren für eine Erkrankung, zum Bei-

spiel Adipöse, Patienten mit einer gestörten Glukosetoleranz oder Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Sie verfolgt das Ziel, vorhandene Risikofaktoren und das Fortschreiten von Erkrankungen zu mindern. Viele sekundärpräventive Maßnahmen, beispielsweise Diabetiker-Sportgruppen, sind eher der indizierten Prävention zuzurechnen, werden aber nicht selten als selektive oder gar primär-präventive Maßnahme von den Krankenkassen „günstiger“ finanziert.

Lebensräume, in denen Gesundheitsförderung und Prävention stattfinden, werden als „Setting“ bezeichnet. Diese können für konkrete präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen genutzt werden (Settingmaßnahmen). Settings sind beispielsweise Kindergärten, Schulen, Familien, Vereine, aber auch Betriebe und Arztpraxen. Individuelle Beratungen und Schulungsmaßnahmen (Individualmaßnahmen) sind an konkrete Zielgruppen oder Einzelpersonen gerichtet. Sie werden in der Regel in Kursform angeboten und von den Betroffenen aktiv aufgesucht, können aber auch in den Settings stattfinden. Ziel der Maßnahmen ist – vergleichbar mit den o.g. Zielen – primär die Vermittlung von Informationen und Fähigkeiten, die auf die Beeinflussung des individuellen Verhaltens ausgerichtet sind und zu gesundheitsgerechter Lebensweise führen. Eine dauerhafte Teilnahme ist nicht vorgesehen. Vielmehr stehen im Vordergrund der verhaltensmedizinische Ansatz und didaktische Konzepte, „gesundheitschädliche“ Verhaltensweisen und Potenziale zu erkennen und durch Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle Veränderungen einzuleiten, Erlerntes eigenständig in den Lebensalltag zu übertragen oder ungesunde Lebensweisen aufzugeben.

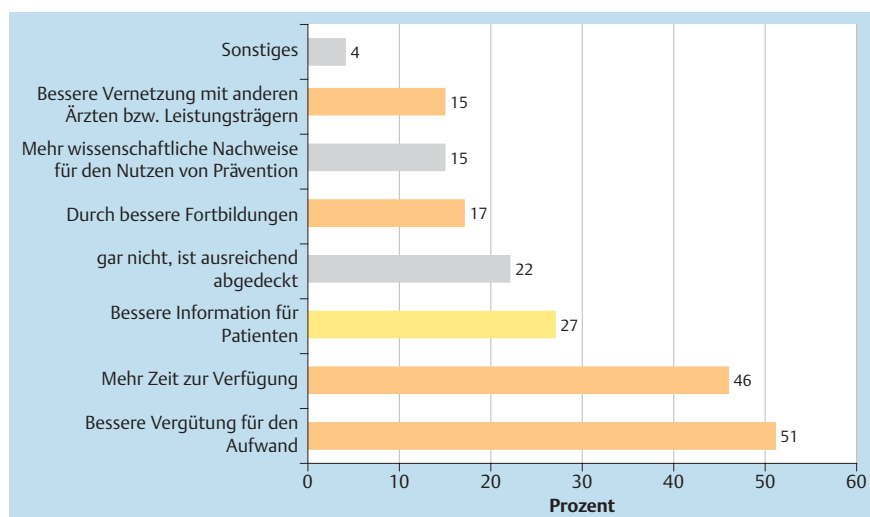
Während sich allgemeine Maßnahmen an große Bevölkerungsgruppen wenden und damit jeder einzelne Mensch in begrenztem Umfang erreicht/betreut werden kann, ist die Zielgruppe der selektiven Prävention kleiner. In der Praxis entspricht sie dem „Hochrisikoansatz“. Je gezielter die Prävention, umso höher sind Aufwand und Kosten pro Person [3]. Der Arzt wird im Sinne eines „Kurators“ meist in der sekundären und gezielten Prävention tätig. Allerdings sind seine unstrittig hohen Kompetenzen auch für Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung notwendig, daher wird der Fokus im folgenden hauptsächlich darauf gelegt.

### kurzgefasst

**Gesundheitsförderung und universelle Prävention wollen dem Prinzip des „Empowerments“ folgend, Menschen zu einem verbesserten gesundheitlichen Handeln befähigen. Die Ottawa-Charta von 1986 betont zur Vermittlung den Settingsansatz; die Personen sollen in den jeweiligen Lebenswelten oder Settings erreicht werden. Selektive bzw. gezielte Prävention richtet sich an Risikogruppen bzw. bereits Betroffene. In diesen Bereichen spielt sich das ärztliche Handeln bislang im wesentlichen ab.**

## Prävention und Gesundheitsförderung in der medizinischen Ausbildung

Die medizinische Ausbildung ist heute hinsichtlich Gesundheitsförderung, Prävention und „Public Health“ rudimentär. Grundlegende Fächer wie Ernährungsmedizin und Sportmedizin erfahren zwar in der Weiterbildung ein zunehmendes Interesse, während



**Abb. 1** Ärztebefragung (n = 513) zur Verbesserung des Stellenwertes der Prävention in der ärztlichen Praxis 2004 [15].

des Studiums selbst stellen diese Fächer jedoch nur Nebenschauplätze dar. Dabei findet sich in §2 der Musterberufsordnung für Ärzte u.a. die Aufgabe, Gesundheit zu schützen und „an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen in Hinblick auf die Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“. Auch in §73 des Sozialgesetzbuches V findet sich der Hinweis auf die Einleitung präventiver Maßnahmen. Das Problem liegt somit nicht in der entsprechenden gesetzlichen Verankerung, sondern vielmehr in der praktischen Umsetzung. So zeigte eine Umfrage der Bertelsmannstiftung mit 513 Ärzten, dass in der Realität besonders in der Hausarztpraxis an Vorbeugung desinteressierte Patienten auftauchen [15]. Die Frage nach mehr Anreizen wurde mit einer höheren finanziellen Vergütung und mehr Zeit sowie mehr Information beantwortet (► **Abb. 1**). Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für motivierte, aber bislang inaktive Patienten zur Aufdeckung potenzieller Risiken bei höherer Belastung haben beispielsweise keine Ziffer. Aber auch die erforderlichen Kenntnisse können aufgrund der oben geschilderten Lücken in der medizinischen Ausbildung nicht vorausgesetzt werden. Moore et al. [13] zeigten, dass eine Beratung von adipösen Patienten in 44 Interventionspraxen nach einem Jahr zu keiner signifikanten Gewichtsveränderung führte. Vielmehr wogen die Patienten der Interventionsgruppe durchschnittlich 1 kg mehr als die Kontrollgruppe. Es zeigte sich jedoch ein Wissenszuwachs der beteiligten Ärzte. Es scheint, als fühlten sich die Beteiligten häufig nicht ausreichend informiert, um entsprechende Empfehlungen bzgl. einer konsequenten Lebensstiländerung geben zu können.

Hinsichtlich der adulten Adipositas kann ergänzend zu den Weiterbildungen Ernährungs- und Sportmedizin beispielhaft das „Specialist Certification of Obesity Professional Education“ (SCOPE)-Projekt genannt werden, das von der europäischen und internationalen Adipositasgesellschaft (EASO bzw. IASO) zunächst speziell für Ärzte konzipiert wurde. Ziel dieses Curriculums ist die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung im Umgang mit Übergewicht. Langfristig ist eine Vernetzung und Ausweitung auf weitere Disziplinen, zum Beispiel Psychologie, Ernährung etc. geplant ([www.scope-online.org](http://www.scope-online.org)). Diese Entwicklungen sind sicherlich zu begrüßen, sollten jedoch auch bereits im Rahmen der medizinischen Ausbildung stattfinden.

### Beispiele ärztlichen Handelns in der allgemeinen Prävention

▼  
Bereits in der Medizingeschichte finden sich Beispiele für die wichtige Rolle der Ärzte in der Prävention: So ist die Einnahme von Vitamin C zur Vermeidung von Skorbut auf den englischen Arzt James Lind (1716–1794) zurückzuführen; die „überwachende“ und „eingreifende“ Rolle beschrieb der Göttinger Professor Johann Peter Frank (1745–1821) in einem sechsbändigen Werk über das „System einer vollständigen medicinischen Policey“, in dem er unter anderem zu Kinderpflege und Erziehung, Schwangerschaft etc. Stellung nimmt. Ende des 19. Jahrhunderts erklärten sich parallel Träger von Invalidenversicherungen auch Leistungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu übernehmen, im wesentlichen um die Erwerbsfähigkeit zu verhindern.

Zu den aktuelleren primärpräventiven Leistungen zählen Impfungen, Kariesprophylaxe, U-Untersuchungen der Kinder- und Jugendärzte sowie die Gabe ausgewählter Medikamente zur Vermeidung von Erkrankungen oder Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Mammografie-Screening, Koloskopien etc.). Diese Leistungen werden zumindest teilweise von Krankenkassen sogar als präventive Leistungen beworben. Ärzte haben entscheidend zur Aufdeckung gesundheitlicher Risiken beigetragen: z.B. in der Framingham-Studie zur Identifizierung kardiovaskulärer Risikofaktoren, sowie der Entwicklung von Risikoscores, zum Beispiel des Framingham-, oder deutschsprachigen Procarn-Scores. Auch wurde das Siegel „Sport pro Gesundheit“ von dem Deutschen Olympischen Sportbund gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelt [8]. Die Ärztekammer Nordrhein setzt gemeinsam mit der AOK Rheinland Hamburg seit 1995 bereits an mehr als 200 Grundschulen das Programm „Gesund macht Schule“ um, in dem u.a. Patenärzte, teils Schulärzte in die Gestaltung von Gesundheitsunterricht bzw. Elternabende involviert werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse primärpräventiver Programme wie KOPS (Kieler Obesity Prevention Study) und CHILT (Children's Health Interventional Trial), die beide von Ärzten initiiert und getestet wurden, den eingeschränkten Nutzen primärpräventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen [4, 16]. Auch ein erster Vorschlag für einen Nationalen Aktionsplan gegen Übergewicht wurde federführend von der Deutschen Adipositasgesellschaft mit Unterstützung der kooptierten medizinischen Fachgesellschaften, z.B. Deutsche Diabetesgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, formu-

liert und dem Ministerium für Gesundheit (BMG) bzw. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMLV) vorgelegt.

Die Forderungen und Bemühungen von Ärzten in der Prävention und Gesundheitsförderung sind allerdings nicht neu. Bereits zu Beginn der 70er Jahre wurden in Düsseldorf und Hamburg präventive Maßnahmen in Schulen von Frau Professor Kupke initiiert (zusammengefasst in [17]). Traurig, aber leider nicht unüblich ist es, dass weder ihre Ergebnisse berücksichtigt noch die damaligen Ansätze und Erfahrungen umgesetzt werden. Stattdessen wird stets – zwar in der Regel gut gemeint – aber umso mühevoller u.a. von Ärzten das „Rad immer wieder neu erfunden“. Auch wenn es heute noch keinen Königsweg (vor-)schulischer Prävention und Gesundheitsförderung gibt [2, 17], sollten doch sowohl die bislang vorliegenden Untersuchungen, wie auch deren Resultate in einer effektiven Planung berücksichtigt werden. In den wenigsten Programmen/Interventionen finden bisher allerdings qualitätssichernde Schritte, beispielsweise in Anlehnung an „Public Health Action Cycle“ statt. Die Konkretisierung von Zielen in definierten Zielgruppen und Settings, daran angepasste Maßnahmen, überprüft mit angemessenen Evaluationsmethoden, Bewertung der Ergebnisse, gegebenenfalls Optimierung der Intervention und wenn möglich, Ausweitung in die Breite, tragen zu einer effektiven, ressourcensparenden und nachhaltigen Umsetzung bei. Hier könnten Mediziner in Kenntnis von evidenzbasierter Medizin helfen, die sie wiederum beteiligten Berufsgruppen, zum Beispiel OecotrophologInnen, DiätassistentInnen und ÜbungsleiterInnen vermitteln.

Diese Aspekte können auch auf den Erwachsenenbereich übertragen werden. Auch bislang vorgelegte Präventionsprogramme bei Erwachsenen zeigen wenig Wirksamkeit. Im „Stanford-Five-City-Programme“, einem kommunal angelegten Ansatz, erfolgte eine mediengesteuerte Vermittlung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in zwei Städten, insbesondere zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren über sechs Jahre. Im Vergleich zu den beiden Kontrollstädten zeigte sich im Nachbeobachtungszeitraum sogar ein höherer Anstieg des BMI [23]. Auch in der Deutschen Herz-Kreislaufpräventionsstudie zeigte sich kein Effekt auf den BMI [5]. Es finden sich allerdings insbesondere Beispiele aus dem Bereich der Diabetes-Prävention: Senkung der Diabetesmanifestation um 58% durch eine konsequente Lebensstiländerung im Vergleich zu einer 31%-igen Reduktion durch Metformin [7]. Besonders diese Untersuchungen betonen die Möglichkeiten, die Ärzte durch ihre berufliche Kompetenz und die damit verbundene Rolle besitzen. Analog kann eine konsequente Lebensstilberatung in der ärztlichen Praxis erheblich zur Prävention lebensstilbedingter Erkrankungen beitragen. Übertragen auf „Public Health“ kann die Einrichtung eines ärztlichen Präventionsmanagers, wie er im Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus, im weiteren Sinne aber auch in SCOPE verfolgt wird, zur Übertragung und Einbringung des ärztlichen Wissens auf weitere Settings, Betriebe, Kindergärten, Schulen etc. ermöglichen ([www.nafdm.de](http://www.nafdm.de)).

### Rolle der Ärzte im politischen Präventions-Parkett

§20 des SGBV in der Fassung vom 21.7.2004 nennt „nur“ die Krankenkassen als (finanziell) verantwortlich und als „Präventions-Macher“. Aber auch in allen anderen Sozialleistungsträgern finden sich Vorschriften zur Prävention, z.B. SGB VI und IX, die an dem oben genannten Aspekt, Verhinderung der Berufs- und Erwerbs-



**Abb. 2** Modell und Bedingungsgefüge potenzieller Einflussfaktoren von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter [11]: Ärzte finden sich unter Organisationsstrukturen. Dieses Modell kann ebenso auf die Lebenswelt von Erwachsenen angepasst werden.

unfähigkeit, anknüpfen, sowie Prävention in der Familie (SGB VIII) und gesellschaftlich (SGB IX). Im rehabilitativen Bereich ist jedoch die Rolle der Ärzte klar definiert und unumstritten.

Universelle Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere die konkrete Umsetzung, scheint vielmehr berufsethischen Interpretationen zu unterliegen. Dies ist aber nicht in allen Handlungsfeldern so. Während es sich bei der allgemeinen Gesundheitsförderung, insbesondere hinsichtlich Lebensstilvariablen Bewegung und Ernährung in diversen Settings, um ein derart komplexes, wenig eingrenzbares Gebiet mit einer Vielzahl von Abhängigkeiten handelt (Abb. 2), ist die betriebliche Gesundheitsförderung deutlich besser aufgestellt. Das mag an potenziellen Kosten liegen. Diese zahlen sich in der allgemeinen Gesundheitsförderung – wenn überhaupt – Jahrzehnte später aus. Möglicherweise liegt dies auch an der Scheu, das komplexe Thema von unten aufzuarbeiten und Verantwortlichkeiten zuzuweisen bzw. zu übernehmen. Nichtsdestotrotz ist der Arzt, ebenso wie jede andere Person, die mit Gesundheit verbunden ist, nicht nur Teil einer therapeutischen, sondern auch einer primärpräventiven Kette. Diese zu formulieren, die verschiedenen Aufgabefelder abzugrenzen und zuzuweisen, eine entsprechend qualifizierte Ausbildung vorzunehmen, Qualitätsstandards für Interventionen und finanzielle Anreize für deren Umsetzung zu schaffen, um damit auch nachhaltige gesunde Lebensräume zu ermöglichen, ist die Aufgabe der Politik. Man sollte somit präventiv helfende Hände nicht abweisen, sondern zu einer sinnvollen und qualitativ hochwertigen Zusammenarbeit führen. Ohne entsprechende Rahmenbedingungen wird der „Gesundheitsstandort Deutschland“ utopisch, die gesundheitlichen Kosten werden hoch bleiben.

Anhand der oben aufgeführten Beispiele ist eine Beteiligung von Ärzten auch in nicht primär-medizinischen Settings bereits vielfach vorhanden, neben Betrieben bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung betrifft dies Schulen (zum Beispiel im Rahmen des schulärztlichen Diensts, aber auch als Multiplikator in Programmen wie „Gesund macht Schule“). Medizinische Inhalte wie unter anderem die Folgeerscheinungen von Übergewicht werden möglicherweise glaubwürdiger und nachhaltiger von

Ärzten geschildert, die Vermittlung von nach Gegenmaßnahmen im Sinne eines gesunden Lebensstils kann „Rezept-Charakter“ annehmen.

### kurzgefasst

**Aus heutiger Sicht sind auch Ärzte mit denen ihnen eigenen beruflichen Interessen und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung und universellen Prävention gefordert. Eine Vertiefung der Ausbildung im Bereich „gesunder Lebensstil“ (Sportmedizin, Ernährungsmedizin) ist ebenso wie Vermittlungs- und Vernetzungskompetenzen dringend notwendig.**

### Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung sind keine Frage einer Berufsgruppe, sondern vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich besonders auch Ärzte und Politiker stellen müssen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ressourcenknappheit und der hohen Prävalenz lebensstilbedingter und somit potenziell vermeidbarer Erkrankungen, kommt dieser Aufgabe eine zunehmende Bedeutung zu. Gesundheitsprobleme stellen ähnlich wie auch Umweltprobleme gesellschaftliche Herausforderungen dar, denen wir uns gemeinsam stellen müssen. Ärzte haben hier aufgrund ihrer zwar verbesserungswürdigen, aber beruflich bedingten und hohen Kompetenzen einen besonderen Auftrag, den sie auch wahrnehmen müssen. Welche Rolle Ärzte nun tatsächlich einnehmen, ist abhängig von Ausbildung, Weiterbildung und Fachrichtung (und auch ihrer Selbstwahrnehmung!). Anstelle nicht zielführender Diskussionen „wer primär Prävention gestalten sollte?“ ist es absolut notwendig, ein (verhaltens-/verhältnis-)präventives Gesamtkonzept mit einheitlichen, anwendbaren Qualitätskriterien unter Mitwirkung aller Beteiligten, Zielgruppen und Akteure, politischen Rahmengebern (z.B. Nationaler Aktionsplan) und wirtschaftlicher Unterstützung zu erarbeiten. Aus Sicht der Ärzte gilt es, sich sowohl berufspolitisch als auch gesellschaftspolitisch und beruflich einzubringen. Die Ausbildung sowie die Vergütung präventiver Leistungen muss zukünftig angemessen gestaltet werden.

### Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Ärzte haben eine wichtige Rolle im Bereich von Gesundheitsförderung und universeller Prävention, nicht erst in der selektiven und gezielten Prävention.
- ▶ Dazu kann insbesondere die beruflich bedingte Sonderstellung bei Zielgruppen genutzt werden.
- ▶ Entsprechende Weiter- und Fortbildungen, z.B. Ernährungs- und Sportmedizin, aber auch übergreifende Curricula, sind zwar vorhanden, müssen aber unbedingt bereits in die medizinische Ausbildung integriert werden.
- ▶ Im Sinne von „Public Health“ ist darüber hinaus der Arzt eine Schnittstelle zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens und kann so die Vernetzung fördern.

**Autorenerklärung:** Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

### Literatur

- 1 Bangkok Charta 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok Thailand 11. August 2005
- 2 Campbell KJ, Hesketh KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obes rev* 2007; 8: 327–338
- 3 Graf C, Dordel S, Reinehr T. Bewegungsmangel und Fehlernährung im Kindes- und Jugendalter. Erste Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007
- 4 Graf C, Koch B, Falkowski G et al. School-based prevention – effects on obesity and physical performance after 4 years. *J Sports Science* 2008; 26: 987–94
- 5 Hoffmeister H, Mensink GB, Stolzenberg H et al. Reduction of coronary heart disease risk factors in the German cardiovascular prevention study. *Prev Med* 1996; 25: 135–45
- 6 Jackson-Leach R, Lobstein T. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1: 26–32
- 7 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393–403
- 8 Kunstmann W, Henke R. Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. *Präv und Gesundheitsf* 2006; 1: 115–120
- 9 Kurth BM, Schaffrath-Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2007; 50: 736–43
- 10 Lobstein T, Jackson-Leach R. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1: 33–41
- 11 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5 Suppl 1: 4–104
- 12 Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. *Bundesgesundheitsblatt* 2005; 48: 1348–56
- 13 Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. *Brit Med J* 2003; 8, 327: 1085–
- 14 Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht Teil 1 Max-Rubner-Institut, 2008
- 15 Newsletter der Bertelsmannstiftung. *Gesundheitsmonitor* 2006; 1
- 16 Plachta-Danielzik S, Pust S, Asbeck I et al. Four-year Follow-up of School-based Intervention on Overweight Children: the KOPS Study. *Obesity* 2007; 15: 3159–3169
- 17 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005; Eigenverlag,
- 18 Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005CD001871
- 19 Traenckner K, Berg A, Jüngst BK, Halhuber MJ, Rost R. Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter. 1. Auflage; Stuttgart: WBG Verlag, 1997
- 20 Wang YC, Colditz GA, Kuntz KM. Forecasting the obesity epidemic in the aging U.S. population. *Obesity* 2007; 15: 2855–65
- 21 WHO. European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Istanbul, Turkey: 15–17 November 2006
- 22 WHO. Obesity. Preventing and managing a global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 2000. Geneva: 2000
- 23 Winkleby MA, Taylor CB, Jatulis D, Fortmann SP. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention trial: the Stanford-Five-City Project. *Amer J Publ Health* 1996; 86: 1773–1779