

Stand 15. Februar 2021

Wege zur Überwindung des Präventionsdilemmas!

Sechs Thesen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche

Mit diesen Thesen richtet sich die Plattform Ernährung und Bewegung an die Akteur:innen der Gesundheitsförderung in Politik und Praxis, um breite Unterstützung zu generieren. Gerade die aktuellen Erfahrungen der Covid-19-Pandemie zeigen aus Sicht von peb die Notwendigkeit besserer Ansätze zur Stärkung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher.

peb dankt den Expert:innen und den Teilnehmer:innen des peb-Kongresses "Abgehängt im Präventionsdilemma? Wie kann die Übergewichtsprävention für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status besser gelingen?" vom 24. Februar 2021. Sie haben mit ihren fachlichen Beiträgen die Grundlage für die hier vorgestellten Aussagen für eine erfolgreichere Gesundheits- und Übergewichtsprävention im Interesse sozial benachteiligter Kinder und Jugendliche bereitgestellt.

Warum stellt die Plattform Ernährung und Bewegung (peb) die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt?

Schon seit Mitte der 1970er Jahre wird weltweit ein Anstieg der Zahl übergewichtiger Menschen beobachtet. Die damit verbundenen Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Gefahren sind vielfach belegt. Seit Mitte der 2000er Jahre werden in Deutschland verstärkt Präventionsmaßnahmen umgesetzt. So wurden im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für gesunde Ernährung und mehr Bewegung IN FORM rund 200 Projekte realisiert. Zudem gab und gibt es zahlreiche weitere Projekte und Programme der Bundesländer, von Krankenkassen, Kommunen und engagierter zivilgesellschaftlicher Akteure.

Aufgrund der intensiven Bemühungen ist es zu einer breiten Sensibilisierung für die Bedeutung eines gesunden Lebensstils gekommen. Erste Erfolge sind zu verzeichnen: Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Globalen Aktionsplan gegen nichtübertragbare Krankheiten formulierte Ziel, die weitere Zunahme der Adipositasprävalenz bis 2025 zu stoppen, wurde in Deutschland zumindest für das Kindes- und Jugendalter erreicht. Das belegen die Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Sie zeigen, dass hierzulande die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt im letzten Jahrzehnt nicht mehr angestiegen sind.

Die KIGGS-Studie zeigt aber auch weiteren Handlungsbedarf auf.

- Zwar stagniert im Untersuchungszeitraum 2003 bis 2017 der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher insgesamt bei 15,4% (darin mit 5,9% ein gutes Drittel Adipöse). Dieser Anteil ist nach wie vor zu hoch und es findet keine Verringerung statt.
- Der Anteil Übergewichtiger und Adipöser unter den Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status liegt bei rund 21% (darin mit 10% fast die Hälfte Adipöse). Dieser Anteil ist inakzeptabel hoch.

Das Dilemma der bisherigen Präventionsmaßnahmen ist offensichtlich: Auf Aufklärung und Verhaltensänderung Einzelner gerichtete Maßnahmen erreichen vor allem bereits motivierte Kinder und Familien. Gerade die Kinder und Jugendlichen mit dem höchsten Unterstützungsbedarf profitieren zu wenig.

Präventive Maßnahmen entfalten eine umso größere Wirkung, je früher sie ansetzen – dafür sprechen die Erkenntnisse im Feld der perinatalen Programmierung und der Sozialforschung. Die Präventionserfolge bei Kindern und Jugendlichen aus der Mittel- und Oberschicht bei gleichzeitigen Misserfolgen in den schlechter erreichten Gruppen aus der Schicht der sozial Benachteiligten vergrößern daher die gesundheitliche Kluft zwischen den unterschiedlichen sozio-ökonomischen Statusgruppen.

Es stellt sich die Frage nach den Gründen und in welcher Weise präventive Maßnahmen zur Überbrückung dieser Kluft verändert werden können und müssen.

Sechs Thesen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche

I. Die Selbstwirksamkeit von Eltern, Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status muss gestärkt werden

Es muss ein vorrangiges Ziel von Präventionsmaßnahmen sein, sozial benachteiligte Familien in ihrer positiven Selbstwirksamkeit zu stärken. Das gelingt durch Angebote, die bewältigbare Schritte zur Veränderung des Alltags ermöglichen und deren persönlicher Nutzen für die Betroffenen offensichtlich ist.

Angebote sind dabei grundsätzlich hilfreicher, wenn sie in einer Struktur mit aufsuchendem Charakter und mit einer Kommunikation auf Augenhöhe erfolgen. Kostenfreie Angebote erhöhen die Bereitschaft, die Unterstützung anzunehmen, zusätzlich.

Entscheidende Bausteine sind das Erleben von erfolgreicher Eigenaktivität, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Hierzu gibt es bereits vielfältige Ansätze, die auf Partizipation und Empowerment setzen, wie etwa der lotsen-basierte Setting-Ansatz für eine bessere Nutzung des deutschen Gesundheitssystems durch Migrant:innen. Diese Ansätze sollten verstetigt und breiter angewandt werden.

Stärkung der Ernährungskompetenz

Da das Rollenvorbild von Eltern einer der am konsistentesten mit dem Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen verbundenen Einflussfaktoren ist, kommt der Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern für eine ausgewogene Ernährung eine besondere Bedeutung als eigenständigem Interventionsziel zu. Erst durch eine angemessene Ernährungskompetenz werden Eltern dazu in die Lage versetzt, ihre Vorbildfunktion auszuüben. Sie führt zudem zu vermehrten Selbstwirksamkeitserfahrungen.

Eine Stärkung der Ernährungskompetenz ist gerade für benachteiligte und mit geringen Ernährungskennnissen oder praktischen Fertigkeiten ausgestattete Eltern von hoher Bedeutung.

Die Verbindung von grundlegenden Kenntnissen über die Zusammensetzung von Lebensmitteln, und praktischen Fähigkeiten zu deren Zubereitung ermöglicht eine ausgewogene und für die individuellen Bedarfe der Kinder und Jugendlichen geeignete Ernährung. Gleichzeitig erleichtert eine gute Ernährungskompetenz die tägliche Ernährungspraxis und entlastet so auch den Alltag von Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status.

Schließlich unterstützt eine kompetente Auswahl der passenden Produkte aus dem sehr vielfältigen und nicht immer sofort übersichtlichen Angebot von Lebensmitteln die Eltern bei der Bewältigung der ökonomischen Herausforderung, dass das für den Lebensmitteleinkauf zur Verfügung stehende Budget niedriger und gleichzeitig dessen Anteil am gesamten Haushaltsbudget höher ist als bei bessergestellten Familien.

Stärkung eines bewegungsorientierten Lebensstils

Mit Blick auf einen insgesamt gesundheitsförderlichen Lebensstil sind vielfältige Formen der Bewegung ganz besonders für die persönliche Erfahrung von Selbstwirksamkeit geeignet. Hierzu sehen die deutschen Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung vor, dass Säuglinge und Kleinkinder sich so viel wie möglich bewegen und so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden.

Für Kindergartenkinder wird eine Bewegungszeit von mindestens drei Stunden pro Tag empfohlen. Für Kinder über sechs Jahre und für Jugendliche wird mindestens eine Stunde intensive körperliche Aktivität täglich empfohlen.

Auch hier gilt es, die Kompetenz und die Vorbildfunktion der Eltern zu stärken, damit z.B. spontane Bewegungsaktivitäten in der Familie, das Spielen mit anderen Kindern draußen an der frischen Luft, der gemeinsame Weg zu Fuß oder mit dem Fahrrad zum Alltag gehören. Eine bewegungsfördernde Stadtplanung gerade in dichtbesiedelten Wohngebieten sowie kostenfreie Mitgliedschaften in Sportvereinen sind wichtige flankierende Maßnahmen.

II. Gesundheitsförderung und die damit verbundenen Interventionen müssen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen

Um die Wirksamkeit und die ethische Vertretbarkeit der Interventionen zu begründen, muss jedem Präventionsprogramm ein wissenschaftliches Wirkungsmodell zugrunde liegen. Ebenso müssen alle Programme unabhängig wissenschaftlich evaluiert werden. Die Evaluation muss die Prozesse und Effekte anhand begründeter Indikatoren auswerten.

Dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage gibt, ist wissenschaftlich unstrittig. Um diese grundlegende Erkenntnis für eine gezieltere Prävention nutzen zu können, muss der Zusammenhang genauer untersucht und wichtige Faktoren und Mechanismen identifiziert werden.

Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung sind grundsätzlich interdisziplinär aufzubauen, sie müssen die relevanten Wissensbereiche und Expertisen einbinden. Ein bekanntes Beispiel mit bereits gut abgesicherter Evidenz stellen im medizinisch-biologischen Bereich z.B. die Stillempfehlungen dar, die im peb-Projekt GeMuKi u.a. genutzt und verbreitet werden.

III. Die primärärztlichen Strukturen müssen besser genutzt werden

Es besteht Einigkeit, dass für Übergewichtsprävention eine frühe Weichenstellung erforderlich ist. Die ersten wichtigen Verhaltensprägungen finden bereits in der frühen Kindheit bzw. bereits vor der Geburt statt. Um alle Kinder und Jugendlichen – unabhängig von ihrer sozialen Situation – zu erreichen, müssen die primärärztlichen Strukturen noch gezielter als bisher genutzt werden.

Die hohe Akzeptanz und Wertschätzung der Kinder- und Jugendärzte bei den betroffenen Familien bietet einen guten Ausgangspunkt für ein niederschwelliges Angebot von Präventionsempfehlungen. Kinder- und Jugendmediziner, Allgemeinmediziner und Gynäkologen müssen wissenschaftlich fundierte, lebensnahe und

individuell abgestimmte Botschaften zu gesundheitsgerechtem Verhalten, insbesondere zu Ernährung und Bewegung, vermitteln.

Erfolgreiche Kooperationsansätze wie die Einbindung von Angeboten der Jugendhilfe und von sozialen Hilfen in Arztpraxen sollten in die Regelversorgung übernommen werden.

Die verpflichtende Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen sollte über das 5. Lebensjahr hinaus bis zum 16. Jahr bestehen. Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse muss standardisiert sein und in einer für die Patient:innen verständlichen Form erfolgen.

IV. Die Praxis der Gesundheitsförderung muss über Systemgrenzen hinweg integriert und in den Regelstrukturen verankert werden

Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention findet an vielen Stellen statt – jedoch meist unkoordiniert. Unterschiedliche Bereiche und Einrichtungen des Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystems führen Maßnahmen entsprechend ihren jeweiligen Möglichkeiten und Strukturen durch, oft nur als zeitlich begrenzte Programme. Eine systematische Abstimmung und Koordination finden kaum statt.

Synergien werden kaum erkannt und genutzt. Viele Erfahrungen und Erkenntnisse aus zeitlich begrenzten Programmen gehen wieder verloren. Die bisherige isolierte Arbeitsweise in getrennten Zuständigkeiten muss im Interesse einer effektiveren, integrierten Präventionsarbeit überwunden werden. Die Praxisakteur:innen müssen auf die integrierte Arbeitsweise vorbereitet und mit angemessenen Ressourcen ausgestattet werden. Eine nachhaltige Wirkung in der Fläche kann nur gesichert werden, wenn die präventive Arbeit in den Regelstrukturen des Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystems und auf kommunaler Ebene verankert wird.

V. Kitas und Schulen müssen ihrer Verantwortung gerecht werden

Um Kinder und Jugendliche aller sozialen Schichten bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen, kommt Kitas und Schulen eine besondere Verantwortung zu. Länder und Kommunen müssen hierfür die erforderlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen bereitstellen. Der Kita- und Schulalltag sollte vorbildlich gestaltet sein – mit einer gesundheitsfördernden Praxis in den Bereichen Ernährung, Bewegung, digitale Medien, Erholungs- und Ruhezeiten.

Gleichzeitig müssen Kitas und Schulen die Vermittlung gesundheitsfördernder und gesundheitserhaltender Alltagskompetenzen sowie des dafür nötigen, altersgerecht aufbereiteten Wissens noch stärker als wichtige Aufgaben behandeln. Und sie sollten ihren niederschweligen Zugang zu den Familien gezielt nutzen, um Kinder und Eltern bei der eigenverantwortlichen Verwirklichung gesundheitspädagogischer Angebote auch zu Hause zu unterstützen.

VI. Kommunen sind der beste Ort für eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung

Eltern, Kinder und Jugendliche sind in ihrem örtlichen Lebensumfeld, ihrer konkreten Lebenswelt, am besten erreichbar. Angebote der Verhaltensprävention und örtliche Maßnahmen der Verhältnisprävention, zum Beispiel in Kitas und Schulen, können dort optimal miteinander verbunden werden.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung muss daher in Kommunen und mit passgenauen Programmen stattfinden. Dies erfordert vor Ort den Aufbau dauerhafter Kooperationsstrukturen und die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für die Zusammenarbeit. Ebenso ist eine datenbasierte Beobachtung der sozialen Lage der Kinder und Jugendlichen erforderlich. Sie ermöglicht es, Quartiere und Bevölkerungsgruppen mit besonderem Bedarf zu identifizieren und spezifische Vorgehensweisen und Angebote zu entwickeln.

Auch können auf der Grundlage klarer Daten die vor Ort getroffenen Maßnahmen auf ihre Wirkung hin bewertet werden, sich abzeichnende Erfolge können zur Vertiefung genutzt beziehungsweise Misserfolge auf ihre Ursachen hin untersucht werden.

Die Programme sollten gemeinsam von den kommunalen Fachdiensten und den Präventionsakteuren vor Ort entwickelt werden und die angesprochenen Bevölkerungsgruppen sowie die für diese wichtigen Multiplikator:innen frühzeitig in die Entwicklung einbezogen werden.