

Rede der Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, Renate Künast

Anlass: Kongress „Kinder und Ernährung“
Termin: 08.07.2003
Ort: Katholische Akademie, Berlin
Thema: Lust und Last des Essens – „Fit Kids“ fallen nicht vom Himmel

1.	Prävention von Übergewicht ist die wichtigste ernährungspolitische Herausforderung!	1
2.	Deutlicher Anstieg von Übergewicht bei Kindern	1
3.	Prävention muss bei der Ernährung ansetzen!	2
4.	Ernährungserziehung ist eine <i>öffentliche</i> Verantwortung	3
5.	Auch Wirtschaft und Medien müssen sich bewegen!	5
6.	Wir brauchen eine Nationale Verzehrerhebung.....	7
7.	Geniessen will gelernt sein!	7

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,
sehr geehrte Mrs. Robertson,
sehr geehrte Damen und Herren!

1. Prävention von Übergewicht ist die wichtigste ernährungspolitische Herausforderung!

Wir haben vor zwei Jahren angefangen, uns im Ernährungsbereich auf das Thema „Kinder“ zu konzentrieren. Das Motiv war, in der Ernährungspolitik endlich den Kindern gerecht zu werden.

Je mehr ich mich damit beschäftigt habe, musste ich feststellen, wie wichtig das Thema wirklich ist.

Wir wissen nicht nur zu wenig, es ist ein massives Problem: Die Fettleibigkeit bei Kindern.

Deshalb ist die Bekämpfung des Übergewichts von Kindern und die Beförderung einer gesunden Ernährung für mich die wichtigste ernährungspolitische Herausforderung.

Es ist, wie wir heute sicherlich noch gemeinsam sehen werden, ein Thema mit viel Sprengstoff, aber zum Glück auch vielen Chancen.

2. Deutlicher Anstieg von Übergewicht bei Kindern

Meine Damen und Herren,

Sie kennen die Ausgangslage: Jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche ist übergewichtig. 7 bis 8% der Kinder sind adipös. Damit ist Übergewicht die häufigste ernährungsmitbedingte Gesundheitsstörung von Kindern in Deutschland.

Die WHO spricht bereits von einer Adipositasepidemie.

Höchste Zeit, das zu ändern. Denn dicke Kinder werden oft auch dicke Erwachsene.

Wenn wir diesen Trend nicht aufhalten, so rechnen Experten damit, dass in 40 Jahren jeder 2. Erwachsene adipös sein wird.

Und die Folgen für die Kinder sind fatal:

- Dicke Kinder haben ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko – etwa für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Problemen, Diabetes und Gelenkerkrankungen.
- Hinzu kommen die psychosozialen Probleme. Hänseleien durch Gleichaltrige, Unbehagen bei körperlicher Bewegung, Druck in Schule und Elternhaus. Eine amerikanische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass adipöse Kinder, die in Krankenhäusern behandelt werden, genauso unglücklich sind wie krebskranke Kinder in einer Chemotherapie.

Und auch die gesellschaftlichen Folgekosten von Übergewicht sind enorm:

- Die Kosten von ernährungsmitbedingten Krankheiten werden auf etwa ein Drittel der Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens geschätzt (*Schriftenreihe BMGS*) – und belasten gerade die Krankenkassen ganz erheblich.

Die Ursachen sind hinlänglich bekannt:

- Die Kinder essen zu viel, zu süß und zu fett - dafür aber zu wenig Obst und Gemüse
- Und sie bewegen sich zu wenig, verbringen zu viel Zeit vor Fernseher und Computer
- Hinzu kommt eine neue Esskultur – man könnte auch sagen: der Verlust von Esskultur, in der das Wissen über gesunde Ernährung und entscheidende Kulturtechniken wie das Kochen und gemeinsame Essen verloren geht.

3. Prävention muss bei der Ernährung ansetzen!

Wir müssen diesen Trend aufhalten! Wir werden mit der Prävention von Übergewicht dann erfolgreich sein, wenn bei der Ernährung ansetzen: Beim Ernährungsbewusstsein und beim Essverhalten. Eine ausgewogene, gesunde Ernährung und genügend Bewegung verringern das Risiko für ernährungsbedingte Krankheiten – und somit auch für Übergewicht!

Und damit diese Präventionsstrategie aufgeht, gehören alle Beteiligte an einen Tisch. Der heutige Kongress soll der Startschuss dafür sein.

Er wird uns einen Überblick geben über die Probleme, deren Ursachen und, so hoffe ich, auch einige Anstöße für Lösungen.

Der Deutschen Gesellschaft für Ernährung möchte ich an dieser Stelle ganz herzlichen für die gute Zusammenarbeit bei der Vorbereitung dieses Kongresses danken.

Morgen wird die konstituierende Sitzung von vier Arbeitsgruppen sein, die konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation der Kinder entwickeln sollen.

Entsprechend der Lebensbereiche der Kinder werden sie sich folgenden Bereichen widmen:

- Kindertagesstätte/Familie
- Schule
- Kinderernährung in den Medien und
- Lebensmittelangebot, Werbung, also der Ernährungswirtschaft

4. Ernährungserziehung ist eine öffentliche Verantwortung

Meine Damen und Herren,

Mündigkeit der Verbraucherinnen und Verbraucher, Hilfe zur Selbsthilfe und Eigenverantwortung sind auch bei der Ernährung und dem Verbraucherschutz sehr wichtig. Aber es gibt eine Zielgruppe, bei der das definitiv nicht reicht: Ich meine die Kinder.

„Fit Kids fallen nicht vom Himmel“! Gerade bei Kindern geht es um die altersgerechte und konsequente *Herstellung* von Mündigkeit, um „Empowerment“: Wir müssen Kinder und Jugendliche in die Lage versetzen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu handeln – besonders dann, wenn es um ihre Ernährung und Gesundheit geht.

Große Verantwortung liegt sicherlich bei den Eltern. Aber wir machen es uns zu einfach, wenn wir es dabei belassen wollen.

Ernährungserziehung und Ernährungsbildung sind nicht nur Sache der Eltern. Hierfür gibt es – wie im Übrigen für jede Form von Bildung und Erziehung – auch eine *öffentliche* Verantwortung.

Die Studie „Ernährung in der Schule“, die im Auftrag des BMVEL durchgeführt worden ist, hat bewiesen: es gibt leider durchaus Defizite bei der Ernährungsbildung.

Deshalb brauchen wir zuallererst eine verbesserte Ernährungserziehung und eine gesündere Verpflegung in Kitas und Schulen. Sie kennen ja alle den Spruch „*was Hän-schen nicht lernt...*“. Hier hat der Volksmund recht: Ernährungsgewohnheiten werden in der Kindheit geprägt. Deshalb muss die Primärprävention so früh wie möglich beginnen.

Und wenn jetzt endlich der Bildungsauftrag von Kitas definiert wird, dann möchte auch ich einen Vorschlag machen:

Eine Möhre zu schnippeln, eine Kartoffel zu schälen, sich selber ein gesundes Vollkornbrot zu schmieren – das gehört für mich zu diesem Bildungsauftrag dazu! Elementare Grundkenntnisse über die Lebensmittel und ihre Zubereitung – das sind aus meiner Sicht Kulturtechniken, die Mädchen und Jungen beherrschen sollten!

Es ist elementar zu wissen, was mein Körper braucht und was welche Stoffe bewirken. Was die Möglichkeiten des Körpers sind.

Diese Möglichkeiten sind wesentlicher Bestandteil unseres Kapitals im Leben, und insbesondere der Kinder.

Es ist entscheidend, wie die jungen Menschen mit diesem Kapital umgehen können. Unabhängig von Bildung, Geld oder sozialer Zugehörigkeit: Dieses Kapital entscheidet über Selbstwertgefühl, Körpergefühl, Ausbildung- und Arbeitschancen – ihre Zukunft. Und deshalb gehört das Wissen um den eigenen Körper und das, was gut für ihn ist, zur elementaren Bildung wie Rechnen oder Schreiben!

Meine Damen und Herren,

dicke Kinder haben schlechtere Startchancen im Leben. Fettleibigkeit ist in der sogenannten ersten Welt inzwischen gar zu einem Zeichen von Armut geworden.

Deshalb ist es für mich inzwischen eine Frage der Gerechtigkeit, dass wir uns des Themas annehmen!

Die Botschaft des heutigen Kongresses ist eigentlich simpel: „*besser essen – mehr bewegen*“. Damit sie nicht nur gehört, sondern auch praktisch umgesetzt wird, müssen wir den Kindern zuallererst ein gutes Vorbild sein.

Und wir müssen Ihnen Lust machen:

- Lust auf Bewegung
- und Lust auf gesunde Ernährung.

Der erhobene Zeigefinger bringt uns da nicht weiter!

Und genau hier setzt deshalb unser Programm „Fit KID“, die Gesund-Essen-Kampagne für Kitas, an: Beim Spaß der Kinder und bei der Sensibilisierung von Eltern und Erziehern. Und auch an Schulen unterstützen wir bereits zahlreiche Maßnahmen.

Der erste Schritt ist also schon gemacht. Jetzt muss es weiter gehen – etwa bei der gesunden Ernährung an Ganztagschulen, deren Einrichtung die Bundesregierung massiv unterstützt. Und auch das Lebensmittelangebot in Schulkiosken gehört auf den Prüfstand.

Ich bin neugierig, welche weiteren Empfehlungen die Arbeitsgruppen „Familie/Kita“ und „Schule“ machen werden.

5. Auch Wirtschaft und Medien müssen sich bewegen!

Die beiden anderen Arbeitsgruppen zu Wirtschaft und Medien werden sich mit brisanten Fragen beschäftigen müssen:

In der Arbeitsgruppe Wirtschaft wird es z.B. um die sogenannten „Kinderlebensmittel“ gehen – die sich in Portionierung, Aufmachung und Design hauptsächlich an Kinder richten – sogenannt, weil sie in Wahrheit Kindersüßigkeiten sind.

Das Angebot an diesen Produkten hat sich in den letzten Jahren verdreifacht. Dabei sind spezielle Kinderlebensmittel nach dem 1. Lebensjahr überhaupt nicht erforderlich. Sie werden nicht alles essen, aber sie können die Produkte der Erwachsenen essen und sollten es auch.

Die Werbung für Kinderlebensmittel suggeriert leider häufig das Gegenteil. Deshalb bin ich dem Vorstoß der EU-Kommission zur Regulierung sogenannter „Health Claims“ nicht abgeneigt – insbesondere wenn es um Kinderlebensmittel geht. Den Eltern wird nahe gelegt, sie würden mit ihnen ihren Kindern etwas besonders Gutes tun. Es könnte gar vermutet werden, dass Kinderlebensmittel besser als herkömmliche Lebensmittel für die Ernährung von Kindern geeignet seien.

Über Einzelheiten einer solchen Verordnung wird man freilich debattieren müssen. Und auch die vorgesehene Regulierung des Zusatzes von Vitaminen und Mineralstoffen erachte ich als einen Schritt in die richtige Richtung.

Ein weiteres Thema der Arbeitsgruppe Wirtschaft wird sicherlich die Frage der Nährwertkennzeichnung sein. Wie gelingt es, die Transparenz gegenüber den Verbrauchern, in dem Fall also den Eltern, zu erhöhen? Könnte die Angabe des genauen Zucker- oder Fettanteils, wie es etwa in den USA obligatorisch ist, nicht vielleicht ein sinnvoller Weg sein?

Ich unterstütze hier die Bemühungen der EU-Kommission, die Verbraucheraufklärung zu verbessern. Eine Novellierung der Richtlinie wurde von Brüssel ja bereits angekündigt.

Meine Damen und Herren,

das Lebensmittelangebot selber müssen wir aber auch unter die Lupe nehmen. Aus den USA gibt es hier bereits positive Signale: Dort hat in dieser Woche ein großer Lebensmittelkonzern erklärt, dass er den Fettgehalt reduzieren und die Werbeinhalte verändern will.

Diese angesichts von Sammelklagen hervorgerufene Entwicklung werden wir natürlich genauestens beobachten.

Meine Damen und Herren,

Wäre es nicht eine Herausforderung für die Werbebranche, tatsächlich gesunden Lebensmitteln ein – wie wir Alten sagen – „cooles“ Image zu verpassen?

Wir werden uns deshalb auch mit den Themen Wirtschaft und Medien beschäftigen. Der Umfang der an Kinder gerichteten Werbung steigt seit zwanzig Jahren kontinuierlich an.

Ernährungsphysiologisch gesehen ist nicht nur der Inhalt der gesendeten Werbung häufig problematisch - bei Kindern wird darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen der Dauer des täglichen Medienkonsums und der Entwicklung von Übergewicht vermutet.

Trotzdem wollen wir den Medienkonsum nicht verteufeln. Im Gegenteil kann man auch das Fernsehen für Ernährungsaufklärung nutzen, wie es seit Jahrzehnten erfolgreich mit der Verkehrserziehung gelingt.

Ich erhoffe mir sehr viel davon, dass wir hier jetzt etwas gemeinsam anfangen. Wir brauchen diesen gemeinsamen Weg von Lebensmittelindustrie, Medien, Verbraucherschützern und Politik zu erarbeiten: Wir alle dürfen auf die Vorschläge gespannt sein!

6. Wir brauchen eine Nationale Verzehrerhebung

Wir arbeiten im BMVEL an den notwendigen Rahmenbedingungen.

Aber, meine Damen und Herren, wir brauchen Ihr gesichertes Wissen!

Wir wissen bereits, dass falsche Ernährungsmuster häufig auch mit sozialer Herkunft, Bildungsgrad oder Migration der Familie zu tun haben.

Trotzdem liegen über diese Zusammenhänge und viele andere Fragen bislang noch zu wenige oder gar keine Informationen vor.

Wir haben noch zu wenige wissenschaftliche Belege z.B. darüber, welche Mengen Kinder zu sich nehmen, um Rückstandshöchst-mengen in Lebensmitteln richtig berechnen zu können.

Deshalb werden wir erstmals nach fast 15 Jahren wieder eine nationale Verzehrsstudie durchführen. Langfristig planen wir ein regelmäßiges Ernährungsmonitoring.

7. Geniessen will gelernt sein!

Meine Damen und Herren,

bei den Kindern entscheidet sich: Wird das Essen Last oder vor allem Lust? Zu einer positiven Esskultur gehört es auch, *richtig* genießen zu können. Und auch das Genießen will eben gelernt sein!

Ich wünsche mir, dass wir später einmal sagen können, dass dieser Kongress einen wichtigen Beitrag geleistet hat, weil er uns zu einem gemeinsamen Vorgehen verholfen hat!

David BYRNE

European Commissioner for Health and Consumer Protection

**“Food for Thought -
Nutrition and Public Health Policy”**

*Check Against Delivery
Seul le texte prononcé fait foi
Es gilt das gesprochene Wort*

Children and Nutrition Congress

Berlin, 8 July 2003

Ladies and Gentlemen,

First may I express my sincere thanks to the Federal Ministry of Consumer Protection, Food and Agriculture, and Renate Künast in particular, for the excellent and timely initiative in organising today's conference.

The statistics contained in the Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV) report on the situation in Germany regarding child nutrition and health are alarming – in particular regarding the rise in obesity amongst children.

But Germany is, of course, far from alone in its predicament. Similar patterns can be observed right across Europe – and indeed beyond our borders – indicating a seemingly relentless tide of increasing obesity and nutrition related diseases affecting the whole of our society.

The WHO's Europe region estimates that up to 20-30% of adults in Europe are overweight. It says that poor diet and lack of physical activity is also linked with cardiovascular diseases. In Europe, cardiovascular diseases are responsible for 40% of all deaths and will be for the next 20 years.

My address today is entitled "Food for Thought – Nutrition and Public Health Policy". I will first say a few words on "cause and effect" and then focus on three principal areas – information, education and finally some thoughts on responsibility.

But before I do so, allow me to make an initial observation.

The subject of obesity has been in the shadows for far too long. Admittedly it is a sensitive issue and, of course, we must take care not to stigmatise anyone who suffers from this condition.

But there are encouraging signs. Obesity is fast rising up both the political and social agenda. Indeed this very conference is a concrete and visible recognition of the essential need to find successful solutions.

The increasing profile and attention given to obesity are good news. The time is now right to build on this raised awareness and to concentrate our efforts towards building a healthier future for all.

Legislation alone cannot combat obesity. However, I am sure we all agree on the urgent need for all those involved to fully address the issue of nutrition.

Left unchecked, rising obesity will constitute a drain on public resources in future. Healthcare spending could go through the roof while the overall effects on society could be extremely severe.

But in addition to – and possibly even above – economic considerations, our duty to act comes sharply into focus when we consider the personal suffering that a lifetime of obesity can entail.

And the social effects are particularly pronounced amongst children. Children, as we know, can be very cruel in their social interactions. And as the VZBV report shows, the incidence of bullying and name-calling suffered by obese children is extremely high. And this is only likely to increase a child's sense of isolation and lower his or her self-esteem, thus exacerbating the problem.

Cause and effect

We know that the factors influencing obesity are complex. They encompass genetic, societal and environmental factors, including, of course, diet and lifestyle.

It is, however, clear that excess weight gain and obesity generally arise from an imbalance between the calories we consume and the energy we expend. Maintaining a constant and healthy weight is – in essence – largely a question of getting the balance right.

Clearly for many individuals, young and old, this balance is not being achieved. Although energy intakes appear to have actually declined in recent decades, the supply of fuel still outstrips the demand for energy. If we look at the way lifestyles have changed over the years this trend can be easily explained.

On the supply side there has been a general drift away from home-prepared meals towards a lifestyle of eating on the run – often not conducive to overall dietary balance.

The food industry today provides the basis of our diet and caters to our diverse needs for taste, nutrition, variety and convenience. While processed foods make a significant and often positive contribution to our dietary intakes, consumers may not be aware of the hidden fats, as well as the sugar and salt content of the foods they choose. And the consumption of fruit and vegetables, which provide key nutrients for health, is also often insufficient.

On the demand side, life is quite simply less physically active than it used to be. How many of us here drive or take public transport to get to work or take the lift instead of the stairs?

And many children today are more likely to be found watching TV or playing computer games than participating in active pursuits. The energy required to be slumped in front of a screen or push a mouse around a mousemat is vastly reduced when compared, for example, to chasing a ball around a park or going swimming.

So – we know the problem but how can we best move forward? In short, we need to encourage citizens of all ages to establish a broad equilibrium between what they eat and drink and the energy they expend.

It sounds very simple. But getting there will take a massive effort. There is no magic bullet. The problem needs to be addressed from a number of angles and requires active collaboration from the whole range of stakeholders right across society.

Information

Ensuring that consumers are provided with sufficient, reliable information on which to base their choices is one of the principal objectives I pursue in my position as European Commissioner for Health and Consumer Protection.

As far as food and drink are concerned I intend to make three important proposals for new legislation in the near future.

The fine details of these proposals have yet to be formally agreed, but I can give you a broad flavour of what they are likely to include.

The first proposal will cover nutrition and health claims. It will be on the Commission's agenda next week. The aim is to ensure that consumers are not misled and that any claim promoting a health or nutritional benefit is scientifically justified.

Nutrition claims are those claims that state suggest or imply that a foodstuff has particular nutritional properties due to its energy value or its nutrient content. For example – “with added vitamin C”; “high in fibre”; or “fat free”.

Health claims are those claims that state, suggest or imply a relationship between a foodstuff or food component and health. For example – “calcium fortifies the bones”. These may include claims for reduction of a disease risk factor such as – “whole grain may reduce the risk of heart disease”.

The important point is that all claims should be verifiable and should not give false or misleading impressions of the purported benefit of a particular food.

For example 90% fat-free is often misunderstood to mean “low fat”, whereas a 10% fat content is in fact relatively high. We intend to insist on the latter – that is, the indication of actual content rather than an inverted expression of what a food does not contain.

The second proposal concerns the harmonisation of measures concerning the fortification of foods with, for example, vitamins and minerals. Measures currently in place vary across the Member States.

We are discussing a framework to allow for criteria to be drawn up to prohibit foods from bearing claims or being fortified unless they have an appropriate nutritional profile.

Such an appropriate profile could include limitations, in particular, of the content of fat, saturated and trans fatty acids, sugars and salt.

This would not, however, amount to classifying foods as either “good” or “bad”. No product would be barred from the market, no product would be subject to a negative labelling as a result of this new approach.

However, products which do not meet the nutrient profiles because of their high content in a nutrient that has been identified as having a negative impact on health (fat, salt, sugar) would not be eligible for bearing a nutritional or health claim nor will they be eligible for fortification. This prevents them from being marketed as “good food”, which they are not.

In the interest of consumer protection, we want to ensure that consumers are not potentially misled through the use of claims about the contribution of a specific food towards a balanced diet.

A similar approach has been enforced for nearly a decade in the U.S. where food with a content in salt, fat or cholesterol higher than the limits specified by the FDA may not be marketed as “healthy” food.

I am not suggesting that confectionery or potato crisps for example should be avoided but instead that such foods should form only a small part of a person’s diet. Food producers should not be permitted to push the consumption of such foods through the use of nutrition and health claims.

Such an approach to nutritional profiling is based on the WHO/FAO report on “Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases” of February this year, in which the WHO calls for limitation of intakes of certain nutrients.

This new approach will be a key component of a new nutrition policy I will propose in order to respond to the formidable challenge of diet-related chronic diseases. The reform of the EU rules on nutrition labelling will constitute another major component of this policy.

We will seek to improve our current legislation to facilitate consumers’ understanding and use of nutrition labelling in choosing balanced diets.

One of the points under consideration is whether nutrition labelling should be made mandatory so that consumers can find the same information, presented in the same format, across the majority of foods that they choose.

The possible introduction of mandatory nutrition labelling could also present a valuable opportunity to educate consumers about the nutrition label, and how to interpret and utilise nutrition information in selecting healthy diets.

These measures, taken together, amount to a major overhaul of European food labelling legislation – with the aim of helping consumers to make informed choices about what they choose to buy.

But – while such information represents an important enabling factor, it cannot in isolation lead to dietary and behavioural change. The Eurodiet and WHO/FAO reports, and other public health nutrition experts, all highlight the need for co-ordinated, multi-sectoral and population wide strategies.

Education

Our efforts to inform need to be matched by educational measures to help individuals better understand and use the information on food labels to meet their specific needs.

We need to motivate and encourage positive change not only in relation to diet but also to promote an increase in physical activity.

The active involvement of a range of key stakeholders is essential for the development of clear understandable motivational messages to encourage positive behavioural change.

The new EU public health programme, which came into force on 1 January of this year, provides the framework and the means to take forward important work in the area of nutrition and health.

The establishment of a Nutrition and Physical Activity Network paves the way for the development of more coherent strategies with an emphasis on obesity prevention. It also facilitates the sharing of ideas and the transfer of best practices throughout the European Union.

In order to influence behaviour we need to understand better what people eat and how dietary patterns are changing. This will facilitate the drawing up of “nutrition action plans” taking into account the needs of specific sectors of the population – the young and the elderly, for example. The collection and analysis of nutrition-related data is continuing under the DAFNE project.

I should also mention the Health Promoting Schools project, jointly supported by the WHO, the Council of Europe and the European Commission, which seeks to instil sound dietary and lifestyle habits in school children.

Responsibility

Before I finish, I want to touch on the issue of responsibility in putting into practice the behavioural changes we are keen to promote.

First – governments and civil society need to ensure that health and nutrition is given the priority it deserves – as indeed many within the European Union are actively doing. This includes the promotion of good dietary habits and the importance of exercise.

It also includes ensuring that positive and consistent messages are relayed to children through national education systems. We need to ask ourselves the

question – “Is it right that children often have access to processed snacks and high sugar drinks in schools, but not fruit?”

Education should strive to give children not only a better understanding of food but also appreciation of its diversity in order to foster sound dietary habits. Educational strategies should communicate direct and perceivable benefits associated with healthy eating and encourage a positive body image among children and teens.

Second – the food industry has a responsibility to ensure that healthy choices become easy choices for their consumers – a point made by Dr Brundtland of the WHO, in particular with regard to children.

Science has shown the need to reduce the fat, sugar and salt levels in the diet overall, while we also wish to see an increase in consumption of fruit and vegetables.

The food industry must respond to this challenge by providing foods that meet consumers’ expectations for taste and convenience while addressing today’s nutritional concerns.

I very much welcome recent initiatives by industry to promote healthier eating by e.g. limiting the size of its portions.

Given its direct contact with consumers, the food industry has a unique and important role to play in communicating the importance of good nutrition, as well as the contribution of specific foods, to consumers in a responsible and reliable manner. Indeed the WHO is already engaged in constructive dialogue with the food industry on these important issues.

The food industry also needs to address the marketing of food products to children.

In recent years the advertising industry has recognised and exploited the power of selling brands and images rather than products in isolation – associating a particular lifestyle with a product.

The use of sport stars, for example, to sell high sugar, high fat or high salt foods is a case in point. This can create a misleading impression, especially to children, of the effect that a food might have.

I should add here that I recently made a proposal for a European Directive on unfair commercial practices in general, which would cover the banning of specific aggressive practices.

This includes “Advertising to children in a way which implies that their acceptance by their peers is dependent on their parents buying them a particular product.” Advertising to children needs to be responsible, and to take into account the way an average child would respond.

And finally with regard to the consumer – personal responsibility. All the measures I have mentioned here today can only go so far. Ultimately they rely on a positive reaction from citizens.

Whilst institutions can inform, educate and point out the benefits of eating healthily, taking exercise and controlling weight, ultimately the responsibility for taking personal action lies with the individual.

Similarly, parents must bear a large part of the responsibility for the dietary and exercise habits of their children.

Conclusion

Ladies and Gentlemen, I have covered a fair amount of ground in a short space of time.

To conclude, I see that this afternoon's session is entitled "Is there any way out of this?" There is an air of desperation about this question.

Without wishing to pre-empt this afternoon's discussions, I firmly believe that collectively we can continue to develop a comprehensive range of initiatives that, if properly co-ordinated and supported, on both a national and European level, could help to first stem the increase of dietary related problems and then help to reverse the current trends.

Thank you.

Aktionsplan für Nahrung und Ernährung für die Europäische Region der WHO – Schwerpunkt: Adipositas bei Kindern

Dr. Aileen Robertson, Regionalberaterin für Ernährung, WHO-Regionalbüro für Europa, Copenhagen, Denmark

Die Versorgung mit nährstoffreichen und gesundheitlich unbedenklichen Lebensmitteln ist eine Grundvoraussetzung für die Gesundheit von Kindern. Heute sind mehr denn je Maßnahmen erforderlich, die das Problem ernährungsbedingter schlechter Gesundheit sowie die hierdurch verursachten Schäden für die Kinder, Gesellschaft und das Gesundheitswesen vermindern. Daher haben im September 2000 alle 51 Mitgliedstaaten den ersten Aktionsplan für Nahrung und Ernährung (2000-2005) für die Europäische Region der WHO einstimmig gebilligt.¹

Geringe Stillquoten und mangelhafte Abstillverfahren führen zu Fehlernährung und Störungen, wie z. B. Wachstumsverzögerung und -hemmung, die ein erhöhtes Adipositasrisiko bei Kindern verursachen. Während die Adipositasprävalenz bei Erwachsenen ca. 20–30 % beträgt, ist eine rasche Zunahme der Adipositas bei Kindern zu verzeichnen. Sie haben ein deutlich erhöhtes Risiko, an Herz-Kreislauferkrankungen, bestimmten Krebsformen und Diabetes zu erkranken. Adipositas kostet einige Gesundheitseinrichtungen schätzungsweise 7 % ihres Gesamtetats für Gesundheitsvorsorge. Zu Beginn der 90er Jahre schätzte das deutsche Gesundheitsministerium die Kosten ernährungsbedingter Störungen auf ca. 113 Milliarden DM bzw. auf 30 % der gesamten Therapiekosten in Deutschland. Die Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen verursachte die höchsten Kosten, gefolgt von Zahnkaries und Krebs.

Ungefähr ein Drittel der Herz-Kreislauferkrankungen beruht auf einer unausgewogenen Ernährung. Zudem sind 30–40 % der Krebsformen durch eine bessere Ernährung vermeidbar. Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs und Diabetes sind für ca. 30 % des jährlichen Gesamtverlustes an gesunden bzw. produktiven Lebensjahren (*disability-adjusted life-years, DALY*) in der europäischen Region der WHO verantwortlich.

Eine Analyse des schwedischen Instituts für das Gesundheitswesen zeigt auf, dass die Fehlernährung in den EU-Ländern zu einem DALY-Verlust von 4,5 % führt. Hinzu kommen 3,7 % bzw. 1,4 % aufgrund von Adipositas und körperlicher Inaktivität. Der Gesamtprozentsatz des DALY-Verlustes durch Fehlernährung und körperliche Inaktivität beläuft sich somit auf 9,6 % im Vergleich zu 9 % durch Rauchen.

Eine Ernährungspolitik für Kinder sollte die Gesundheit fördern und die Adipositasprävalenz mindern, aber zugleich auch zur sozioökonomischen Entwicklung und einer nachhaltigen Umwelt beitragen. Die sich gegenseitig ergänzenden Aufgaben verschiedener Bereiche bei

¹ Exemplare des Aktionsplans werden für die Konferenzteilnehmer auf Deutsch verfügbar sein.

Kongress „Kinder und Ernährung“

Veranstalter: Bundesverbraucherministerium

Wissenschaftliche Leitung: DGE

8. Juli 2003, Berlin



der Ausarbeitung und Umsetzung dieser Politik sind von ausschlaggebender Bedeutung. Eine nationale Ernährungsstrategie für Kinder sollte auf die Gewährleistung optimaler Gesundheit ausgerichtet sein, insbesondere in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen und während der entscheidenden schnellen Wachstumsphasen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Dies beruht auf einer nachhaltigen Strategie der Nahrungsmittelversorgung (Ernährungssicherung) zur Sicherstellung der leichten Verfügbarkeit optimaler und qualitativ guter Nahrungsmittelmengen, z. B. von Obst und Gemüse. Gleichzeitig soll die Ausbeutung von Kindern durch die aggressive Vermarktung von Speisen und Getränken mit einem hohen Fett-, Zucker- und Salzgehalt reduziert werden.

Im Laufe der Kindheit ändern sich die Aufgaben der Ernährung. Eine gute Ernährung während der ersten Lebensjahre macht sich das ganze Leben bezahlt und trägt zur Vermeidung von Adipositas in der Kindheit bei. Dies beginnt mit der Ernährung während der Schwangerschaft aufgrund ihrer Bedeutung für den Fetus. Es gibt Hinweise darauf, dass ein ernährungsbedingtes niedriges Geburtsgewicht das Risiko erhöht, später im Leben adipös zu werden und Herz-Kreislauferkrankungen zu erleiden. Für die ersten sechs Lebensmonate wird ausschließlich das Stillen von Säuglingen empfohlen, rechtzeitig gefolgt von geeigneter Säuglings- und Kleinkindernahrung. Diese Empfehlungen sind, zusammen mit der Förderung gesunder Ernährung im Kindesalter, ein wichtiger Bestandteil der Ernährungspolitik für Kinder.

Die Ernährung hat eine erhebliche Auswirkung auf die Gesundheit von Heranwachsenden. Jugendliche haben einen gesteigerten Energiebedarf in ihren schnellen Wachstumsphasen. Viele, insbesondere in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen, entscheiden sich für Nahrungsmittel mit einem hohen Fett-, Salz- und Zuckergehalt, die möglicherweise Mikronährstoffmangel, hohen Blutdruck, Adipositas und Zahnkaries verursachen. Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass eine schlechte Ernährung aufgrund von Einkommensungleichheiten einen unterschiedlichen Gesundheitszustand nach sich zieht.

Zur Lösung dieses Problems sollten die Schulen ihre eigene Ernährungspolitik ausarbeiten. In der Schule ergriffene Maßnahmen sollten sowohl die Lehrpläne, die Schulverpflegung als auch das allgemeine schulische Umfeld umfassen, wie z. B. das Vorhandensein von Verkaufsautomaten. Das europäische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen hat in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro und der EU-Kommission einen Leitfaden für Lehrer erstellt. Darüber hinaus liefert eine umfassende und regelmäßig in ca. 30 Ländern durchgeführte Erhebung Erkenntnisse über die Verzehrsgewohnheiten von Jugendlichen und über ihre Einstellung zum eigenen Körperbild.

Ein Ernährungsleitfaden der WHO empfiehlt „Zwölf Schritte zu einer gesunden Ernährung“ mit mindestens 400 g Gemüse und Obst pro Tag. Hingegen ist eine Ernährung, die reich an gesättigten Fetten, Salz und Zucker und arm an Gemüse und Obst ist, verbunden mit einer sitzenden Lebensweise die Hauptursache für die weitverbreitete Adipositas und das Übergewicht bei Kindern. Die WHO hat zudem Leitlinien ausgearbeitet, um eine verstärkte körperliche Aktivität im Rahmen des normalen Alltags zu fördern. Die Entscheidung für tägliche körperliche Aktivität soll leicht fallen und so Adipositas verhindern, die Gefahr von Diabetes,

Herzkrankheiten und Schlaganfällen vermindern und gute Gesundheit und Wohlergehen fördern.

Ernährungssicherung in Europa bedeutet, dass wir die Erzeugung qualitativ guter Lebensmittel sicherstellen und gleichzeitig einen Beitrag zur Ankurbelung der Agrarwirtschaft und Förderung des sozialen Zusammenhalts leisten müssen. Zum Beispiel könnte der Ausbau der arbeitsintensiven Obst- und Gemüsebranchen (Bewirtschaftung und Verarbeitung) Arbeitsplätze in ländlichen Regionen mit einer hohen Arbeitslosenrate schaffen. Eine Ernährungspolitik zur Förderung einer hohen Fleisch- und Milchproduktion ist, gekoppelt mit Maßnahmen zur Vernichtung großer Obst- und Gemüsemengen, sowohl umweltschädlich als auch mit den Ernährungszielen unvereinbar.

Die Ernährungsziele hingegen betonen einen hohen Obst- und Gemüseverzehr, der mit einer geringen Zufuhr an gesättigten Fetten aus Fleisch- und Milcherzeugnissen einhergeht. Je stärker die Verstädterung in Europa fortschreitet, desto mehr ist eine Ernährungspolitik für Kinder erforderlich, die den besten Weg zu einer nachhaltigen Nahrungsmittelversorgung einer großen Stadtbevölkerung aufzeigt. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat einen Aktionsplan für die Ernährung der Stadtbevölkerung ausgearbeitet, um die städtischen Behörden bei der Bewältigung dieses Problems zu unterstützen.

Je mehr ethische Fragen und Menschenrechte neben Wissenschaft und Wirtschaft die Entscheidungsfindung bestimmen, desto mehr wird eine Abstimmung zwischen den einzelnen Bereichen und Organisationen erforderlich sein. Die einzelnen Länder müssen prüfen, welche Mechanismen zur Erleichterung einer verbesserten sektorübergreifenden Abstimmung notwendig sind. Ferner müssen sie gewährleisten, dass die Belange der Gesundheit, Wirtschaft, Landwirtschaft und Umwelt bei der Ausarbeitung einer Ernährungspolitik für Kinder berücksichtigt werden.

Dr Aileen Robertson
Regional Adviser for Nutrition
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Denmark
E-Mail: aro@who.dk

Ernährung im Kindesalter: Wie kann Übergewicht vorgebeugt werden?

Prof. Dr. med. Berthold Koletzko, Dr. von Haunersches Kinderspital, Klinikum der Universität München

Nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen nehmen Häufigkeit und Schweregrad von Übergewicht und Adipositas in alarmierender Weise zu (1). Bereits im Grundschulalter finden wir eine Häufigkeit übergewichtiger Kinder >10 % (2,3), mit von Jahr zu Jahr steigender Tendenz.

Auch wenn das Risiko des Einzelnen für die Entwicklung von Übergewicht wesentlich von der genetischen Veranlagung abhängt, bleibt die Lebensweise entscheidend: Übergewicht entwickelt sich, wenn die Energiezufuhr dauerhaft den Energieverbrauch überschreitet. Ein wesentlicher Risikofaktor ist deshalb die auch bei Kindern zunehmend sitzende Lebensweise mit geringer körperlicher Aktivität – mit niedrigem Energieverbrauch, niedriger Muskelmasse und geringer Fettverbrennung. Bei Grundschulkindern, die täglich mehr als 2 Stunden fernsehen oder Elektronikspiele benutzen, finden wir 1,7fach häufiger Übergewicht (3).

Hinsichtlich der Ernährungsweise werden oft einzelne Lebensmittel als Ursache des zunehmenden Übergewichtes angeschuldigt. Diese monokausalen Erklärungsansätze lassen sich jedoch nicht belegen. Erhebungen bei mehr als 6800 Schulanfängern in Bayern zeigen bei Normal- und Übergewichtigen gleiche Verzehrshäufigkeiten für Schokolade, gesüßte Getränke, Kuchen sowie Chips, Erdnüsse und Kekse.

Das Ernährungsverhalten bei Kindern unterliegt allerdings deutlichen Veränderungen. Gemeinsame Mahlzeiten am Familientisch mit Verzehr selbst zubereiteter Produkte werden zunehmend durch Gelegenheitskonsum und Verzehr von Fertigprodukten ersetzt, z. B. durch in der Schule, in der Freizeit und beim Fernsehen nebenbei verzehrte kaloriendichte Snacks. Sozialer Kontext, kulturelle Traditionen und regelmäßige zeitliche Intervalle des Essens drohen, verloren zu gehen. Bei Fertigprodukten besteht ein beunruhigender Trend zu steigenden Portionsgrößen. In den USA nahm der Energiegehalt pro Portion über 2 Jahrzehnte deutlich zu: bei salzigen Snacks um 93 kcal, Hamburgern um 97 kcal, Pommes frites um 68 kcal und Limonadetränken um 49 kcal pro Portion. Mit angebotenen größeren Portionen nehmen Kinder in Studien deutlich mehr Energie zu sich.

Problematisch ist auch der hohe Fettverzehr, der bei Kindern in Deutschland 40 % der Nahrungskalorien beiträgt (4). Fett enthält pro Gramm ca. 2,3fach mehr Energie als Kohlenhydrate (Stärke und Zucker) oder Eiweiß, so dass fettreiche Lebensmittel regelmäßig mehr Kalorien pro Portion enthalten. Zudem ist die Sättigung pro Kalorie bei Fett geringer. Fettreiche Nahrung (z. B. Pommes frites statt Kartoffeln) führt deshalb deutlich mehr Energie zu (5). In Populationsstudien nimmt bei Kindern und Erwachsenen mit höherer Fettzufuhr die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht zu. Dagegen tritt mit steigendem Kohlenhydratverzehr

seltener Übergewicht auf, wobei es für das Gewicht von untergeordneter Bedeutung ist, ob mehr Stärke oder mehr Zucker gegessen wird.

Einfach gesagt gilt also: Fett macht unsere Kinder fett. Eine reduzierte Fettzufuhr mit der Nahrung ist praktisch machbar und wirksam, wie das verhaltenstherapeutische Lernprogramm PowerKids für übergewichtige Kinder zeigt (www.powerkids.de). Hier erlernen Kinder mit Fettzie-Punkten spielerisch den Fettgehalt von Lebensmitteln und essen weniger Fett. Sie erreichen damit einen allmählichen aber nachhaltigen Rückgang ihres Übergewichtes (6).

Eine wirksame Vorbeugung von kindlichem Übergewicht gelingt durch regelmäßige Bewegung sowie bevorzugte Auswahl kohlenhydratreicher Speisen mit begrenzter Energiedichte. Empfehlenswert sind reichlich Gemüse und Obst, wie es die Kampagne „Fünf am Tag“ empfiehlt, reichlich Getreideprodukte, und Zurückhaltung bei fetten Speisen. Verbote sind nicht hilfreich. Zielführend sind ein attraktives Angebot kindgerechter Speisen zu Hause und in der Gemeinschaftsverpflegung sowie die Belebung einer gemeinschaftlichen Esskultur.

Literatur:

1. Koletzko B, Girardet J P, Klish W, Tabacco O. Obesity in children and adolescents worldwide: current views and future directions. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2002; 35:S205-12.
2. Verwied-Jorky S, Sönnichsen A, Weineck J, Koletzko B. Height and weight of German primary school children in the Family Intervention Trial (FIT) Erlangen. *Eur J Nutr*, 2003;42:165-70.
3. Kalies H, Koletzko B, von Kries R. Übergewicht bei Vorschulkindern. Der Einfluß von Fernseh- und Computerspiel-Gewohnheiten. *Kinderärztliche Praxis* 2001;4:227-34.
4. Koletzko B, Dokoupil K, Reitmayr S, Weimert-Harendza B, Keller E. (2000) Dietary fat intake in infants and primary school children in Germany. *Am J Clin Nutr*, 72, 1392:S-8.
5. Koletzko, B. Übergewicht. In: Koletzko, B (Hrsg.) *Kinderheilkunde und Jugendmedizin*, 12. Auflage, Berlin, Springer Verlag 2003
6. Koletzko B, Dokoupil K, Knoppke B, Ellrott T, Pudiel V. Praktikable Therapie bei übergewichtigen Kindern. *Bayrisches Ärzteblatt* 2003;58:237-40.

Prof. Dr. med. Berthold Koletzko
Dr. von Haunersches Kinderspital
Klinikum der Universität München
Lindwurmstraße 4
80337 München
Fax: 089-5160-3336

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Prof. Dr. Martin Wabitsch, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Ulm

Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas:

Übermäßiges Körpergewicht ist heute die häufigste ernährungsabhängige Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ungefähr **jedes sechste Kind** ist davon betroffen. Bei **7- 8%** aller Kinder und Jugendlichen liegt eine **Adipositas** vor.

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit zu hohem Körpergewicht ist in den letzten Jahren in Deutschland deutlich angestiegen: Bei Jenaer Schulkindern hat sich diese Zahl zwischen 1975 und 1995 verdoppelt (!). Diese Entwicklung hält in Deutschland weiter an.

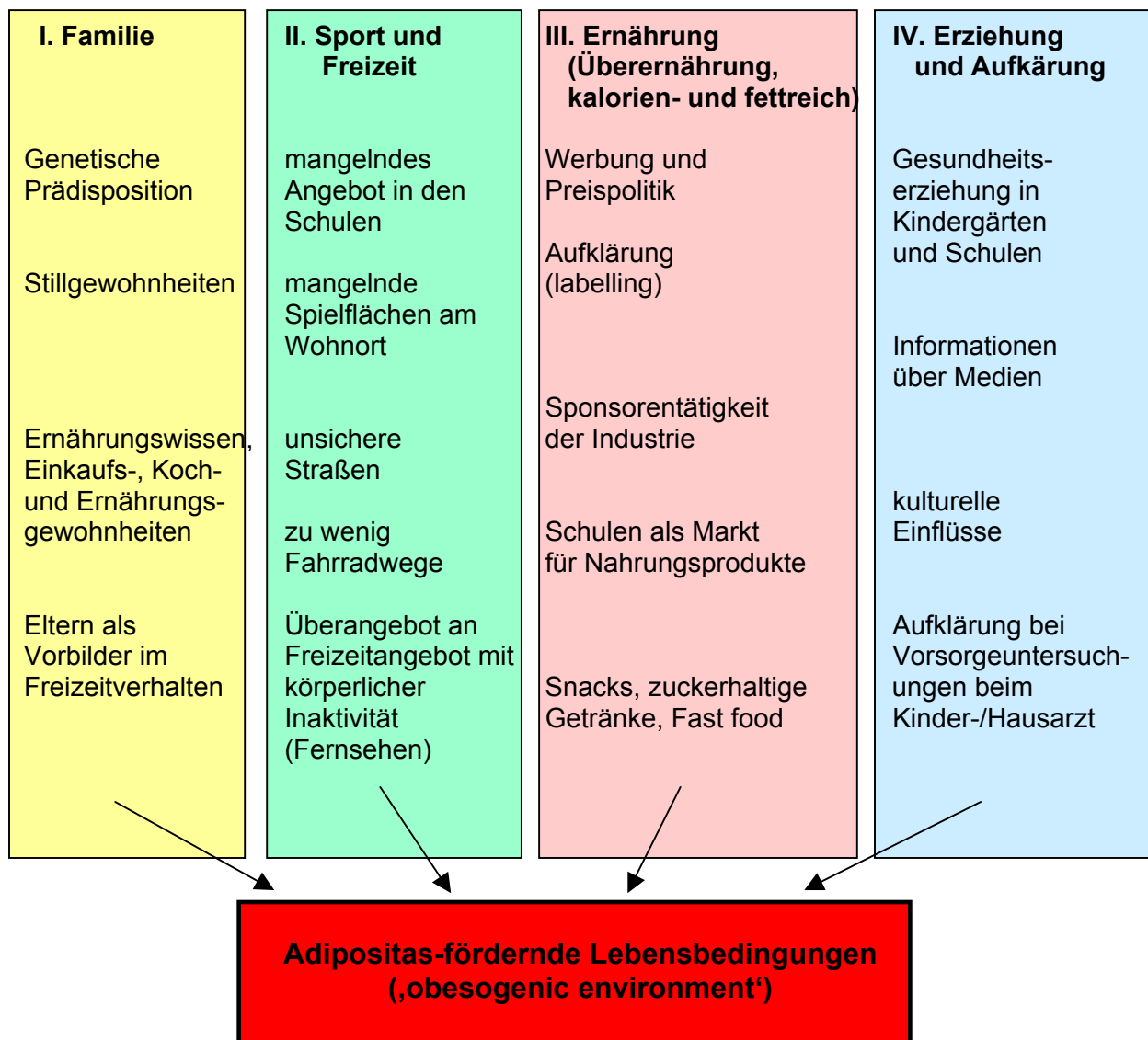
Die Folgen:

Aus übergewichtigen Kindern werden meist übergewichtige Erwachsene mit einem hohen Risiko für das Auftreten von Typ 2 Diabetes, kardiovaskulären, orthopädischen u. a. Erkrankungen. Der Typ 2 Diabetes, der normalerweise erst im höheren Lebensalter auftritt, wird jetzt bereits bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas (Prävalenz bei den Adipösen ca. 1,5 %) beobachtet. Es ist zu erwarten, dass durch die Zunahme von Übergewicht bei Kindern und dessen Folgen auf das deutsche Gesundheitssystem und die Gesellschaft erhebliche Kosten zukommen werden.

Die Ursachen:

Ogleich genetische Faktoren die Prädisposition zur Adipositas bestimmen, können diese Faktoren nicht die aktuelle Adipositas-Epidemie bei Kindern erklären, da die Prävalenz in einer stabilen Population und innerhalb weniger als einer Generation schnell anstieg. Es ist vielmehr anzunehmen, dass die sich geänderten Lebensbedingungen wesentlich zur Entstehung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen beitragen (WHO 2000).

Mögliche Adipositas-fördernde Faktoren:



Mögliche Interventionen im Sinne einer Prävention:

Auch wenn einige der o. g. Punkte durch die Politik nicht veränderbar sind, so sind doch viele durch sie beeinflussbar (positive Beispiele aus anderen Bereichen, bei denen die Politik das Verhalten der Bürger beeinflussen konnte: Sicherheitsgurte im Auto, Verbot der Tabakwerbung, raucherfreier Arbeitsplatz, Ökosteuer, Benutzung von Kondomen zur AIDS-Prävention, u. a.).

Vorschläge nach den 4 Bereichen und nach möglichen Prioritäten geordnet:

I. Familie

1. Mütter: Aufklärung über Vorteile des Stillens
2. Aufklärung und Weiterbildung von Eltern und Familien über gesunde Ernährung, Adipositas-fördernde Ernährung und Lebensweisen, körperliche Inaktivität; dabei Zugang zu den Familien über die Einrichtungen, in denen die Kinder betreut werden. (Elternabende, -broschüren, Workshops, u. a.)

II. Sport und Freizeit

1. Öffnen der Schulsportanlagen auch außerhalb der regulären Schulzeit
2. Im Rahmen der Ganztagsbetreuung/-schule: großzügiges Bewegungsprogramm
3. Bessere Sicherheit der Umgebung: Gehwege, Radwege, Schulweg
4. Städteplanung: mehr Platz für Bewegung und Sport/Grünanlagen

III. Ernährung

1. **Konzertierte Aktion mit der Nahrungsmittelindustrie** mit den Zielen:
 - Einschränkung der Werbung für energiedichte, fettreiche Nahrungsmittel insbesondere in Kindersendungen
 - Information über die Nahrungsmittel (labelling):
Erster Schritt: Angabe des Energiegehalts, Fettgehalts, Proteingehalts, Salzgehalts u. a. auf jedem Produkt.
Zweiter Schritt: Entsprechend der vorhandenen Evidenz: Kennzeichnen von: *Übergewicht förderndes Nahrungsmittel* (Fettgehalt) und *besonders gesundes Nahrungsmittel*
 - dies wird die Auswahl der Verbraucher beeinflussen
 - dies wird die Zubereitung durch die Firmen beeinflussen
 - Vorschlag an die Industrie, kleine Änderungen zu machen:
Kleine Änderungen x große Volumen = bedeutender Benefit für die Bevölkerung (z. B. Fettgehalt von Chips leicht reduzieren → Reduktion der „Fettlast“ in der Bevölkerung)
 - Die gesunde Auswahl zur einfachen Auswahl machen (Erhöhung der Preise für ungünstige Nahrungsmittel und Verbilligung/Subvention der gesunden Nahrungsmittel Fettsteuer, u. a.)
2. Kontrolle des Nahrungsmittelangebots an Schulen und auch anderen öffentlichen Stellen: Verbot von „ungünstigen“ Nahrungsmitteln und Erhöhung des Angebots von Obst und Gemüse

IV. Erziehung und Aufklärung

1. Erziehung und Aufklärung möglichst früh im Leben, in Kindergärten und Schulen mit dem Ziel: gesunde Ernährung, Steigerung der körperlichen Bewegung (vgl. Zähneputzen) z. B. im **Fach Gesundheitserziehung**
2. Aufklärungskampagnen in der Öffentlichkeit über adäquates Ernährungs- und Bewegungsverhalten, um das Risiko einer Gewichtszunahme zu reduzieren
3. Aufklärung und Weiterbildung von Eltern und Familien über gesunde Ernährung, Adipositas-fördernde Ernährung und Lebensweisen, körperliche Inaktivität; dabei Zugang zu den Familien über die Einrichtungen, in denen die Kinder betreut werden. (Elternabende, -broschüren, Workshops, u.a.)

Die Versorgungssituation für die Betroffenen:

Die Versorgungssituation für die Betroffenen ist in Deutschland mangelhaft: Von den Ärzten wird das Problem Adipositas im Kontakt mit den Eltern und ihren adipösen Kindern und mit den Jugendlichen oft bagatellisiert. Oft wird die Adipositas als Zeichen mangelnder Willenskraft interpretiert. Es gibt kaum Ärzte oder Therapeuten, die eine kompetente Diagnostik und Beratung oder eine langfristige Betreuung der chronisch Kranken anbieten können. Es gibt allerdings eine zunehmende Zahl von Anbietern für eine Behandlung des Übergewichts oder einer Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Diese Therapieangebote entsprechen oft nicht dem notwendigen Mindeststandard. Sie werden nicht langfristig evaluiert, und es ist damit kein Nachweis einer Wirksamkeit möglich. Für die Kostenträger liegen keine ausreichenden Qualitätskriterien vor, die eine Bewilligung von Therapiemaßnahmen in standardisierter Form ermöglichen.

Notwendige Verbesserungen in der Versorgung:

Folgende Aktionen sind notwendig, um erste Schritte in der Verbesserung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu erreichen:

- Einrichtung von interdisziplinären Adipositaszentren an den Universitätskinderkliniken und Kinderkliniken der Maximalversorgung
- Katamnesestudien zur Überprüfung der langfristigen Ergebnisqualität bereits durchgeführter Therapiemaßnahmen
- Einrichtung eines Dokumentations- und Qualitätssicherungssystems bei allen Therapieanbietern (z.B. apv siehe www.a-p-v.de) wie dies z. B. für den Diabetes mellitus in einem vom BMG geförderten Projekt möglich wurde. Es soll dabei ein Qualitätszirkel gebildet werden, in dem relevante Therapiebausteine benannt und die Therapieziele formuliert werden.
- Kontrollierte, randomisierte Therapiestudien zum Nachweis einer Wirksamkeit einer Therapie oder eines bestimmten Therapiebausteines
- Konsensfindung zusammen mit den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen über die Voraussetzung für die Finanzierung von Adipositasbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen. Dies wird auch zu einer erhöhten Transparenz der Bewilligungskriterien gegenüber der Versichertengemeinschaft führen.

Eine **nationale Expertengruppe/Task Force** sollte in Abstimmung mit Vertretern der Politik und den Kostenträgern sinnvolle Strategien **zur Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen** in Deutschland und zur Verbesserung ihrer Versorgung ausarbeiten.

Prof. Dr. Martin Wabitsch

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Prittwitzstraße 43
89075 Ulm

„Prävention der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, die Kieler Adipositas Präventions-Studie (Kiel Obesity Prävention Study, KOPS)“

*Prof. Dr. Manfred James Müller, Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde,
Christian-Albrechts-Universität, Kiel*

Konzept und gegenwärtiger Stand von KOPS

KOPS wurde 1996 begonnen. Es handelt sich um eine fortlaufende Untersuchung, welche bis zum Jahr 2009 geplant ist. KOPS ist sowohl eine Querschnitts- als auch eine Längsschnittuntersuchung an Kindern vor der Pubertät und Kindern um die Pubertät. Die Kinder wurden bzw. werden insgesamt 3-mal untersucht: im Alter von 6 Jahren (=T0), im Alter von 10 Jahren (=T1) und im Alter von 14 Jahren (=T2).

KOPS hat zwei Ziele:

1. Die Charakterisierung von Determinanten und Risikofaktoren des Übergewichtes im Kindesalter.
2. Die Untersuchung der langfristigen Effekte einer niedrig-schweligen Intervention in Schulen für alle Kinder (= *universal-prevention*) und innerhalb „übergewichtiger und dicker Familien“ (= gezielte Prävention oder *targeted prevention*).

Charakterisierung der KOPS-Population

Insgesamt gibt es 3 Populationen:

1. *5-7-jährige Kinder (=T0)*. Die Studienpopulation besteht aus 4997 Kindern, die im Rahmen der schulärztlichen Eingangsuntersuchung zwischen 1996 und 2001 erfasst wurden (=T0). Die Rekrutierung 5-7-jähriger Kinder wurde inzwischen abgeschlossen.
2. *10-11-jährige Kinder (=T1)*. Im Jahre 2000 wurde begonnen, 10-11-jährige Kinder zu untersuchen. Insgesamt wurden bisher 1752 10-11-jährige Kinder erfasst. Die Untersuchung der 10-11-jährigen Kinder wird bis in das Jahr 2005 fortgeführt.
3. *13-14-jähriger Kinder (=T2)*. Im Jahre 2004 werden wir beginnen, 13-14-jährige Kinder (=T2) zu erfassen. Dieser Teil der Studie wird im Jahre 2009 abgeschlossen sein.

Aus den 3 KOPS-Populationen können anhand von Untergruppen longitudinale Beobachtungen der Veränderungen zwischen T0, T1 und T2 durchgeführt werden. Dieser Teil der Untersuchung umfasst Kinder, die zu allen 3 (oder wenigstens zu 2) Gelegenheiten (also zu T0, T1 und/oder T2) untersucht wurden. Bis heute wurden 667 Kinder sowohl zum Zeitpunkt T0 als auch T1 untersucht. D. h. es liegen Personen-identen Daten vor, welche die Berechnung der 4-Jahres-Veränderungen (zwischen T0 und T1) der Parameter ermöglichen.

Maßnahmen der Adipositasprävention

1. Schulintervention:

Die Schulintervention wurde als longitudinale Untersuchung an einer Subpopulation von 780 Kindern durchgeführt. Diese Kinder erhielten in der 1. Schulklasse einen 6-8-stündigen

Unterricht in „Ernährung“ und „Bewegung“. Der Unterricht wurde im Rahmen des Heimat- und Sozialkundeunterrichts durchgeführt. Die Interventionen fanden jedes Jahr an 3 Interventionsschulen statt. Der langfristige Erfolg der Intervention wird über den Gesamtzeitraum von KOPS beobachtet (d. h. sowohl zu T1 als auch zu T2). Der Einfluss der Intervention wird zu den Veränderungen von Kindern aus sogenannten „Kontrollschulen“ (= ohne Intervention) verglichen. Bis heute haben wir 4-Jahres-Nachbeobachtungsdaten von 249 „Kontrollkindern“.

2. Familienintervention:

Die „Familienintervention-Gruppe“ ist eine Subpopulation von übergewichtigen Kindern aus der Gesamtpopulation von KOPS: Übergewichtige Kinder mit über- und normalgewichtigen Eltern wurden gemeinsam mit ihren Geschwistern und Eltern rekrutiert. Diese Familien erhielten 3 - 5 Beratungsgespräche zu Hause. Zusätzlich wurde den Kindern ein strukturiertes Sportprogramm angeboten. Im Verlauf der Jahre haben wir 92 Familien rekrutiert (=T0). 26 Familien konnten bisher nach 1 Jahr nachuntersucht werden.

Zielgrößen von KOPS:

Zielgrößen sind der Ernährungszustand (Körpergewicht, Größe, BMI, Körperzusammensetzung, Ernährung (validiertes Food-Frequency Questionnaire Plasma) Aktivität und Inaktivität, Risikofaktoren für Erkrankungen (Plasmaspiegel von Cholesterin, LDL_C, HDL_C, Triglyceride, Glukose und Blutdruck), Familienanamnese für Krankheiten, Gewicht und Größe der Eltern, sozioökonomischer Status, Alkoholkonsum und Rauchen der Eltern.

Hypothesen und Ergebnisse

Die Hypothesen von KOPS waren/sind:

- Hypothese 1: Die Prävalenz des Übergewichts steigt spontan von 22 % bei T0 auf 27 % bei T1 und 35 % bei T2.
- Hypothese 2: Die kumulative Inzidenz der Übergewichtigkeit im Kindesalter beträgt weniger als 12,5 % nicht-Risiko-(Familien ohne übergewichtige Eltern) und über 12,5 % in „Risikofamilien“ (Familien mit übergewichtigen Eltern) und
- Hypothese 3: Eine „Schulintervention“ reduziert die spontane Inzidenz der Übergewichtigkeit um 20 %. In der Interventionsgruppe beträgt die Prävalenz der Übergewichtigkeit von weniger als 27 % bei T1 und weniger als 35 % bei T2.

Die ersten Querschnitts- und Nachbeobachtungsdaten bei T0 bzw. T1 zeigen

- einen spontanen Anstieg der Übergewichtigkeit mit einer Verdoppelung der Werte (d. h. Hypothese 1 wurde übertroffen)
- 88 % der Kinder, die bei T0 übergewichtig waren, blieben bei T1 übergewichtig (d. h. die Persistenz ist sehr hoch)
- Die 4-Jahres-Inzidenz der Übergewichtigkeit beträgt 50 % (d. h. Hypothese 2 wurde teilweise bestätigt)
- Die Schulintervention hat keinen nachhaltigen Effekt auf die Prävalenz der Übergewichtigkeit, sie reduziert aber die Inzidenz um etwa 30 % (d. h. Hypothese 3

wurde übertroffen) Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen „Interventions-„ und „Kontrollkindern“.

Das Konzept und die ersten Ergebnisse von KOPS wurden in verschiedenen *Peer-reviewed-Journals* veröffentlicht (s. Publikationsliste in der Arbeit). KOPS wurde als einer der wenigen wissenschaftlichen Präventionsstudien in die Cochrane-Library aufgenommen. (Cochrane Database Syst Rev. 2002; (2) CD 001871.Review.PMID: 12076426) Z. Zt. wird KOPS durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, den World Cancer Research Fund, die Danone Stiftung und die Wirtschaftliche Vereinigung Zucker unterstützt. KOPS hat inzwischen national und international eine hohe Reputation in der wissenschaftlichen „Gemeinde“. Es gibt auch eine hohe Publizität innerhalb von Kiel und Schleswig-Holstein.

Zukünftige Perspektive und weitere Aktivitäten von KOPS

Gegenwärtig betritt KOPS Neuland:

1. wird KOPS außerhalb von Kiel (=KOPS II) gemeinsam mit der Deutschen Angestellten-Krankenkasse in Osnabrück wiederholt. Das Protokoll von KOPS II entspricht KOPS I. Die Untersuchung dient der Frage, ob KOPS in einem anderen Umfeld reproduziert und damit allgemein empfohlen werden kann.
2. werden im Rahmen eines vom Bundesministerium für Forschung und Technologie mit dem Titel „Nahrungsfette und Stoffwechsel“ finanzierten Programms 200 „KOPS-Familien“ (Kinder, Eltern, Großeltern) differenziert im Hinblick auf geänderte Stoffwechsel (Fetttransporter) untersucht. Die Untersuchung dient einem besseren Verständnis der molekularen Ursachen des metabolischen Syndroms.

Liste der Veröffentlichungen (Originalarbeiten, Reviews, Diplomarbeiten, Dissertationen) im Netz.

Förderung durch Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG Mü 714 5-1, 5-2, 5-3, BMBF Molekulare Ernährung: „Nahrungsfette und Stoffwechsel“, World Cancer research Fund, Danone Stiftung, Wirtschaftliche Vereinigung Zucker.

Prof. Dr. Manfred James Müller
Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde
Christian-Albrechts-Universität
Düsternbrooker Weg 17
24105 Kiel
E-Mail: mmueller@nutrfoodsc.uni-kiel.de

Zu wenig Bewegung – zu viel Gewicht

Prof. Dr. Renate Zimmer, Professur für Sportwissenschaft, Universität Osnabrück

Bewegungsmangel gehört zu den wesentlichen Risikofaktoren heutiger Kindheit. Die Einengung der alltäglichen Spiel- und Bewegungsräume, die zunehmende Motorisierung und Technisierung haben eine Vielzahl von gesundheitlichen Problemen zur Folge, sie führen darüber hinaus aber auch zu einem Verlust an materialen, sozialen und personalen Erfahrungen, der sich nachteilig auf die Gesamtentwicklung der Kinder auswirkt. Übergewicht infolge mangelnden Energieverbrauchs ist also ein wichtiges, aber nicht das einzige Problem heutiger Kindheit.

Zuviel Gewicht bedeutet oft auch gleichzeitig zu wenig an Selbstwertgefühl. Um den daraus entstehenden – sich oft selbst verstärkenden – negativen Kreislauf zu durchbrechen, bedarf es mehr als eines an der Ausdauerleistung orientierten Fitnessprogramms. Zunächst gilt es das Selbstwertgefühl des Kindes zu stabilisieren, seine personalen Ressourcen zu stärken, damit es sich seines Körpers nicht schämt, sondern ihn annimmt, um dann intrinsisch motiviert auch etwas für die eigene Gesundheit und Fitness zu tun.

Sportangebote und Bewegungsprogramme, die zu nachhaltigen Wirkungen bei Kindern führen sollen, müssen diese Überlegungen berücksichtigen und sich gleichermaßen um die Stärkung körperlicher und personaler Ressourcen bemühen.

Prof. Dr. Renate Zimmer
Universität Osnabrück
Fachbereich Erziehungs- und Naturwissenschaften
49069 Osnabrück

Ernährung und Konsumverhalten – Ansätze für ein soziales Marketing

Diplom-Kaufmann Ingo Barlovic, Geschäftsführer von iconkids & youth, München

Das Thema 'Ernährung und Kinder' ist in vielem Spiegelbild für das Thema 'Kinder in Deutschland heute'.

So zeigt sich deutlich, welche Macht Kinder zu Hause haben, wie sehr sie sich durchsetzen können. Sie entscheiden in hohem Maße, was auf den Tisch kommt. Sie geben Anregungen für Produkte oder geben Produkten die rote Karte.

Dementsprechend gaben bei einer vom Jugendforschungsinstitut **iconkids & youth** im Mai 2003 durchgeführten Repräsentativbefragung von 730 Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren und deren 730 Mütter, die getrennt befragt wurden, die Mütter an, dass 81 % der Kinder Einfluss hätten auf die Entscheidung, welche Getränke für das Kind gekauft werden, und 87 % der Kinder die Produktwahl bei Schokolade und Riegeln mitbestimmen würden.

Diese Macht bei der Kauf- und Produktentscheidung leitet sich u. a. ab aus einer wichtigen soziokulturellen Entwicklung: Die zunehmende Autonomie der Kinder als Erziehungsideal. Damit einher geht dann aber auch die häufige Berufstätigkeit beider Elternteile, die dazu führt, dass das Kind stärker auf sich alleine gestellt ist.

Bedeutsam ist auch der Faktor der Akzeleration: Die psychische und physische Vorverlagerung des Reifeprozesses. Was vor 10 Jahren für einen 9-Jährigen noch wahnsinnig toll war, wird von einem heutigen 9-Jährigen als alberner Schnickschnack abgetan. Das bedeutet zugleich: Die Kindheit verkürzt sich. Und: Kinder lassen sich immer früher immer weniger sagen.

Auch die völlig veränderte Freizeit- und Medienerziehung sowie der ungehinderte Zugang zu allen Informationen aus der Erwachsenenwelt bringen in immer jüngeren Jahren immer aufgeklärtere, selbständigere und gewieftere Kinder hervor.

Durch diese zunehmende Autonomie und Selbständigkeit der Kinder bezüglich ihrer Ernährungs- und Konsumwelt werden sie auch immer bedeutender als Zielgruppe für die Gesundheitsprävention, wovon ein wichtiger Part das Thema Übergewicht ist.

Dabei zeigt sich, dass Kinder sehr genau wissen, was gesund für sie ist, dass die Botschaft, verbreitet u. a. über die Schulen, über die Eltern und über die Medien in ihrem Kopf angekommen ist.

Dementsprechend gaben im Ernährungsbericht 2000 der DGE 98 % bereits der 6- bis unter 8-Jährigen an, man müsse Obst essen, um gesund zu bleiben, und 90 % nannten Gemüse. Aber auch beim Thema Übergewicht zeigen sich die Kids informiert. Auf die offen gestellte Frage, warum Kinder zuviel wiegen, sprachen 55 % der 6- bis 12-Jährigen davon, dass

Kinder zu viele Süßigkeiten essen, 34 % glaubten, es würde an der mangelnden Bewegung liegen (Alte Bundesländer: 32 %, Neue Bundesländer: 50 %), und 27 % führten ein Zuviel an Fast Food ins Felde (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003).

Doch führt dieses Wissen dazu, dass sich Kinder gesund ernähren und sich genügend bewegen? Wird nach dem Wissen gehandelt?

11,5 % der 5- bis 14-Jährigen frühstücken nicht (Quelle: Verwenderstudie der GfK, 2001 durchgeführt für Kellogg Deutschland), nur 36 % der 6- bis 12-Jährigen essen täglich Obst und 21 % Gemüse (Quelle: Befragung von iconkids & youth aus dem Jahr 1998), dafür trinken aber 19 % der 6- bis 12-Jährigen täglich und 35 % mehrmals in der Woche gesüßte Getränke, und 9 % essen täglich und weitere 41 % mehrmals in der Woche Schokolade oder Riegel (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003).

Und noch problematischer erscheint, dass 39 % der 730 Mütter in der aktuellen Repräsentativbefragung von iconkids & youth angaben, ihr Kinder würde weniger als 7 Stunden Sport in der Woche treiben, also weniger als eine Stunde täglich – Schulsport bereits eingerechnet.

Dabei erscheint es als besonderes Problem, dass Sport in der Schule zu kurz kommt: 60 % der 6- bis 12-jährigen Schulkinder haben in der Woche weniger als 3 Unterrichtsstunden Schulsport, nur 40 % haben dementsprechend 3 Unterrichtsstunden und mehr (Quelle: iconkids & youth-Befragung von 730 Müttern im Mai 2003). Und diesen Mangel können die Sportvereine nicht mehr aufholen, in denen nur noch 52 % der 6- bis 12-Jährigen Mitglied sind (Quelle: iconkids & youth-Befragung von 730 Müttern im Mai 2003).

Ein wichtiger Grund für die Diskrepanz zwischen dem Wissen und dem Handeln der Kinder ist: Der großen Mehrheit der Kinder ist das Thema ‚Gesunde Ernährung‘ unwichtig.

Nur knapp ein Drittel (35 %) der repräsentativ befragten 6- bis 12-Jährigen gab an, es sei ihnen „sehr oder ziemlich wichtig“, dass sie gesunde Sachen essen, zwei Drittel lässt das Thema dagegen eher indifferent. (Quelle: iconkids & youth-Befragung von 730 Kindern im Mai 2003). Dabei zeigen sich die Mädchen etwas interessierter (43 % mit Interesse) als die Jungen (26 % Interesse).

Der Trendvergleich mit einer Repräsentativuntersuchung, die iconkids & youth 1998 durchgeführt hat, belegt dabei: Das Interesse an der gesunden Ernährung hat in den letzten 5 Jahren sogar leicht nachgelassen: 1998 gaben immerhin noch 41 % der Kinder an, sie würden sich für gesunde Ernährung interessieren. Dies ist ein Rückgang um 6 %, und dies trotz aller Lebensmittelskandale, mit denen auch bereits Kinder in den Medien konfrontiert werden.

Doch warum geht den Kindern die gesunde Ernährung an der Backe vorbei? Kinder leben im Rausch des Jetzt und denken noch wenig an die Zukunft, und sie spüren die Folgen von gesunder oder auch ungesunder Ernährung nicht direkt.

Was aber wichtiger erscheint: Gesundheit wird den Kindern oft noch zu abstrakt und zu sehr mit erhobenem Zeigefinger verkauft. Man versucht den Kopf der Kinder zu erreichen und vernachlässigt dabei das Herz, die Emotionen.

Wie aber das Herz der Kinder erreicht werden kann, dies demonstriert Tag für Tag, wenn auch nicht immer erfolgreich, die Konsumgüterindustrie, die versucht, die Kinder dort abzuholen, wo sie sind. Denn sie geht auf die Wünsche der Kinder ein und versucht sie zu erfüllen.

Das Wesentliche daran ist nun: Die Strategien der Konsumgüterindustrie können ein wichtiger Schlüssel für den Erfolg von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsprävention sein. Anstatt Marketing und Werbung zu verdammen, sollten wir versuchen, davon zu lernen und sich diese Strategien nutzbar zu machen: soziales Marketing zu betreiben.

Auf welche Wünsche und Vorlieben der Kinder bei Ernährungsprodukten geht die Industrie ein und inwieweit können sie Ansatzpunkte für ein soziales Marketing liefern?

Hier steht das Produkt selbst im Vordergrund, das idealerweise den polysensuellen Anforderungen der Kinder entsprechen sollte. Kinder wollen, dass es toll und vielfältig schmeckt, es sich im Mund gut anfühlt und man im Mund damit spielen kann.

Somit wäre es auch für ein gesundes Produkt zu fordern, wenn es kindgerecht gestaltet ist, z. B. der faszinierende bunte Früchte-Cocktail, der mindestens so spannend aussehen kann wie die Cocktails der Erwachsenen.

Des Weiteren ist Wahrnehmung bei den Kindern stärker Detailwahrnehmung: Ein Produkt, z. B. ein Apfel, sollte perfekt aussehen.

Kindgerecht bedeutet aber auch, dass die Verpackung ansprechend ist und wenn möglich auch noch eine Beigabe enthalten sollte.

In einer aktuellen amerikanischen Befragung wurden 7- bis 9-Jährige dazu befragt, was sie dazu motivieren würde, ein neues Gesundheitsprodukt zu probieren. Über 60 % der Kinder gaben als Antwort: ein gratis beigegebenes Spiel oder ein Spielzeug (Quelle: Studie 'Marketing Food and Drinks to Kids' der Reuters Business Insight).

Eine große Rolle bei den Vorlieben der Kinder spielt aber auch, dass bei Kindern bereits mit 6 Jahren wichtig ist, was die Freunde essen. Somit ist es durchaus wichtig, auf dem Schulhof das richtige Pausenbrot dabei zu haben. Und das ist nicht unbedingt das Vollkornbrot mit dem ökologisch angebauten Apfel ...

Dementsprechend geben 40 % der 6- bis 12-Jährigen an, sie würden Lust darauf bekommen, nach Sachen zum Naschen und zum Trinken zu bitten oder sie zu kaufen, weil sie es bei den Freunden gesehen haben. (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003).

Dies bedeutet aber nicht, dass die Eltern unwichtig wären: 49 % der Kinder bekommen Lust auf Sachen zum Naschen und zum Trinken, weil die Eltern es haben oder es mitbringen (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003). Eltern sind immer noch bedeutende Vorbilder für die Kinder, bei allem coolen Gehabe der Kids. Dementsprechend waren bei der amerikanischen Untersuchung über 50 % der 7- bis 9-Jährigen der Meinung, ihre Mutter oder ihr Vater könnte auf sie einwirken, dass sie ein neues gesundes Produkt probieren würden (Quelle: Studie 'Marketing Food and Drinks to Kids' der Reuters Business Insight). Daher ist die Mutter als Gatekeeper ein wichtiger Ansprechpartner der Industrie und sollte

auch in die Ernährungsprävention einbezogen werden, vor allem – aber nicht nur! – im Vorschulalter.

Schließlich darf man das Markenbewusstsein der Kids nicht vergessen. Die Kinder orientieren sich an Marken, sie sind Gütesiegel und bieten z. T. attraktive Erlebniswelten.

Eine wichtige Rolle für Markenpräferenzen spielt dabei die Werbung, deren Wirkung aber weder unter- noch überschätzt werden darf: Ein Drittel der Kinder (33 %) wünscht sich im Schnitt zumindest 1-2 mal in der Woche Produkte zum Essen und Trinken, weil es diese in der Werbung gesehen hat. Dies bedeutet aber andererseits, dass 2/3 der Kids seltener als einmal in der Woche einen solchen Wunsch äußern (Quelle: Befragung von 730 Müttern von iconkids & youth vom Mai 2003).

Interessant erscheint, dass in Ein-Kind-Familien die Kinder häufiger nach Produkten aufgrund von Werbung bitten als in Mehr-Kind-Familien: Das Einzelkind wird scheinbar stärker gehegt und gepflegt und hat gelernt, dass es seine Wünsche häufig genug erfüllt bekommt (Quelle: Befragung von 730 Müttern von iconkids & youth vom Mai 2003).

Hier müssen klar die Grenzen von Werbung aufgezeigt werden: Werbung ist nur ein Teil der Markenwelt und steht häufig hinter dem Point of Sales, dem Verkaufsort zurück. Und: Werbung kann zu einem Erstkauf führen, aber wenn das Produkt nicht hält, was es verspricht, dann ist es schneller aus den Regalen verschwunden, als es sich der Productmanager in seinen kühnsten Alpträumen hat träumen lassen.

Schließlich: Kinder (aber auch Erwachsene) sind bei Werbung einer Informationsüberflutung ausgesetzt, die dazu führt, dass die Erinnerung an einzelne Werbekampagnen im Schnitt zurückgeht – so haben auch Kinder nur eine begrenzte Aufnahmekapazität. Ein kindlicher Fernsehnutzer im Alter von 8 bis 15 Jahren kann sich ein oder zwei Tage später noch an 1,4 Fernsehwerbungen erinnern, die er an einem Stichtag gesehen hat. Und da er im Schnitt an einem Tag ca. 30 Werbespots sieht, bedeutet dies: Ein oder zwei Tage später kann sich ein Kind nur noch an ca. 5 % der gesehenen Werbungen erinnern (Quelle: Egmont Ehapa Verlag: Die Medienrealität der Kids).

Würde man hier die Werbung drastisch beschränken, könnte dies nach der Theorie der Informationsüberlastung sogar dazu führen, dass man sich umso besser an die verbleibende Werbung erinnert, dass Werbung also effizienter wahrgenommen wird.

In diesem Zusammenhang muss auch die Kritikfähigkeit der Kinder angeführt werden. Dass sie meistens glauben würden, was in der Werbung gesagt wird, behaupten von sich nur 19 % der 6- bis 12-Jährigen, die Mehrheit von 70 % glaubt nur manchmal der Werbung, während 12 % total kritisch sind und keiner Werbeaussage vertrauen. Die Kritikfähigkeit nimmt mit steigendem Alter zu (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003).

Aber auch wenn die Kinder kritisch sind, macht es natürlich Sinn, ihnen bereits im frühen Alter bei einem Mehr an Kritikfähigkeit zu helfen, indem z.B. im Unterreicht spielerisch auf die Mechanismen von Werbung eingegangen wird.

Gut gemachte Werbung erreicht die Kinder, indem sie so nahe wie möglich an der Lebenswelt der Kids ist und sollte damit auch Vorbild sein für Gesundheitsprävention, die

Massenmedien nutzen möchte. So bettet sie Produkte in Erlebniswelten ein oder setzt auf Core Needs: kommuniziert, wie Produkte helfen, bestimmte Grundbedürfnisse wie Freundschaft, Erfolg oder auch körperliche Power zu erreichen.

Und sie arbeitet gerne mit Medienhelden, mit Zeichentrickfiguren oder Idolen, wobei es aber gravierende Unterschiede in Hinblick auf das Alter und das Geschlecht der Kinder gibt. So haben die Jungs actionlastige Lieblingsfiguren (Top 5 Jungs: Harry Potter, Herr der Ringe, Spiderman, Dragon Ball Z, Batman) die Mädchen dagegen sanfte Vorbilder aus der Popmusik oder Figuren, die eher mit Romantik verbunden werden (Top 5 Mädchen: No Angels, Shakira, König der Löwen, Arielle, Harry Potter), (Quelle: Befragung von iconkids & youth vom Mai 2003).

Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass man kaum von **den** Kindern sprechen darf. Die altersmäßige Entwicklung vollzieht sich in solch raschen Schritten, dass es kaum möglich ist, Kinder, die mehr als 2 Jahrgänge auseinander sind, unter einen Hut zu bringen: Den 6-Jährigen trennen Welten von dem 4-Jährigen, und für den 8-Jährigen ist der 6-Jährige ein 'Baby'. Und Jungs und Mädchen leben eh in verschiedenen Universen.

Dementsprechend muss bei der Ernährungs- und Gesundheitsberatung genau darauf geachtet werden, wer angesprochen werden soll. Wer z. B. versucht, alle Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren zu erreichen, der wird es sehr schwer haben. Fokussierung tut Not!

Für die moderne Ernährungsberatung und Gesundheitsprävention bedeuten diese Entwicklungen u. a., dass versucht werden sollte, zielgruppenorientiert zu denken und zu handeln: weg von einem asketischen ‚Das-ist-gesund-und-da-sind-folgende-Inhaltsstoffe-drin...‘-Ansatz hin zu Essspaß und einer Orientierung an den Lebenswelten der Kinder. Denn nur die Aktionen sind wirkungsvoll, die an den tatsächlichen Bedürfnissen der Kids anknüpfen.

Was wir brauchen, ist ein soziales Marketing, ist die Anwendung von im Marketing erprobten Sozialtechniken für das Thema Gesundheit. Wir müssen mit unseren Appellen das Herz des Kindes erreichen.

Ernährung und Schule – eine Bildungsoffensive

Prof. Dr. Ines Heindl, Universität Flensburg, Institut für Ernährungs- und Verbraucherbildung, Flensburg

„Erlebniswelt Essen“

Essen hat mehr mit unserem Fühlen, Sehen, Riechen und Schmecken zu tun, als mit einem vollen Kühlschrank. Deshalb ist die Bildung aller Sinne im Kindesalter ebenso wichtig wie die des Verstandes. Mehr noch, ausgewogene Ernährung trägt wesentlich zur körperlichen, seelischen und geistigen Grundlage der Entwicklung unserer Kinder bei, eine unabdingbare Voraussetzung für erfolgreiches Lernen.

Denn nur Kinder, die früh die Gelegenheit bekommen haben, die reichhaltigen und vielfältigen Geschmacksangebote einer ausgewogenen Kost für sich zu entdecken, können später selbstbestimmt ihren eigenen Geschmack entwickeln, gegebenenfalls auch gegen den gerade vorherrschenden Trend.

Probleme der Essverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind heute

- Übergewicht durch fehlende Bewegung und Fehler in der Ernährung
- Essstörungen durch rigide Kontrolle der Nahrungsaufnahme
- Materielle und soziale Ernährungsarmut als Widerstände gegen Aufklärung und Information

Es scheint, dass durch Armut und einen Bildungsnotstand sogenannte präventionsresistente Gruppen die Folgeerscheinungen des Essverhaltens dominieren.

Warum essen Kinder wie sie essen?

Die heutige Esskultur in reichen, industrialisierten Ländern bestimmt über Lebensstile das Essverhalten der Jugendlichen. In ihren Lebenswelten wirken psychosoziale und soziokulturelle Faktoren stärker als die naturgegebene lebenserhaltende und entwicklungsfördernde Funktion der Nahrung. Bei der Suche nach Orientierung, persönlicher Identität und Gruppenzugehörigkeit werden Vorlieben für Essen und Getränke zu wichtigen Kommunikationsmitteln.

Gesundheit kann man lernen

Obwohl wir wissen, dass Prävention durch Ernährung und Bewegung die meisten Risikofaktoren für die chronischen Krankheiten in zivilisierten Ländern beseitigen könnte, die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Bildung bekannt sind, wird den Kognitionswissenschaften bis in die jüngste bildungspolitische Diskussion eine vorrangige Rolle bei der Lösung der Gesundheitsprobleme zugestanden.

Kongress „Kinder und Ernährung“
Veranstalter: Bundesverbraucherministerium
Wissenschaftliche Leitung: DGE
8. Juli 2003, Berlin



„Health Literacy“

Eine ernährungs- und gesundheitswissenschaftliche Grundbildung in Schulen, die vom essenden Menschen und der Entfaltung seiner Sinnesfähigkeiten ausgeht, naturwissenschaftliche, ökonomische und ökologische Kompetenzen entwickelt, Wertorientierungen und Einstellungen fördert und hohe Erwartungen an den situations- und problemgerechten Transfer des Wissens richtet, wird die nächste Generation zur Gesundheit befähigen, ganz im Sinne der Literacy-Diskussion.

Prof. Dr. Ines Heindl
Institut für Ernährungs- und Verbraucherbildung
Universität Flensburg
Auf dem Campus 1
24943 Flensburg
E-Mail: iheindl@uni-flensburg.de