Landtag
Nordrhein-Westfalen
17. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 17/471
05.12.2018

NEUDRUCK

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

39. Sitzung (öffentlich)

5. Dezember 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 14:35 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Adipositas-Prävalenz steigt – NRW muss die Schulen stärker unterstützen! **3**
(s. Anlage)

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/2761

* * *

Adipositas-Prävalenz steigt – NRW muss die Schulen stärker unterstützen!
(s. Anlage)

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 17/2761

Vorsitzende Heike Gebhard: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Ich darf insbesondere die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales ganz herzlich begrüßen. Noch herzlicher begrüße ich die beiden Sachverständigen, die Zuhörerinnen und Zuhörer sowie Herrn Müller vom Sitzungsdokumentarischen Dienst, der für ein Wortprotokoll sorgen wird, so dass wir nach dessen Erstellung eine gute Auswertung der Anhörung vornehmen können.

Zur Tagesordnung: Zu dieser Sitzung sind wir mit der Einladungsnummer E 17/558 eingeladen worden. Wir wollen eine Anhörung zum Thema „Adipositas-Prävalenz steigt – NRW muss die Schulen stärker unterstützen!“ durchführen. Dabei handelt es sich um einen Antrag der Fraktion der AfD mit der Drucksachen-Nummer 17/2761. Ich eröffne diese Anhörung.

Das Plenum hat uns diesen Antrag am 13. Juni 2018 zur Federführung und dem Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend zur Mitberatung überwiesen. Am 4. Juli 2018 haben wir uns darauf verständigt, dass wir eine Anhörung durchführen wollen. Ich darf mich ganz herzlich bei unseren Sachverständigen für die Übersendung der Stellungnahmen bzw. Unterlagen bedanken. Wir wollen es – wie in unserem Ausschuss üblich – so halten, dass sich die Ausschussmitglieder auf der Basis der ihnen zugegangenen Unterlagen direkt mit Fragen an die Herren Sachverständigen wenden. Ich darf also die Abgeordneten bitten, sich entsprechend zu Wort zu melden. Es liegen bereits Wortmeldungen vor. Als Erste hat die Kollegin Schneider das Wort. Bitte schön.

Susanne Schneider (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! Werte Kollegen! Sehr geehrter Herr Dr. Fischbach, sehr geehrter Herr Professor Martin, vonseiten der FDP-Landtagsfraktion danke ich dafür, dass Sie heute zu uns gekommen sind, um uns ein bisschen weiterzuhelfen.

Meine erste Frage richte ich an Sie beide. Können Sie ganz kurz erläutern, wie Sie die Entwicklung von Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bewerten? Die zweite Frage geht an Herrn Professor Martin: Was könnten nach Ihrer Erkenntnis Gründe für die fehlende Wirksamkeit der bisherigen Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sein? Was spricht deshalb aus Ihrer Sicht für die Konzentration auf eine frühzeitige Diagnostik und Therapie bei mit Adipositas verbundenen Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Typ-2-Diabetes?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich sage den Sachverständigen Danke schön für die vorliegende Stellungnahme bzw. für die eingereichte Studie. Sie beide haben verdeutlicht, dass eine Intervention an Schulen für die Bekämpfung von Adipositas wahrscheinlich nicht ausreichend sein wird. Insofern bin ich ganz bei Ihnen. Der vorliegende Antrag war das, was ich in meiner Fraktion gesundheitspolitisch zu diesem Thema erwirken konnte. Das ist leider nicht immer so einfach.

Ich habe zwei Fragen. Erstens. Sie haben den Antrag gelesen. Sehen Sie, obgleich der Effekt der Dinge relativ überschaubar sein wird, Hemmnisse, die dazu führen könnten, dass man diesem Antrag nicht zustimmt? Unter anderem sind in diesem Zusammenhang die ernährungsphysiologische Grundlage und die Förderung des Schulsports zu nennen. Zweitens. Was sind aus Ihrer Sicht vernünftige präventive Ansätze, um die Adipositas im Kindesalter direkt zu bekämpfen?

Josef Neumann (SPD): Auch vonseiten der SPD herzlichen Dank für die Zusendung der Unterlagen. Ich habe an Sie beide zwei Fragen, die zwei Aspekte berühren.

Herr Dr. Fischbach, Sie beschreiben hier sehr deutlich, dass verhaltenspräventive Maßnahmen auf der Grundlage von Hochglanzbroschüren und schönen Bildchen relativ wenig bewirken und dass, wenn überhaupt eine Wirkung erzielt wird, dies nur die Mittel- und Oberschicht betrifft. Sie bringen zum Ausdruck, dass viele Unterschichtkinder und vor allem -jugendliche nicht erreicht werden.

Erstens. Mit welchen anderen Methoden könnte man aus Ihrer Sicht als Kinderarzt genau diese Kinder und Jugendlichen besser erreichen, als es heute der Fall ist?

Zweitens. Es ist sehr deutlich in den Studien, die Sie hier beschreiben, darauf hingewiesen worden, dass einzelne Maßnahmen, die wir vielleicht unter dem Gesichtspunkt der Prävention betrachten, nicht oder nur sehr eingeschränkt wirken. Es wird da auf bessere Diagnostik und Therapie von Anfang an gesetzt. Meine Frage lautet: Welche Rolle müsste hier die Lebensmittelindustrie übernehmen? Was muss man machen, um Lebensmittel von Anfang an so zu gestalten, dass die Frage von Übergewicht nicht so schnell aufkommen kann?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Herzlichen Dank auch von der Grünenfraktion für die Stellungnahme. Ich möchte Herrn Dr. Fischbach die Möglichkeit geben, etwas zu dem zu sagen, was Professor Martin an Themen eingeführt hat. Wenn ich ihn richtig verstanden habe – Frau Kollegin Schneider hat das bereits eingeführt –, hält er relativ wenig von primär-präventiven Maßnahmen. Zumindest beschreibt er das so. Unter anderem erwähnt er auch die Zuckersteuer in England. Ich möchte von Herrn Professor Martin und von Herrn Dr. Fischbach wissen, wie sie das einschätzen.

Die Frage, woran es hapert, ist bereits angesprochen worden. Dass einzelne Gesundheitstage wahrscheinlich nicht ausreichend sind, darüber sind sich wohl alle hier im Raum einig. Es geht aber auch um die Frage, inwieweit Ernährungswissen in der Schule – auch von Lehrerinnen und Lehrern – und in Kitas vermittelt werden kann. Wie

könnte das im Alltag gelebt werden? Vielleicht können Sie beide dazu eine Einschätzung abgeben. Was müsste aus Ihrer Sicht auch operativ im Hinblick auf die beiden großen Institutionen, auf die wir Zugriff haben, getan werden?

Peter Preuß (CDU): Auch vonseiten der CDU-Fraktion sage ich herzlichen Dank dafür, dass Sie hierhergekommen sind und unsere Fragen beantworten. Die erste Frage, die ich an beide Sachverständige habe, hat Frau Schneider im Prinzip bereits gestellt. Es geht dabei um die Entwicklung und vielleicht auch Darstellung der gesundheitlichen Risiken und der damit verbundenen Kosten. Die zweite Frage lautet: Welche Konzepte halten Sie für dringend geboten? Drittens frage ich: Welche Aufgabe käme in dem Zusammenhang der Politik zu? Die vierte Frage lautet: Oder liegt die Präventionsverantwortung bei den Krankenkassen? Ich komme zu meiner fünften Frage: Gibt es nach Ihrer Auffassung einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Bildungsstand der betroffenen Familien?

Dr. Thomas Fischbach (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. [BVKJ], Köln): Ich bin Kinder- und Jugendarzt. Deshalb sehe ich meine Aufgabe hier heute beschränkt auf diese Altersgruppe. Ich werde nicht über Adipositas-Prävention für die Gesamtbevölkerung sprechen. Das ist sicherlich die Aufgabe meines Nachbarn. Es sieht da wahrscheinlich auch unterschiedlich aus.

Die KiGGS-Studie des Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts – übrigens gut, dass wir ihn haben – habe ich in meiner Stellungnahme angesprochen. Es gibt jetzt die „KiGGS-2 Welle“. Deren Ergebnisse sind verfügbar. Dort sind im Grunde zwei ganz wesentliche Dinge herausgekommen, was Adipositas bei Kindern und Jugendlichen angeht. Die Prävalenz der Adipositas und des Übergewichts hat nicht zugenommen. Sie liegt allerdings nach wie vor auf einem recht hohen Niveau, bei ca. 16 % bei einer Jahrgangskohorte. Bei Adipositas sind es etwa 6 %. Es hat sich aber das Auftreten dieser beiden Nebenfelder bei Kindern aus sozioökonomisch niedrig gestellten Schichten deutlich verstetigt. Das heißt, wir haben eine sozioökonomische Diversität, die aus unserer Sicht für ein Land wie die Bundesrepublik nicht erträglich ist. Von daher besteht hier – das ist die Auffassung wenigstens meines Verbandes – dringender Handlungsbedarf.

Es wurde gefragt, wer da etwas tun soll. Das Ganze – da sind wir beide uns auf jeden Fall einig – ist sicherlich ein sehr komplexes Problem. Deshalb werden einfache Mittel sicherlich nicht zum Erfolg führen können. Da werden viele – ein paar wurden schon genannt – zusammenarbeiten müssen. Natürlich gehört auch die Politik dazu, weil sie Rahmenbedingungen setzt. Aber auch die Krankenkassen sind in diesem Zusammenhang zu nennen, weil sie ein Interesse daran haben sollten, ihre Versicherten möglichst lange gesund zu halten; denn letzten Endes zahlen sie die Zeche. Ebenso sind die Ärztinnen und Ärzte sowie das gesamte Bildungssystem betroffen. Das ist schon ein sehr breiter Strauß.

Ich möchte jetzt auf die Kinder eingehen. Wir wissen, dass süß eine in Deutschland – aber nicht nur dort, das ist inzwischen in der gesamten Welt der Fall – beliebte Geschmacksrichtung ist. Das war weiß Gott nicht immer so. Eine hohe Zuckerproduktion

war nicht immer auf der Welt üblich. Womit hat man im Mittelalter gesüßt? Mit Früchten oder mit Honig. Etwas anderes stand eigentlich nicht zur Verfügung. Wir haben aber über die Jahrzehnte bzw. Jahrhunderte hinweg die Geschmacksrichtung „süß“ – und zwar ab der Geburt – zum Lieblingsgeschmack der Menschen gemacht. Das funktioniert neurobiologisch. Man kann das erklären. Es hat zum Beispiel etwas mit dem Glücks- bzw. Belohnungszentrum zu tun. Das kann man – ich will das jetzt nicht machen; es würde zu weit führen – sogar hormonell mit bestimmten Botenstoffen kodieren. Auf jeden Fall ist es nicht vorgegeben, dass „süß“ die beliebteste Geschmacksrichtung sein muss. Wenn man – das ist die Theorie, die dahintersteckt – das voraussetzt, müsste es – darauf komme ich gleich noch – auch möglich sein, das Ganze wieder zurückzuentwickeln.

Wir wissen zum Beispiel aus neueren Studien, dass längeres Stillen die Adipositas-Prävalenz verringert. Dabei geht es um die berühmten ersten 1.000 Tage. Deshalb muss das schon sehr früh anfangen. Wir wären also mit dem Kindergartenalter schon zu spät dran. Eigentlich müsste da noch früher – praktisch präkonzeptionell – angefangen werden. Wir wissen, dass die Kinder von adipösen Frauen – das gilt vor allen Dingen für Frauen, die in der Schwangerschaft besonders an Gewicht zulegen – später ein höheres Adipositas-Risiko haben. Das alles wissen wir. Es ist belegbar. Es sind da aber auch noch die Gynäkologen und die Hebammen – also sehr viele Menschen – gefragt.

Was erwarten wir als Verband? Wir sehen, dass das, was in der KiGGS-Studie herausgekommen ist, tatsächlich der tagtäglichen Praxis entspricht. Ich bin praktizierender Kinder- und Jugendarzt. Wir wissen auch, dass gerade die Gruppen, die jetzt im Fokus stehen – das wurde gerade schon angesprochen –, besonders schwer erreichbar sind. Ich schätze – ich will nicht, dass das jetzt falsch rüberkommt – die BZgA. Das ist eine ganz wichtige Einrichtung. Aber viele der Informationsbroschüren erreichen die Menschen nicht. Da brauchen wir eine ganz andere Werbepsychologie. Ich glaube, dass die Lebensmittelindustrie hier wesentlich besser aufgestellt ist. Die schafft das besser.

Eigentlich wurde das Präventionsgesetz zum Zweck des Erreichens der Ziele gemacht. In ihm ist das Thema „Lebensverhältnis“ verankert. Da ist auch die Yin-Yang-Funktion sowohl von Verhaltensprävention als auch von Verhältnisprävention verankert. Natürlich ist es wichtig und richtig, in den Kindertageseinrichtungen und auch in den Schulen Gesundheitswissen zu vermitteln. Das müssten viel mehr machen, und zwar nicht allein bezogen auf Übergewicht und Adipositas. Dafür müssen wir entsprechende Lehrpläne und Lehrer haben. Auch muss die entsprechende Zeit zur Verfügung gestellt werden. Wir machen uns stark für Schulgesundheitsfachkräfte auch in den Schulen. Andere Länder haben so etwas längst. Wir führen immer noch irgendwelche Modellprojekte in Brandenburg und in Hessen durch.

Es ist wie bei der Erziehung: Es bedarf eines ganzen Dorfes, um dieses Thema in den Griff zu bekommen. Deshalb gibt es keine einfache Lösung. Was könnte man denn jetzt einfach erreichen? Wir sind uns vielleicht einig darin, Herr Professor Martin, dass Kinder, was das Rauchverhalten anbelangt, immer noch leichter zu erreichen sind als

Erwachsene. Bei Erwachsenen kann das Verhalten nicht mehr so leicht verändert werden. Das Rauchen ist rückläufig. Wenn man aber genau hinguckt, sieht man, dass die Erwachsenen weiter quarzen. Es gibt aber Gott sei Dank bei den Kindern deutliche Rückgänge, was das Rauchen anbelangt. Das führt insgesamt zu einer guten Statistik.

Die Erwachsenen können ihr Rauchverhalten nicht so gut ändern. Bei Angehörigen sozial niedriger stehenden Schichten ist das sowieso der Fall, weil da auch die Bildungsferne ein ganz wichtiges Thema ist. Deshalb müssen die Kinder erreicht werden. Die müssen da erreicht werden, wo sie hingehen, zum Beispiel in die Kitas. Von daher setzen wir uns dafür ein, dass es in Kindertageseinrichtungen ein vernünftiges bzw. gesundes Essen gibt. Das ist gerade deshalb notwendig, weil sich Kinder in zunehmendem Maße nicht nur bis mittags, sondern eben auch bis in den späten Nachmittag hinein in diesen Einrichtungen befinden. Ich bin der Auffassung, dass es sinnvoll wäre, in den Kindertageseinrichtungen ein kostenfreies Mittagessen zur Verfügung zu stellen. Andere Länder machen uns das vor. Dann muss da aber auch gekocht werden. Den Kindern sollte vermittelt werden, dass Pommes frites nicht am Baum wachsen, sondern aus Kartoffeln gemacht werden. Auch wäre es ganz hilfreich, wenn die Kinder mitkochen können. Dazu muss aber erst die Möglichkeit geschaffen werden. Auch muss es jemanden geben, der anleitet. Das alles kostet – ich weiß das – Geld. Ich glaube aber, dass sich das am Ende des Tages rentieren wird. Sie konnten in der Stellungnahme lesen, dass die Kosten, die mit der Adipositas- bzw. Übergewichtswelle verbunden sind, dreistellige Milliarden-Beträge ausmachen. Vor allen Dingen müssen Sie sich auch einmal überlegen, dass die Lebensmittelindustrie – obwohl sie groß ist – einen so hohen Milliarden-Umsatz nicht macht.

Ich war in der letzten Woche in Frankfurt auf dem Kongress der Getränkebranche. Er hatte über 400 Teilnehmer. Dort durfte ich unsere Position darlegen. Ich hatte gedacht, dass ich da vielleicht einen Bodyguard mitnehmen müsste. So schlimm ist es aber nicht geworden. Es gibt in dieser Branche durchaus eine gewisse Einsicht, dass da irgendwie Handlungsbedarf besteht. Wir sind schon der Meinung, dass es neben der von mir gerade angesprochenen Verhaltensprävention – die sollte in Kitas, Schulen usw. stattfinden – auch eine Verhältnisprävention geben muss. Verhältnisprävention besteht zum einen darin, klare Standards für das Essen in Betreuungseinrichtungen und Schulen zu schaffen.

Wir sind für die Zuckersteuer. Ich will erst glauben, dass sie nicht wirkt, wenn wir es ausprobiert haben. Den Ausspruch „Es klappt sowieso nicht“ kennen wir von vielen Bereichen her. Man sollte das also erst einmal ausprobieren, zumal ich glaube – das hat sich in England gezeigt und zum Erfolg geführt –, dass allein die Deutlichkeit der Politik – die sollte sagen: Wir machen das, wenn ihr das nicht selber regelt – dazu führen würde, dass die Industrie umdenkt und endlich das macht, was sie schon längst hätte machen sollen, nämlich zum Beispiel den Zuckergehalt gerade in Getränken zu reduzieren. Dass das Effekte haben wird, glaube ich schon. Auf jeden Fall wird das bei Kindern der Fall sein.

Ich wünsche mir, dass wir so etwas auch hier machen. Ich habe mit Herrn Schmidt – das ist der Vorgänger von Frau Klöckner – ein Gespräch über die freiwillige Selbstverpflichtung der Industrie zur Herstellung gesünderer Nahrungsmittel für Kinder geführt.

Man kann die Frösche ja auch nicht fragen, ob sie damit einverstanden sind, dass der Sumpf trockengelegt wird. Wie soll so etwas funktionieren? Wenn ganz klare wirtschaftliche Interessen dagegenstehen, wird das niemand ohne einen gewissen Anschub machen.

Der Mensch gewöhnt sich langsam an bestimmte Geschmäcker. Durch eine langsame Reduzierung ungesunder Nahrungsbestandteile könnten wir eine Umstellung bei den Präferenzen erreichen. Die Firma Danone macht das schon. Sie hat den Nutri-Score eingeführt. Ich bin fest davon überzeugt – das ist wissenschaftlich sicher unstrittig –, dass man eine bestimmte Menge an Zucker aus den Getränken sowie aus Nahrungsmitteln – da, wo er eigentlich nicht hingehört – herausholen kann. Haben Sie gewusst, wie viel Zucker im Ketchup ist? Sie würden sich wundern. Oder schauen Sie sich einmal einen Joghurt-Becher an. Der darin enthaltene Joghurt hat 0,1 % Fett. Es steht aber nicht darauf, wie viel Zucker darin ist. Außerdem heißt der Zucker immer anders: Maltose, Dextrose, Fructose usw. Kein Mensch wird daraus mehr klug. Das heißt, dass wir Druck brauchen, damit die Industrie tätig wird. Wir brauchen ein Verbot der Werbung – zumindest aber eine Einschränkung – für sogenannte Kinderlebensmittel, die es aus unserer Sicht überhaupt nicht gibt.

Ernährungsphysiologisch ist das erste Lebensjahr durch Stillen und Beikost geprägt. Danach kann ein Kind, wenn es ein Jahr alt ist, eigentlich das essen, was auch die Eltern essen. Das geschieht übrigens in allen Ländern. Schauen Sie sich einmal an, was in den Gläschen in Portugal enthalten ist. Darin befindet sich Fisch. Versuchen Sie hier einmal, ein Gläschen mit Fisch zu bekommen. So etwas werden sie nicht finden. Als ich versucht habe, mein neun Monate altes Kind mit dem Inhalt aus einem Gläschen aus Portugal zu füttern, war ich nicht so erfolgreich.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Die Werbung muss eingeschränkt werden, und die Quengelkassen müssen weg. An ihnen will das Kind die ganze Zeit über die Süßigkeit mit dem Dino darauf haben. Was hat ein Dino mit Essen zu tun? Das sind psychologische Effekte, die schamlos ausgenutzt werden, um im Grunde Eltern zum Aufgeben zu bewegen.

Wir diskutieren immer über Lebensmittelampeln. Der Nutri-Score ist keine einfache Lebensmittelampel. Die reine Lebensmittelampel sehen wir ebenfalls kritisch; denn auch die führt dazu, dass unter Umständen Nahrungsmittel als gesund deklariert werden, obwohl sie es sind. Das ist natürlich andersherum ebenso der Fall. Wobei es wenig Sinn macht, Olivenöl mit einer Lebensmittelkennzeichnung zu versehen. Denn bei Olivenöl handelt es sich um reines Öl. Wer aber trinkt schon eine Flasche Öl pro Tag? Das geschieht eher seltener.

Wir halten Portionsgrößen – das war der Vorschlag der Lebensmittelindustrie – für nicht angemessen. Dann bekommt Nutella auf einmal eine grüne Kennzeichnung. Das bekommt man immer dann hin, wenn die Portionsgröße so klein gemacht wird, dass hinterher in der Verpackung nicht mehr viel drin ist. Ich weiß nicht, wer von Ihren Kindern mit 15 Gramm Nutella als Portionsgröße auskommt. Meine Kinder sind damit nicht ausgekommen.

Der Nutri-Score ist in einigen Ländern – unter anderem in Frankreich – eingeführt worden. Er ist auch schon von einigen Lebensmittelherstellern – zum Beispiel von der Firma Danone – übernommen worden. Er hat den Vorteil, dass er positive und negative Eigenschaften ins Verhältnis setzt. Es besagt also nicht einfach nur, dass das betreffende Lebensmittel in jeder Hinsicht schlecht ist. Bei hochkalorischen Nüssen gibt es eine völlig andere Bewertung, weil Nüsse ganz viele wertvolle Nahrungsbestandteile enthalten. Das gilt übrigens für Öle auch. Der Nutri-Score ermöglicht also eine differenzierte Bewertung. Sie ist einfach und visualisiert. Das ist günstig für Menschen, die aus einfacheren Sozialstrukturen kommen. Was auf der Rückseite einer Verpackung steht, kann ich trotz Gleitsichtbrille wegen Alterssichtigkeit nicht mehr lesen. Ich glaube, das ist nicht unbeabsichtigt.

Das heißt, das Ganze muss auf der Vorderseite der Verpackung erkennbar sein. Dem Bürger muss die Möglichkeit gegeben werden, relativ schnell und einfach – ohne ins Detail einzutauchen – sagen zu können: Das ist okay, ich nehme das jetzt mit nach Hause. Oder: Das lasse ich liegen. Oder aber ich nehme es mit und sorge dafür, dass es zu Hause nicht zum Standardprogramm wird.

Prof. Dr. Stephan Martin (Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum [WDGZ], Düsseldorf): Herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin mit dem Fahrrad gekommen. Das sollte eigentlich ein Zeichen sein. Die Frage – ich stelle sie jetzt nicht – könnte lauten: Wer von Ihnen ist auch mit dem Fahrrad gekommen? Natürlich kann ich mit dem Fahrrad kommen, weil mein Weg nicht so weit ist.

Ich möchte die Fragen fokussiert beantworten. Erst einmal bin ich als Arzt hier. Es gibt keinen Verband, für den ich spreche. In Bezug auf manche Punkte kann ich deshalb vielleicht provokanter sprechen als ein Verbandsvertreter, der das immer abstimmen muss. Im Vorfeld habe ich einen Artikel in der *„Ärzte Zeitung“* veröffentlicht. Ich bin jemand, der da immer wieder einmal provokante Thesen heraushaut – nur um zu gucken, wie die Kollegen darauf reagieren. Dieser Beitrag hat mir sehr viel Ärger eingehandelt, weil ich es gewagt habe, Primärprävention anzuzweifeln.

Ich bin aber Wissenschaftler. Für mich ist immer ganz wichtig, was wir wissenschaftlich nachweisen können. Eines der wesentlichen Probleme, das wir haben, basiert auf einer politischen Entscheidung. Die politische Entscheidung ist in den 60er- bzw. 70er-Jahren in den USA gefällt worden. Damals hat man gesagt: Wir verändern das Ernährungsverhalten der Leute. Denn man ging davon aus, dass eine fettreiche Ernährung zum Herzinfarkt führt. Heute wissen wir aus wissenschaftlichen Studien, die leider in Deutschland noch nicht groß angekommen sind, dass eine fettreiche Ernährung – speziell mit guten Fetten, die keinen Einfluss darauf haben – überhaupt nicht zum Herzinfarkt führt, sondern eher günstig ist. Das heißt, wir müssen sehr vorsichtig sein, mit politischen Entscheidungen irgendetwas beeinflussen zu wollen, solange wir nicht wissen, dass es wissenschaftlich in Ordnung ist.

Was die Studie aus England anbelangt: Man hat da Schulen genommen und eine Cluster-Randomisierung vorgenommen. Eine Schule arbeitet mit Aston Villa. Da werden sowohl Schüler als auch Eltern trainiert. Man nimmt die erste Klasse und schaut nach drei Jahren nach. Dann gibt es Vergleichsschulen, wo man ebenfalls nach drei

Jahren nachschaut und keinen Unterschied sieht. Es gibt dazu eine ganze Reihe an Daten. Ich glaube, es ist, wenn man etwas macht, wichtig, vorher mit Studien zu analysieren, ob es etwas bringt

Deshalb komme ich zu dem Punkt der Zuckersteuer. Wenn wir uns das in den verschiedenen Ländern anschauen, sehen wir, dass der Zuckerkonsum sinkt. Betrachten wir aber Mexico, da gibt es schon eine ganze Zeit lang die Zuckersteuern; denn die haben ein ganz anderes Problem. Das hat aber überhaupt nichts gebracht.

Ich fange mit den Fragen von Frau Schneider und Herrn Preuß nach Gründen für die fehlende Wirksamkeit an. Wir haben mit der Adipositas – beim Rauchen ist das anders – nicht ein Agens. Beim Rauchen haben wir die Zigarette. Da hauen wir Steuern drauf. Dann können es die Leute nicht mehr bezahlen. Vielleicht wird es dann Leute geben, die sagen, dass das uncool ist, weil sie kein Geld dafür haben. Und Schwuppdiwupp haben wir das unter Kontrolle.

Bei Adipositas berücksichtigen wir das Ernährungsverhalten. Ich könnte jetzt fragen, was eine gesunde Ernährung ist. Bei den Antworten gäbe es – auch wenn sie von Experten kommen – ganz lustige Dinge. Es geht um fettarm und fettreich sowie um Fertigprodukte. Was ist in den Fertigprodukten enthalten? Darin sind Emulgatoren. Diese Emulgatoren beeinflussen bestimmte Dinge im Körper. Sie produzieren mehr Insulin. Je mehr Insulin ein Mensch im Körper hat, umso schlechter kann er abnehmen.

Auch von der wissenschaftlichen Seite her weiß man es gar nicht. Es gibt zurzeit ein Riesen-Papier, wo sich die Befürworter und Gegner einer fettarmen bzw. fettreichen Ernährung zusammengesetzt haben. Das ist in *„Science“* publiziert worden. Es ist hochinteressant zu lesen, wie wir in Bezug auf viele Bereiche gar nicht wissen, was wir denn überhaupt sagen sollen.

Ich sage meinen Patienten: Lassen Sie all die Empfehlungen weg, ernähren Sie sich fettreich, lassen Sie die Kohlehydrate weg. Denn ich bin der Meinung, dass die letzten Studien eher dafür sprechen, dass wir das machen sollten. Dann sind wir wieder bei der Ampel. Ob ich normales Brot oder Toastbrot esse, spielt keine Rolle. Es gibt Arbeiten, die zeigen, dass das zum gleichen Anstieg von Insulin führt. Man sagt den Menschen: Dann lasst doch mal das helle Brot weg und nehmt das dunkle. Das wird gemacht, aber ohne Erfolg. Deswegen sage ich: Wir müssen erst einmal genau wissen, was wir machen. Es geht um die fehlende Wirksamkeit.

Wenn es um Bewegung geht, kann gesagt werden: Die Leute müssen mehr Fahrrad fahren, wir müssen in den Städten bessere Fahrradwege schaffen. Wir müssen Incentives setzen. Das alles ist richtig. Nur ist die Frage: Wer nutzt das dann? Dann kommen wir wieder zum sozialen Gradienten und zur Frage von Herrn Preuß: Was sind die Konsequenzen?

Die AOK Rheinland/Hamburg hat auf Community-Ebene analysiert, welche Erkrankungen vorhanden sind. Wir sehen, dass es im Düsseldorfer Norden eine Häufigkeit beim Diabetes Typ 2 gibt, ganz eng mit Adipositas zusammenhängend. Adipositas ist nicht nur Diabetes. Dabei geht es auch um Hochdruck und einige andere Faktoren. Im Düsseldorfer Norden gibt es – das sagen die Zahlen der AOK – eine Diabetes-Inzidenz von 9 %. Im Düsseldorfer Süden sind es 14 %. Was den Essener Süden und den

Essener Norden angeht, sind die Verhältnisse genau umgekehrt. Das ist also ein soziales Problem.

Wir haben eine freiheitliche Gesellschaftsordnung. In einem Land, in dem dies besteuert und das verboten wird, möchte ich, ehrlich gesagt, nicht leben. Erst einmal haben wir eine Freiheit. Bei allem, wo wir etwas unternehmen, müssen wir wirklich gute Gründe dafür haben. Das ist mein Grundverständnis.

Deshalb habe ich auch die provokante Aussage gemacht: Wir werden die Menschen nicht mehr in die 60er-Jahre zurücksetzen können. Vielmehr werden wir bestimmte Entwicklungen haben, die wir so akzeptieren müssen. Dann müssen wir natürlich schauen, wo wir bestimmte Dinge machen können. Da gebe ich Herrn Fischbach komplett recht: Man sollte sicherlich in Bezug auf die Ernährung an den Schulen etwas unternehmen. Auch sollte man darauf achten, dass die Sportstunde nicht ausfällt. Gerade an den Nachmittag sollte nicht nur irgendeine Bespaßung durchführen. Dann würden die Kinder, die den ganzen Tag über Schulunterricht haben, nur dasitzen. Vielmehr sollte es – das ist überhaupt keine Frage – Kooperationen mit Sportvereinen eingehen. Auch wenn wir sehr viele Dinge machen, werden wir an bestimmte Gruppen überhaupt nicht herankommen. Deshalb muss die Frage gestellt werden: Wer hat diese Aufgabe zu übernehmen? Ist es die Politik oder sind es die Krankenkassen?

Ich komme zu dem, was wir im Moment hinsichtlich Prävention machen. Wir haben ein Programm zur Gewichtsabnahme entwickelt. Das darf ich aber nur bei den Übergewichtigen einsetzen. Sobald jemand Diabetes hat, geht das schon wieder nicht; denn das bezahlt die Krankenkasse nicht.

Prävention kann nicht primär, sekundär und tertiär durchgeführt werden. Wenn eine prima Prävention bezüglich Herzinfarkt gemacht wird, ist man möglicherweise schon in der Sekundärprävention beim Diabetes. Das heißt, dieses artifizielle Filetieren – Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention – ist völliger Unsinn. Das muss so schnell wie möglich geändert werden. Das kann aber leider – so wie ich es versteht – nicht durch ein Landesgesetz geregelt werden, sondern hier muss ein Bundesgesetz erlassen werden, wenn man etwas verändern will.

Die Nahrungsmittelindustrie wird immer wunderbar vorgeführt. Ich bin kein Freund der Nahrungsmittelindustrie. Ich denke, das graduelle Reduzieren von Zucker ist eine Superlösung. Das hat man in anderen Ländern beim Salz auch schon gemacht. Man hat gesagt: Ihr seid verpflichtet, jedes Jahr 10 % weniger hineinzugeben. Wenn man das so macht, merken die Leute das gar nicht, weil es sich um ein graduelles Herunterfahren handelt. Das wird wahrscheinlich viel effektiver sein, als wenn man es teuer macht. Ich weiß, dass Kinder in England sagen: Du musst jetzt das Brot kaufen, es schmeckt besser als das mit einer grünen Farbe versehene. Man muss das Ernährungs- bzw. das Geschmacksverhalten nach und nach verändern.

Den Bildungsstand der Familien bzw. das Thema „Krankenkassen“ habe ich gerade kurz angesprochen. Wir müssen die Kassen dazu bringen – das sage ich nur als Nebensatz –, gerade im Bereich des Diabetes etwas zu tun. Es ist ein absoluter Skandal, dass wir in Deutschland Insulintherapie, die wir eigentlich ganz später in der Therapie einsetzen sollten, so fördern, dass viele Personen das sehr früh bekommen, weil die

Kassen aus dem Morbi-RSA sehr viel Geld bekommen. Denn eine Insulintherapie wird anders bewertet. Die Hausärzte werden entlastet, wenn Insulin verschrieben wird. Dadurch wird das Budget entlastet. Der Patientin bzw. dem Patienten sagt man: Insulin ist gar nicht so schlimm. Die werden nur immer dicker. Das ist ein Bereich, wo man Prävention betreiben muss. Wenn ein Patient kein Insulin mehr braucht, verliert die Kasse plötzlich Geld. Das sind Dinge, an denen man sicherlich auch arbeiten muss.

Zu dem Antrag bzw. zu den Fragen von Herrn Vincentz. Das alles sind schöne Sachen, zu denen man Ja sagen kann. Es wird unter dem Strich nicht sehr viel bringen. Das ist das, was wir leider immer wieder von Politik erfahren: Es werden tolle Sachen gemacht und es werden tolle Dinge erzählt. Was aber die Effektivität anbelangt, würde ich eher sagen: Lieber nichts machen. Das betrifft auch den Bereich der Zuckersteuer. Ich habe die Sorge, dass, wenn wir eine Zuckersteuer einführen, alle sagen: Jetzt gibt es die Zuckersteuer, wir warten jetzt erst einmal zehn Jahre ab. Auch das sage ich nur als Nebensatz: Kartoffelpüree hat einen höheren glykämischen Index als Haushaltszucker. Man isst das Kartoffelpüree im Rahmen einer Mahlzeit; aber auch da haben wir große Probleme.

Herr Neumann, Sie fragten, wie die Lebensmittelindustrie ihre Produkte gestalten muss. Auf der einen Seite müssen wir sie motivieren, Produkte zu gestalten, bei denen der Nährwert absinkt, wo man durchaus auch einmal Functional Food macht. Nur ist es so: Functional Food mit Incentives für die Lebensmittelindustrie ist sofort wieder ein Health Claim, der wieder blockiert wird. Wenn ich hingehe und sage, dass ein Produkt in Bezug auf bestimmte Dinge nicht hilft, dann darf es die Industrie nicht ausloben, denn Health Claim muss durch Studien – da sind die Voraussetzungen schlimmer als bei Medikamentenzulassungen – unterlegt werden. Da haben wir ein Problem. Das wird durch die EFSA zentral reguliert. Es ist – das kann ich Ihnen nur sagen – ein Leid, wenn man bei Firmen in der Beratung ist, die sagen: Ich würde gerne etwas machen. Was muss man da alles vorweisen? – Dann kann man eigentlich als Berater nur sagen: Das wird richtig teuer. Die großen Firmen sind da schon ein bisschen dran. Ich glaube aber, man sollte eher in Bezug auf Innovationen – die kommt nicht von großen Firmen, sondern eher von mittelständischen und kleinen Firmen – irgendwelche Möglichkeiten schaffen, so etwas stärker nach vorne zu bringen.

Es kam die Frage nach der Ernährung in Schulen. Bei Zucker sind wir uns alle einig, dass da reduziert werden muss. Dann wird es aber ziemlich divers. Ich glaube, dass wir da wirklich Schwierigkeiten haben werden. In Bezug auf das Thema „Fett“ ist es so, dass man da dicke Bretter bohren muss, um den Patienten zu überzeugen. Nicht weit von hier entfernt gibt es eine Hochschule, wo Ernährung gelehrt wird. Die dort Studierenden meinen, dass dort ein differenzierte Vorgehen gar nicht gelehrt wird. Insofern gibt es auch da ein Defizit. Ich glaube, es gibt in Bezug auf dieses Thema zu viele Überzeugungen bei den Menschen; denn jeder hat Erfahrungen. Sie alle haben Erfahrungen mit Ernährung und werden irgendwo auch einmal als Ernährungsberater auftreten, weil sie vielleicht irgendeine ganz besondere Erfahrung haben. Das ist, glaube ich, das große Problem.

Dann wurden die Portionsgrößen angesprochen. Das können wir auch nicht regeln. Wenn ich irgendwo in der Stadt essen gehe, bekomme ich einen sehr großen Teller.

Ich wage noch nicht, einen Seniorenteller zu bestellen. Restaurantbesitzer sagen: Wenn ich die Portionen kleiner mache, kommen keine Gäste. Mache ich aber große Portionen, dann kommen welche. Das werden wir doch nirgendwo besteuern können.

Von der Seite her komme ich zu folgendem Resümee: Ich glaube, wir müssen Erkrankungen früh erkennen. Dazu gab es in diesem Jahr eine brillante Arbeit aus England, die in der Fachzeitschrift *„The Lancet“* publiziert wurde. Da hat sich ein Kollege mit Personen befasst, die schon vier Jahre lang einen Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck hatten. Er hat die einem radikalen Gewichtsabnehmprogramm unterzogen. Die Personen nahmen im Mittel 10 kg ab. Das alles bekamen sie bezahlt. Der Kollege konnte 50 % der betreffenden Menschen wieder aus dem Diabetes herausführen; sie sind in die klinische Remission gekommen. Das ist jetzt bewiesen. Wir wussten aber immer schon, dass das funktioniert.

Es geht, was Prävention angeht, um den Mittelweg. Menschen sollten versuchen, ganz viele Dinge, die falsch laufen, zu korrigieren. Wir müssen dann aber erreichen, dass wir früh erkennen. In der frühen Phase müssen wir versuchen, die Erkrankung wieder zurückzudrängen. Das geht bei einem hohen Blutdruck und bei erhöhten Blutzuckerwerten, wenn die Betreffenden übergewichtig sind. Wir müssten diese Erkenntnis eigentlich viel intensiver umsetzen. Es kann eher etwas gemacht werden, wenn man Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention durchführt. Ich glaube, dass wir den Präventionsfonds brauchen. Eine Kasse, die die Erkrankung eines Patienten in eine Frühphase zurückbringt, muss eine Belohnung bekommen. Sonst funktioniert das nicht. Das ist aber keine Landes-, sondern Bundesgesetzgebung.

Josef Neumann (SPD): Ich muss noch einmal nachfragen. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, ist größer, wenn man aus ärmeren Verhältnissen kommt. Was bedeutet Früherkennung? Welche Voraussetzungen muss man dafür haben? Was bedeutet das in Bezug auf Diagnose, Früherkennung und Therapie? Da brauchen wir eine völlig andere Systematik, zum Beispiel auch bei der Vergütung. Ich will mich nicht damit abfinden, dass gesagt wird: Die sind arm, die dürfen das; wir erreichen sie nicht. – Was ist der Ansatz, um genau diese Gruppe zu erreichen? Da kann man visualisieren. Wir können sicherlich auch Leichte Sprache – und sonst anderes – anwenden. Es geht um sehr viele Menschen, die man nicht von Anfang an verloren lassen gehen darf.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Es war sehr spannend, Ihnen zuzuhören. Der Kollege Professor Erdmann aus Köln hat jahrelang dafür Werbung gemacht, dass es, wissenschaftlich gesehen, keine nachweisbare Verbindung zwischen Sporttreiben und Herzinfarkt gibt. Er wurde von einem Kollegen ausgekontert, der feststellte, dass es auch keine Verbindung zwischen Fallschirmspringen und dem sicheren Aufkommen auf dem Boden gibt.

Ein befreundeter Kollege hat im Rahmen einer Kontrollstudie eine Metaanalyse zum Thema „Kaffee“ durchgeführt. Er hat aufgeführt, wie viele Studien es dazu gibt. Dabei ging es um die Fragen: Wie oft ist Kaffee hinsichtlich der Primärprävention von Krebs gut? Und wie oft ist Kaffee schlecht in Bezug darauf? – Es lief auf einen Nulleffekt hinaus.

Die zentrale Frage wurde gerade vom Kollegen Neumann gestellt. Wir vergesellschaften mit der Krankenversicherung bereits ein Stück weit das Risiko bzw. die Krankheit, die sich Individuen zuziehen. Das bezahlen wir alle. In Bezug darauf ist die Frage zu stellen: Wie genau können wir sozial schwache Menschen – bei denen das selten gelingt – mit Prävention erreichen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Sie sagten, dass das, was Sie vorgetragen haben, sehr provokativ gewesen sei. Das fand ich gar nicht. Wir haben davon gesprochen, dass viele Menschen bereits – sicher unterschiedliche – Ernährungshinweise bekommen. Das ist wohl wahr. Es gibt aber ein paar Dinge, auf die sich die Ernährungswissenschaftler – das ist zumindest nach dem so, was ich weiß – durchaus geeinigt haben. Dabei handelt es sich einmal – das haben Sie angesprochen – um das Thema „Insulin“. Auch Sie haben in dem Zusammenhang von Bewegung gesprochen. Meine Frage dazu lautet: Welche guten Ansätze, auf die man sich einigen könnte, gibt es, die man in die Schulen und Kitas – darum geht es mir heute – hineinbekommen könnte?

Wenn ich Herrn Dr. Fischbach als auch Professor Martin richtig verstanden habe, haben sie beide gesagt: Es ist gut, wenn wir Transparenz in Bezug darauf bekämen, was überhaupt in den Lebensmitteln enthalten ist. Ebenfalls ist es gut, den einen oder anderen ernährungsphysiologischen Aspekt zu verstehen und das nicht nur vorerzählt zu bekommen. Möglicherweise wirkt das auch unterschiedlich bei den Menschen. – Auf was könnte man sich in Bezug darauf verständigen? Mir geht es nicht darum, Gesundheitskosten zu sparen, sondern den Menschen – in diesem Fall das Kind – ernst zu nehmen und ihm die Möglichkeit zu geben, mit dem Thema „Ernährung und Bewegung“ umzugehen. Vielleicht können Sie dazu noch ein oder zwei Hinweise geben.

Susanne Schneider (FDP): Wir alle wissen, dass dicke Kinder des Öfteren den Typ-2-Diabetes bekommen. Im Moment haben die Regierungsparteien – CDU und FDP gemeinsam – in einer anderen Sache Mittel zur Verfügung gestellt. Wir wollen, dass in Schulen die Aufklärung über Diabetes verbessert wird. Zum einen sollen die an Diabetes erkrankten Kinder nicht gemobbt werden. Auch sollten die Lehrer wissen, wie sie mit solch einer Erkrankung umgehen müssen. Es ist Geld dafür vorhanden, dass Schulungen stattfinden können. Halten Sie solche Schulungen für ein gutes Mittel, um auch die gesunden Kinder mitzunehmen und sie auf die Gefahren dieser Krankheit hinzuweisen? Oder wie würden Sie das beurteilen?

Vorsitzende Heike Gebhard: Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht. – Herr Professor Martin, bitte schön.

Prof. Dr. Stephan Martin (Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum [WDGZ], Düsseldorf): Bei Schulungsprogrammen in Schulen geht es primär um Typ-1-Diabetes. Der Typ-1-Diabetes hat mit Adipositas und Ernährung nichts zu tun. Das würde ich – das ist, glaube ich, sinnvoll – eher als Schulung mit chronisch kranken Kindern machen. Denn wenn man in den Schulen danach fragt, warum Kinder einen

Typ-1-Diabetes bekommen, heißt es: Die haben zu viel Zucker gegessen. Wenn ich Menschen aus der Bevölkerung frage, sagen das auch sehr viele.

Damit kommen wir zu einem ganz zentralen Thema. Wir sind in Deutschland extrem schlecht, was Gesundheitslehre angeht. An den Schulen lehren Biologielehrer. Den interessantesten Biologieunterricht während meiner Schulzeit hatte ich – es gab nicht genug Biologielehrer – bei einem Medizinstudenten, der samstags unterrichtete. Der hat sehr viel über Medizin gesprochen. Das hat mich ein bisschen geprägt. Ich glaube, es gibt wenig Bewusstsein in Bezug auf folgende Fragen: Was sind Erkrankungen? Was passiert beim Herzinfarkt? Die Leute können über alles genau berichten, was ihr Auto anbelangt. Über den eigenen Körper wissen sie aber sehr wenig. Ich glaube, es wäre eine Basis, auch im Biologieunterricht in Bezug auf Gesundheitslehre ein bisschen mehr ins Detail zu gehen. Das wäre vielleicht eine erfolgversprechende Maßnahme; denn dann käme es zu einem anderen Verständnis.

Das Vermeiden des Mobbens dicker Kinder ist auch ein wichtiges Thema, obwohl ich dazu die Rückmeldung bekommen habe, dass das nicht mehr so schlimm sei. Das sei halt so. Diese Kinder würden in bestimmten Schulen gar nicht mehr auffallen. In anderen Schulen wiederum seien es eher die schlanken Kinder, die gemobbt würden.

Sie haben die Frage gestellt, wie wir an die Kinder herankommen, die aus sozial schwachen Schichten kommen. Ich komme aus einem christlichen Umfeld, engagiere mich in der Katholischen Kirche. Wir haben ein MVZ. Viele Patienten sind aus Garath. Ich erlebe immer wieder, wie schwierig es – auch wenn wir total motiviert sind – für uns ist, diese Menschen anzusprechen. Bei ihnen spielt ein ganz anderes Wertesystem eine Rolle. Vielleicht können wir bei diesen Menschen – die sind mit all den Bildchen und Schulungen völlig überfordert – mit ganz einfachen Maßnahmen etwas erreichen. Da ist unsere Medizin – die erklärende Medizin – an ihren Grenzen angelangt. Manchmal haben wir nicht genügend Zeit, um selbst Menschen, die das intellektuell erfassen können, etwas genau zu erklären.

Wir können aber keine gesonderten Schulungen für Menschen aus unterschiedlichen sozialen Schichten durchführen. In solchen Schulungen sitzt dann vielleicht jemand, der sich mit den anstehenden Dingen besonders beschäftigt hat, und neben ihm sitzt ein Mensch, der sich nicht so sehr damit beschäftigt hat. Das führt zu Spannungen. Einer von denen kommt dann bei der nächsten Schulung nicht mehr: Der eine versteht das, der andere nicht. Wie man diese Frage lösen will, kann ich nicht beantworten. Dafür bin ich nicht der Spezialist. Da muss man Menschen fragen, die darauf spezialisiert sind. Die muss man fragen: Wie kann man – gerade auch in den Schulen – bildungsspezifische Schulungsprogramme durchführen?

Auch die Frage, was die Eltern machen, spielt dabei eine Rolle. Es gibt eine wunderbare Studie aus den USA. Im College wurde alles super gemacht. Dann gab es die Sommerferien. Die Schüler fuhren nach Hause, kamen zurück und hatten zugenommen. Das alles sind Probleme. Man muss also auch die Eltern beteiligen. Wie aber kommen wir an die heran? Die befinden sich im Arbeitsprozess und sagen: Ich habe abends keine Lust mehr, weil ich zwei oder drei Jobs ausfüllen muss. Da kommt alles zusammen. Dazu kann ich Ihnen also nichts sagen.

Ich komme zur Studie in Bezug auf die Verbindung zwischen sportlicher Bewegung und Herzinfarkt. Die Frage dazu lautet: Wie kommen wir zu einer wissenschaftlichen Evidenz? Diese Anhörung ist sicherlich nicht der Rahmen für die Beantwortung dieser Frage. Eigentlich ist das ein großes Problem.

Wenn ich ein Medikament habe, setze ich es ein, und ich setze ein Placebo-Medikament ein. Allein beim Kaffee gibt es da schon ein Problem. Wenn ich wissen will, wie gesund Kaffee ist, müsste ich – obwohl es dazu sehr viele Hinweise gibt – den Angehörigen einer Gruppe Placebo-Kaffee geben. Der sieht aus wie Kaffee, schmeckt wie Kaffee, enthält aber keinen Kaffee. Das müsste zehn Jahre lang gemacht werden. Das gilt auch in Bezug auf Bewegung. Deshalb ist das so schwierig. Aus diesem Grunde haben wir so unterschiedliche Ansichten. Die eine Gruppe macht es so, die andere wiederum so. Die einen kommen aus Indien, die anderen woanders her. Das ist ein Riesenproblem. Grundsätzlich kann gesagt werden: Wir haben immer Evidenz in Bezug darauf, dass wir bestimmte Dinge machen müssen; aber wir wissen nicht, wie wir es umsetzen müssen. Da kommen wir an unsere Grenzen.

Es wurde gefragt: Wie können wir es machen, die Kinder ernst zu nehmen? Wir müssen an die Eltern herankommen. Die Frage ist, ob wir etwas erreichen können, wenn wir in irgendeiner Weise das Kaufverhalten der Menschen beeinflussen. Es gäbe die Möglichkeit, ein Produkt teurer zu machen. Die Menschen würden etwas anderes kaufen, wenn es extrem teuer wäre. Ein Liter Cola – das ist mit das billigste Getränk – kostet vielleicht 75 Cent. Vielleicht kann man so vorgehen, dass es mindestens ein nichtalkoholisches Getränk geben muss, das günstiger als die alkoholischen Getränke ist. Ich glaube, dass man etwas erreichen könnte, wenn man Sprudelwasser in Restaurants oder in Schulen kostenlos serviert. Es müssten also irgendwelche Incentives geschaffen werden, damit die Leute sagen: Ich nehme lieber das, weil es komplett kostenlos ist. Das wäre vielleicht die einfachste Maßnahme, um den Leuten bestimmte Getränke nahezubringen. Man müsste nicht bestrafen, sondern eher belohnen. Das ist ein bisschen meine Grundeinstellung. Aber wie gesagt, ich bin Erwachsenen-Mediziner und kann zu den Kindern nicht so viel sagen.

Dr. Thomas Fischbach (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. [BVKJ], Köln: Ich trinke sehr viel Kaffee. Deshalb habe ich das immer sehr genau verfolgt. Es hieß, dass man von Kaffee alles bekommen könnte, auch Krebs und einen Herzinfarkt. Jetzt auf einmal – das wurde wiederholt gemeldet – hat Kaffee angeblich den gegenteiligen Effekt. Die letzten Studien sind sehr kaffeefreundlich ausgefallen. Ich weiß aber nicht, ob sie gesponsert worden sind. Wie auch immer, da bin ich bei Ihnen: Da muss man genau hingucken. Erkenntnisgewinn ist einer zeitlichen Veränderung unterworfen. Das, was wir heute für richtig halten, ist vielleicht in zehn Jahren nicht mehr haltbar. In diesem Dilemma befinden wir uns aber; da können wir uns auch nicht rauswurschteln. Das wollte ich aber nur am Rande gesagt haben.

Herr Neumann, Sie fragten, wie man die Leute erreicht. Im Gegensatz zu Herrn Martin glaube ich nicht, dass wir die Eltern in den sozioökonomisch schwachen Schichten

erreichen können. Meine Erlebnisse während 24 Jahren Praxis waren total frustrierend. Das funktioniert nicht. Ich glaube, das Einzige, was funktionieren kann, ist, dass wir die Kinder erreichen.

Es hat in Berlin ein ganz interessantes Projekt gegeben. Da hat man in Kindertageseinrichtungen von jetzt auf gleich ganz dirigistisch nur noch Wasser als Getränk erlaubt. Das war erst einmal – auch bei den Kids – mit einem ziemlichen Aufschrei verbunden. Dann haben die sich aber daran gewöhnt. Das Interessante war, dass sie hinterher diese Haltung mit nach Hause genommen und das dort auch eingefordert haben. Sie wollten dann also auch zu Hause Wasser trinken. Ich glaube, dass man es durchaus nicht unterschätzen sollte, dass auch Kinder einen edukativen Effekt auf ihre Eltern ausüben können.

Ich glaube, dass es andersherum – ich lasse mich gerne eines Besseren belehren; meine Erfahrung ist aber einfach so – kaum hinzubekommen ist. Dafür gibt es genügend Beispiel. Ich habe eben das Rauchen als Beispiel genannt. Das gilt natürlich für andere Bereiche auch. Es gibt Leute mit einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung, die rauchen. Das hat jeder von Ihnen – ich öfter – vielleicht schon einmal gesehen. Dann fasst man sich an den Kopf und sagt sich: Das kann doch nicht wahr sein, die können sich dann doch gleich von der Brücke stürzen. Diese Menschen wissen natürlich, dass das schädlich ist. Sie schaffen es aber nicht, sich aus daraus selber zu befreien. Ich glaube nicht, dass wir ein edukatives System hinbekommen – ich wüsste nicht wie –, welches es ermöglicht, diese Entwicklung umzudrehen. Aber ich glaube, dass Kinder prägbarer sind. Es ist das Tolle an der Kindheit, dass man da noch viel lernen kann. In Bezug auf die Einflüsse von außen – außerhalb der Familie geht es da um die Kita und die Schule – müssten wir viel mehr tun und die Kinder empowern, ihr Leben selber in die Hand zu nehmen. In dieser Hinsicht sollten wir sie nicht unterschätzen; das können Kinder.

Zum Thema „Bewegung“: Dass Bewegung gesund ist, wird kein ernsthafter Mensch bezweifeln. Bewegung ist aber nicht dazu geeignet, um Gewicht abzunehmen. Es wird gesagt: Wenn du Sport treibst, dann geht das schon. Das funktioniert aber nicht. Es ist so, dass durch Sporttreiben – was sicher sinnvoll ist – ein Teil des Fettgewerbes in Muskelmasse umgewandt wird. Des Weiteren kann man damit die körperliche Fitness – gerade auch mit Blick auf das kardiovaskuläre Risiko – verbessern. Von daher sollte man – das ist keine Frage – unbedingt Sport treiben. Als Abnehmmöglichkeit ist das aber nicht sonderlich geeignet. Dazu gibt es Untersuchungen. Auch in der Stellungnahme habe ich dazu einiges gesagt.

Die Ernährungsindustrie macht folgenden Fehler: Sie lenkt gerne alles nur auf die Bewegung, damit sie sich nicht mit dem Thema „Ernährung“ auseinandersetzen muss. Ich plädiere also – gerade auch mit Blick auf chronisch kranke Kinder; dabei geht es auch um Adipositas mit den Folgeerkrankungen – für Schulgesundheitskräfte.

Hätte ich bei meiner Facharztprüfung in Pädiatrie gesagt, dass es einen Typ-2-Diabetes im Kindesalter gibt, wäre ich durchgefallen. Das gab es damals zur Zeit der Altersdiabetes nicht. Wir sollten also die Lebensbedingen da ändern, wo wir es können. Da ist natürlich schon auch die Politik gefragt. Wenn wir es nicht jetzt machen, wo es dem Land finanziell so supergut geht: Wann wollen wir es dann tun? Wenn es wieder

bergab geht, wird es wieder ganz viele Gründe geben, warum wir nicht in Schulen und in Kindertageseinrichtung investieren können, um einen besseren Lebensstil hinzubekommen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen mehr vor. Ich darf mich bei Ihnen ganz herzlich für Ihre engagierten Beiträge bedanken und wünsche Ihnen weiterhin einen schönen Tag.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzender

Anlage
29.01.2019/04.02.2019
84

Stand: 28.11.2018

Anhörung von Sachverständigen
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Die Adipositas-Prävalenz steigt – NRW muss die Schulen stärker unterstützen!
Antrag der Fraktion der AfD, Drucksache 17/2761

am Mittwoch, dem 5. Dezember 2018
13.30 bis ca. 15.00 Uhr, Raum E 3 D 01

Tableau

eingeladene Sachverständige/ Institutionen	**Redner/in** Weitere Teilnehmer/-innen	**Stellungnahme**
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Köln	**Dr. Thomas Fischbach**	**17/978**
Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ), Düsseldorf	**Professor Dr. Stephan Martin**	**./.**

ABSAGEN VON EINGELADENEN SACHVERSTÄNDIGEN / INSTITUTIONEN	
Professor Dr. Thomas Reinehr, Lehrstuhl für Pädiatrie an der Universität Witten/Herdecke Vestische Kinder- und Jugendklinik, Datteln	**./.**