

Präventionsansatz

"Vater-Kind": Ein

vielversprechendes

Konzept zur

Gesundheitsförderung in

Familien

Habermann N, Sommer F

Blickpunkt der Mann 2008; 6 (4)

11-15

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Präventionsansatz „Vater-Kind“: Ein vielversprechendes Konzept zur Gesundheitsförderung in Familien

N. Habermann, F. Sommer

Kurzfassung: Die Dringlichkeit und Notwendigkeit neuer und vor allem adressatenspezifischer Präventionsprogramme ergibt sich zum einen aus der gesundheitlichen Situation der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland, die in diesem Artikel dargelegt ist, und zum anderen als logische Konsequenz daraus, dass bisherige Angebote nicht zu den gewünschten langfristig und nachhaltig positiven Effekten, den Gesundheitszustand der Bevölkerung betreffend, geführt haben.

Ein Präventionsansatz „Vater-Kind“ bietet insbesondere durch die einzigartige Beziehung zwi-

schen dem Vater und seinem Kind viele Möglichkeiten motivierender Wechselwirkung innerhalb eines gezielten Programms zur Prävention und Gesundheitsförderung und damit einen vielversprechenden Ansatz zur Schulung eines gesunden und angemessenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens innerhalb der Familien.

Abstract: The health situation of our children, young adults and adults in Germany illustrated in this article is quite bad. It is very important and very urgent to develop new prevention programs particularly addressing the target group.

This matter of fact is a corollary. Furthermore, health programs available do not induce positive long-term population health effects.

The prevention idea „father-child“ offers opportunities to use motivating interactions because of the unique father-child relationship. Particularly within a well-directed prevention program it will have success. So it shows great promise in bringing forward a positive health behavior in the areas of nutrition and exercise.

Blickpunkt DER MANN 2008; 6 (4): 11–5.

■ Einleitung

Die Dringlichkeit und Notwendigkeit neuer und vor allem adressatenspezifischer Präventionsprogramme ergibt sich zum einen aus der gesundheitlichen Situation der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland, die in diesem Artikel dargelegt ist, und zum anderen als logische Konsequenz daraus, dass bisherige Angebote nicht zu den gewünschten langfristig und nachhaltig positiven Effekten, den Gesundheitszustand der Bevölkerung betreffend, geführt haben.

Neue und innovative Konzepte müssen also entwickelt werden. Ein Präventionsansatz „Vater-Kind“ bietet insbesondere durch die einzigartige Beziehung zwischen dem Vater und seinem Kind viele Möglichkeiten motivierender Wechselwirkung innerhalb eines gezielten Programms zur Prävention und Gesundheitsförderung und damit einen vielversprechenden Ansatz zur Schulung eines gesunden und angemessenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens innerhalb der Familien.

Hintergrund dieser neuen Herangehensweise eines Präventionsansatzes ist die Tatsache, dass die Beschäftigung mit geschlechtsspezifischem Risikoverhalten und den daraus resultierenden Konsequenzen für die präventive und kurative Medizin immer noch wissenschaftliches Neuland darstellt [1] und „den differenzierten Angeboten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen wenig vergleichbare Versuche gegenüber stehen, gezielt die höhere Sterblichkeit der Männer abzubauen. Zusätzlich muss man feststellen, dass die für beide Geschlechter entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungs-Programme vor allem von Frauen genutzt werden“ [2].

Aus dem Institut für Männergesundheit, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Frank Sommer, Institut für Männergesundheit, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, D-20246 Hamburg, Martinistraße 52; E-Mail: sommer@maennergesundheits.info

Gezielte Präventionsangebote für Männer gibt es somit kaum, wobei die geschlechtsspezifischen Gesundheitsbetrachtungen, welche noch dargestellt werden, nahe legen, dass ein gesundheitsbezogener Lebensstil, Aufklärung sowie präventive Interventionen vor allem bei männlichen Individuen unabdingbar sind, und speziell vor der Pubertät einsetzen müssen, um für die Mortalität und Morbidität, deren Raten für das männliche Geschlecht deutlich höher sind als für das weibliche, im Laufe des Lebens wirksam zu werden.

■ Wie stellt sich die Situation der Kindergesundheit in Deutschland dar?

Die heutigen Lebensgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen sind bezogen auf die Gesundheit häufig durch Fehl- und Überernährung sowie mangelnde körperliche Aktivität geprägt. Studien zur Kindergesundheit zeigen, dass viele Kinder und Jugendliche trotz erhöhter Kalorienzufuhr durch die Nahrungsaufnahme die Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr nicht erreichen, nicht alle Heranwachsenden in Bezug zur Kalorienaufnahme, aber auch im Sinne einer guten motorischen Entwicklung, ausreichend körperlich aktiv sind und ein Teil der Kinder und Jugendlichen bereits unter Stress und psychischen Belastungen leidet [3]. Dadurch entstehen und manifestieren sich bereits in der Kindheit und Jugend Risikofaktoren, allen voran die Adipositas (Fettleibigkeit) mit allen Adipositas-induzierten Begleit- und Folgeerkrankungen.

Die Häufigkeit von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen von 3–17 Jahren ist seit 1985 um mindestens 50 % angestiegen. Aktuelle Zahlen aus Deutschland zeigen, dass 9–16 % (ca. 1,9 Millionen) der Jungen und Mädchen im Alter bis zu 10 Jahren übergewichtig sind. Davon sind 3–6 % (ca. 800.000) stark übergewichtig (adipös)! Im Grundschulalter von 7–10 Jahren nimmt der Anteil übergewichtiger Kinder gegenüber Jüngeren am deutlichsten zu. Insgesamt betrachtet erreicht der prozentuale Anteil der übergewichtigen

Kinder im Alter zwischen 11 und 13 Jahren dann sogar fast 20 % (Abb. 1), also jedes 5. Kind [4].

„Es ist davon auszugehen, dass bei der Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen mindestens eine Begleiterkrankung bzw. ein weiterer Risikofaktor vorliegt“ [5]. Zu diesen frühen Komorbiditäten der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zählen Veränderungen, die auch als prämetabolisches Syndrom (gemeinsames Auftreten von kardialen Risikofaktoren) zusammengefasst werden können:

- Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)
- Hypercholesterinämie mit Erhöhung der LDL-/HDL-Ratio (erhöhte Cholesterinwerte)
- Hypertriglyzeridämie (erhöhte Blutfettwerte)
- Gestörte Glukosetoleranz (Blutzuckertoleranz)
- Diabetes mellitus Typ 2 („Zuckerkrankheit“)

Aber auch weitere mannigfaltige Begleiterkrankungen sowie Sekundärveränderungen können auftreten. Die prozentual häufigsten Begleit- und Folgeerkrankungen von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Deutschland sind in Tabelle 1 dargestellt.

Diabetes mellitus Typ 2 wurde bei Kindern und Jugendlichen erst vor gut 20 Jahren, als die Krankheit noch als „Altersdiabetes“ bezeichnet wurde, festgestellt [6, 7]. Der Großteil der Adipositas-induzierten Diabetiker vom Typ 2 findet sich im Erwachsenenalter, aber laut WHO [8] kann dessen ungeachtet auch eine Zunahme von Diabetes mellitus Typ 2 bei adipösen Kindern und Jugendlichen festgestellt und mit einer Prävalenz von ca. 1–1,5 % angegeben werden [5, 8]. Allerdings muss bedacht werden, dass Diabetes mellitus Typ 2 meist nach Einsetzen der Pubertät bzw. im frühen Erwachsenenalter diagnostiziert wird und Jugendliche, die oft schon mehrere Jahre symptomlos eine diabetische Stoffwechsellaage haben, nicht mehr in der Krankenstatistik von Kindern und Jugendlichen erfasst werden [7, 9]. Demnach kann von einem noch höheren Anstieg der Prävalenz für Typ-2-Diabetiker im Kindes- und Jugendalter ausgegangen werden.

Das Phänomen Diabetes mellitus Typ 2 im Kindes- und Jugendalter kann nicht nur auf genetische Ursachen zurückgeführt werden, denn diese Entwicklung hat sich innerhalb einer stabilen Bevölkerungsgruppe in kurzer Zeit vollzogen, so dass vor allem die veränderten Lebensbedingungen und ein verändertes Ernährungsverhalten der Eltern und Kinder verantwortlich gemacht werden können [10].

Einer Studie in Nordrhein-Westfalen 2002 zufolge (Tab. 2) sitzen über 50 % der Jungen im Alter von 11–15 Jahren mehr

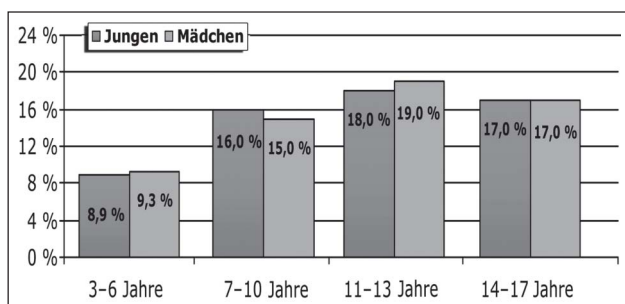


Abbildung 1: Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen. Erstellt nach Daten aus [4].

Tabelle 1: Begleit- und Folgeerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in Deutschland (Ergebnisse der Murnauer Komorbiditätsstudie 1998–2001; n = 520). Mod. nach [5].

1 %	Diabetes mellitus Typ 2
2 %	Gallensteine
6 %	Störungen im Glukosestoffwechsel
30 %	Steatosis epatitis (Fettleber)
35 %	(Prä-) metabolisches Syndrom
35 %	Orthopädische Folgestörungen und erhebliche Störungen der psychosozialen Entwicklung und der Lebensqualität

Tabelle 2: Gesundheitsverhalten von 11–15-jährigen Jugendlichen (Ergebnisse der HBSC-Studie; Daten für Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin). Mod. nach [11].

Gesundheitsverhalten	Jungen	Mädchen
Zigarettenrauchen täglich	25	25
Alkoholtrinken täglich	6	3
Zähneputzen selten/nie	6	1
Sport kein Mal in der letzten Woche	7	9
TV-/Video-Konsum mehr als 4 Stunden an Schultagen	53	43
Obst/Früchte selten/nie	25	17
Gemüse/Salat selten/nie	32	21
Cola/Süßgetränke täglich	75	58
Frühstück an Schultagen nie	35	40

Angaben in Prozent (gerundet), n = 5650

als 4 Stunden täglich vor dem Fernseher, 7 % machen gar keinen Sport, 1/4 der Jungen essen so gut wie nie Obst und 1/3 äußerst selten Gemüse. Aber 3/4 konsumieren täglich zuckerhaltige Getränke [11].

Weiters wurden die Eltern um eine Einschätzung zur Häufigkeit der sportlichen Aktivität gebeten. Dabei sollte zwischen Sport im Verein und außerhalb eines Vereins unterschieden werden. Die aktuelle Empfehlung, die zu körperlich-sportlicher Aktivität an den meisten Tagen in der Woche rät, wird in der Altersgruppe der 11–17-Jährigen aber nur von jedem vierten Jungen und jedem sechsten Mädchen erreicht.

Die aus diesen Defiziten der Bereiche Ernährung und Bewegung resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, allen voran die Adipositas und weitere damit einhergehende Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, ergeben sich zum einen aus der funktionellen und individuellen Einschränkung und der psychosozialen Beeinträchtigung. Zum anderen haben Kinder und Jugendliche eine höhere Komorbidität und darüber hinaus ein deutlich erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Erwachsenenalter [12]. Das Erleben eines erniedrigten Selbstwertgefühls kann wiederum zu einem Risikofaktor für die psychosoziale Entwicklung wie auch von Essstörungen führen, so dass schon im Kindes- und Jugendalter ein Teufelskreis entsteht.

Das Problem der ungesunden Ernährungs- und bewegungsarmen Lebensweise im Kindes- und Jugendalter muss uns daher ernsthaftere Sorgen machen – nicht nur, weil sich die Grundlage zu falschen Lebensgewohnheiten in das Erwach-

senenalter überträgt und dann umso mehr Zeit, Mühe und Geld erforderlich sind, den Risikofaktoren und den damit einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen entgegenzuwirken sowie die Lebensweise zu ändern. Das Problem ist viel gravierender, denn aufgrund der Tatsache, dass sich nicht nur die Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder verdoppelt hat, sondern sich der Diabetes mellitus Typ 2 bei Jugendlichen verneinfacht hat, jedes 2. Schulkind schon kardiale Risikofaktoren hat und jedes 8. Kind im Hinblick auf das metabolische Syndrom sogar schon 3 oder noch mehr Risikofaktoren aufweist [13], kann die Konsequenz daraus gezogen werden, dass die Gefahr besteht, „dass die jüngere Generation wegen ihrer Lebensgewohnheiten nicht mehr so alt werden kann wie ihre Eltern“ [14].

Im Erwachsenenalter aus diesem *Circulus vitiosus* durch Änderung der Verhaltensweisen auszubrechen ist eine schwere und oft nicht zu bewältigende Aufgabe, was sich im folgenden Abschnitt an dem aktuellen männlichen Gesundheitszustand widerspiegelt. Wie die Italienerin Eleonora Duse, eine der großen Theaterschauspielerinnen des 19. Jahrhunderts, so schön sagte: „Der Mann ändert eher das Antlitz der Erde als seine Gewohnheiten“.

■ Wie steht es also um die Gesundheit der Männer in Deutschland?

In diesem Zusammenhang werfen wir nun einen Blick auf die gesundheitliche Entwicklung der Erwachsenen in Deutschland, wobei vor allem das Stichwort Männergesundheit in den letzten Jahren in den wissenschaftlichen Fokus geraten ist. Inzwischen gibt es einen Weltkongress zum Thema, spezifische medizinische Fachzeitschriften und die Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit (DGM), die sich nicht nur um die medizinischen Belange des Mannes kümmert, sondern ebenso um dessen psychische Konstitution und soziale Situation.

Zwar leben die Deutschen immer länger; ähnlich den Daten früherer Jahre zeigt aber auch die aktuelle Statistik, dass die Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen mit 76,2 Jahren erkennbar geringer ist als die eines weiblichen Säuglings mit immerhin 81,8 Jahren. Laut Statistischem Bundesamt in Wiesbaden kann ein heute 60 Jahre alter Mann damit rechnen, noch 20,3 Jahre zu leben. Eine 60 Jahre alte Frau lebt der Statistik nach sogar noch 24,3 Jahre, so dass auch bezogen auf die ältere Bevölkerung ein Mann etwa 4 Jahre eher verstirbt als eine Frau [15].

Trotzdem verhalten sich deutsche Männer in vielerlei Hinsicht weniger gesundheitsbewusst und zeigen weniger Interesse an Vorsorge als Frauen, so dass sie über Gesundheitsthemen allgemein schlechter informiert sind. Das zeigt u. a. die Teilnahme an Präventionskursen der deutschen Krankenkassen, deren häufigste Themen Bewegung, Ernährung und der Umgang mit Stress sind – alles wichtige Aspekte der Primärprävention – wobei Männer mit nur einem Fünftel der Kursteilnehmer die absolute Minderheit darstellen (Tab. 3).

Deutsche Männer gehen offensichtlich nur ungern zum Arzt. Als Gründe dafür nennen sie lange Wartezeiten (75 %), Angst vor schlechten Nachrichten/Befunden (22 %), vor schmerzhafter Untersuchung (20 %) und vor Ansteckung (14 %) [16].

Vielleicht mag es aber auch an der überwiegend positiven Selbsteinschätzung ihres eigenen Gesundheitszustandes liegen. In jeder Altersgruppe fühlen sich über 70 % der Männer in einem ausgezeichneten bzw. guten allgemeinen Gesundheitszustand. Die Realität zeigt jedoch ein ganz anderes Bild.

Auch wenn in den hochentwickelten Industriestaaten große Differenzen zwischen den Geschlechtern typisch sind, sind sie dennoch nicht in dem Ausmaß biologisch notwendig und können großteils auf Unterschiede in der Lebensführung und den Lebensbedingungen zurückgeführt werden, vor allem weil sich diese Differenz in der Lebenserwartung erst relativ rasch Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelt hat [17, 18].

■ Woran liegt dieser überdurchschnittlich hohe Verlust des angeblich starken Geschlechts?

Zwei Haupterkrankungen führen bei Männern zum Tode:

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems durch Begleiterkrankungen wie Adipositas, Hypertonie, Arteriosklerose und Diabetes mellitus Typ 2

Über alle Altersgruppen hinweg sterben mehr Männer als Frauen an einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Während vor allem im jüngeren Alter eine deutlich höhere KHK-Sterblichkeit von Männern gegenüber Frauen besteht, kommt es in den höheren Altersgruppen zu einer Angleichung. Im Jahr 2003 waren in Deutschland laut Todesursachenstatistik 6,5 % aller verstorbenen Frauen und 9,4 % aller verstorbenen Männer an einem auf der Todesbescheinigung dokumentierten akuten Herzinfarkt gestorben. Das durchschnittliche Sterbealter bei Herzinfarkt betrug bei den Frauen 81 Jahre und bei den Männern 72 Jahre. Bei der Gesamtgruppe der KHK beträgt der altersstandardisierte Durchschnitt 88 Sterbefälle je 100.000 Einwohner bei Frauen und 162 bei Männern.

Männer erleiden also (1) häufiger und (2) früher einen Herzinfarkt!

Krebserkrankungen

In Deutschland erkranken etwa 395.000 Menschen jährlich an Krebs; darunter mit rund 200.000 mehr männliche Krebsopfer als Frauen. Die häufigsten Krebsformen bei Männern sind Lungen- und Prostatakrebs. Die meisten Fälle treten im Alter > 60 Jahre auf. Trotzdem nehmen Männer insgesamt seltener

Tabelle 3: Inanspruchnahme von GKV-Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention (nach §20, Abs. 1 SGB V) im Jahr 2006 nach Geschlecht. Mod. nach [16].

	Teilnehmende (n)	Anteil Frauen (%)	Anteil Männer (%)
Bewegung	333.935	78,4	21,6
Ernährung	94.112	83,6	16,4
Stress	87.196	82,4	17,3
Verantwortungsvoller Umgang mit Genuss-/Suchtmitteln	3680	56,6	43,4

Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung wahr; diese Untersuchungen wurden 2004 von 46,8 % der anspruchsberechtigten Frauen, aber nur 18,3 % der anspruchsberechtigten Männer genutzt [19].

■ Hauptrisikofaktoren bieten gleichzeitig größte Präventionschance

Für beide Haupterkrankungen gelten neben individuellen Prädispositionen (männliches Geschlecht und erbliche Faktoren) Umweltfaktoren, insbesondere Übergewicht, Bewegungsmangel und Ernährungsverhalten, als die Hauptrisikofaktoren bei der Entwicklung, Progression oder Remission. Sie werden auch als modifizierbare Lifestyle-Faktoren im Sinne der Prävention, also als vermeidbare bzw. beeinflussbare Risikofaktoren, bezeichnet. Der geschätzte Anteil der Erkrankungen an Kolonkarzinom, Schlaganfall, KHK und Diabetes mellitus Typ 2, die potenziell durch Änderungen der Lebensgewohnheiten vermeidbar wären, liegt bei allen weit über 50 %.

Genau hier liegt also die große Chance der Prävention und für jeden Einzelnen, sein persönliches Risikoprofil möglichst gering zu halten – und das so früh wie möglich.

Den größten Einfluss auf die Lebensgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen haben in erster Linie die familiären Beziehungen, die bereits sehr früh Sicht und Verhaltensweisen von Kindern prägen [20, 21]. Hinzu kommen Kindergarten und Schule als weitere wesentliche Sozialisationsinstanzen. Und auch der Freundeskreis („Peer Group“) scheint weitaus größeren Einfluss auf den Lebensstil zu haben als bislang angenommen.

Einer Studie im New England Journal of Medicine zufolge erhöht das Übergewicht eines engen Freundes das eigene Adipositasrisiko um 57 %; eines Freundes vom gleichen Geschlecht sogar um 71 %. Im Vergleich dazu nimmt der heterozygote Merkmalsträger des kürzlich entdeckten FTO-Gens nur maximal zu 30 % Einfluss auf ein gesteigertes Adipositasrisiko [22–24].

Folglich muss verstärkt das direkte soziale Umfeld (Eltern, Kindergarten, Schule und Freunde) mit in die präventiven Maßnahmen als jeweils eine der verschiedenen Verantwortungsebenen für gesundheitliche Prävention im Kindes- und Jugendalter einbezogen werden und gemeinsam über ein gesundes und angemessenes Ernährungs- und Bewegungsverhalten geschult und beraten werden.

Für die Kinder ist eine möglichst frühe Heranführung an sportliche Betätigung und aktive Lebensweise wichtig, denn die Motivation der sportlichen Betätigung wird in einem sozialen Lernprozess weitgehend im Kleinkindes- und Kindesalter erworben. „Erwachsene, die als Kind sportlich aktiv waren, kehren oft nach einer Pause in der Jugend im Erwachsenenalter wieder zu den alten Gewohnheiten zurück und finden wieder zum Sport“ [25]. Laut Schiffer [26] zeigen sich bezüglich der Motivation für sportliche Aktivitäten große geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede.

Männer und Kinder können sich hier die Hand reichen, denn sowohl männliche Sportler als auch jüngere Sportler legen mehr Gewicht auf Abwechslung, Leistungssteigerung, Wettkampf, Kondition und Kameradschaft, während Sportlerinnen die Lebensfreude höher bewerten. Hier liegt also ein großer Ansatzpunkt für ein gemeinsames Vater-Kind-Projekt.

Neben der Bewegung ist es jedoch auch wichtig, den Beziehungsaspekt aufzugreifen. Hier würden die Väter in dreifacher Hinsicht eine zentrale Rolle spielen: (1) kommt Vätern schon in früher Entwicklung die wichtige Aufgabe zu, Kinder in Aktivität zu führen [27]. (2) besitzen Väter für ihre Kinder, vor allem aber für die Jungen, eine wesentliche Vorbildfunktion. Und (3) übernehmen Männer lieber Verantwortung für andere als für sich selbst, könnten also für ein Präventionsprojekt, wie es geplant ist, gut motiviert werden. Prof. Dr. med. Berthold Koletzko [28]: „Das elterliche Vorbild ist wichtiger als viele gute Worte. Wenn ein Mann versteht, dass sein Verhalten nicht nur für seine eigene Gesundheit, sondern auch für die seines Sohnes wichtig ist, lässt er sich vielleicht bewegen“. Und: Wenn körperliche Aktivität auch Wettkampfcharakter mitbringt – es müssen also nur die richtigen Programme oder Spiele her – dann sind auch die größten Bewegungsmuffel unter den Männern plötzlich mit dabei. In diesem „Wettkampffieber“ tun diese Männer automatisch etwas für ihre Gesundheit – ohne diesen Aspekt primär in den Fokus für sich selber zu setzen [29]. Außerdem „gelingt es am Besten, Kinder zu körperlicher Aktivität zu ermuntern, wenn wir als Eltern mit gutem Beispiel vorangehen und auch gemeinsam mit unseren Kindern laufen, wandern, Rad fahren oder Fußball spielen“.

Das Wichtigste ist, dass Kinder Spass an Bewegung und Sport haben, damit sie langfristig aktiv bleiben [25].

Präventionsorientierte Gesundheitsprogramme sollten den Fokus daher nicht nur auf einzelne Krankheitsbilder legen und somit den medizinischen Ansatz betonen. Vielmehr sollte allgemein die sich im Kindesalter entwickelnde und auf die allgemeine Gesundheit ungünstig auswirkende Lebensweise (vor allem Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten) in den Blick genommen werden, welche in direktem Zusammenhang mit verschiedenen Beziehungsaspekten steht, und somit viel mehr der gesellschaftlich-soziale Rahmen, personelle Bindungen und motivationale Aspekte bei der inhaltlichen Konzeption von Präventionsangeboten integriert werden.

■ Relevanz für die Praxis

Ein Präventionsansatz „Vater-Kind“ bietet insbesondere durch die einzigartige Beziehung zwischen dem Vater und seinem Kind viele Möglichkeiten motivierender Wechselwirkung innerhalb eines gezielten Programms zur Prävention und Gesundheitsförderung und damit einen vielversprechenden Ansatz zur Schulung eines gesunden und angemessenen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens innerhalb der Familien.

Literatur:

1. Klotz T. Kann Verhaltensänderung Männersterblichkeit beeinflussen? Schnittstellen zwischen Soziologie und Physiologie. Blickpunkt der Mann 2006; 4: 16–8.
2. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheit von Frauen und Männern – Landesgesundheitsbericht. Düsseldorf, 2000; 43.
3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hintergrundinformation Situation der Kindergesundheit in Deutschland. Pressemitteilung der BZgA. In: www.bzga.de [Gesehen 1. März 2007].
4. Kurth BM, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007; 50: 736–43.
5. Wabitsch M. Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2004; 47: 251–5.
6. Callahan S, Mansfield MJ. Type 2 diabetes mellitus in adolescents. Curr Opin Pediatr 2000; 12: 310–31.
7. Wolfenstetter SB. Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse. Gesundheitswesen 2006; 68: 600–12.
8. World Health Organisation. Obesity: Preventing and Managing a Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. World Health Organisation, Geneva, 2000.
9. Danne T. Adipositas und familiäre Belastung gelten als Hauptrisikofaktoren, Typ-2-Diabetes dick im Kommen. Ärztliche Praxis Pädiatrie 2001; 4: 24–5.
10. Health Behaviour in school-aged children (HBSC-Studie 2002). Daten für Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin: www.destatis.de. 2002.
11. Lampert T, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Robert-Koch-Institut, Berlin, 2005.
12. Must A, Jacques PF, Dallal GE, Bajema CJ, Dietz WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. N Engl J Med 1992; 327: 1350–5.
13. Harrell J, McMurray R, Bangdiwala K, Davenport M. Cardiovascular Health in Children and Youths (CHIC III). National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, 2000–2006. University of North Carolina at Chapel Hill, 2003.
14. Yach D, Stuckler D, Brownell KD. Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. Nat Med 2006; 12: 62–66.
15. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland. Kapitel 1.1.1, Statistisches Bundesamt. www.destatis.de. 2006.
16. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Leistungen der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2. SGB V. Dokumentation 2004. Essen, 2006.
17. Weiland SK, Rapp K, Klenk J, Keil U. Zunahme der Lebenserwartung. Dtsch Arztebl 2006; 103: 16.
18. Statistisches Bundesamt. Periodensterbetafel für Deutschland. Wiesbaden, 2004.
19. Statistisches Bundesamt. Gesundheit in Deutschland. Robert-Koch-Institut, Berlin, 2006.
20. Maaz HJ. Der Lilith-Komplex. Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit. Verlag C. H. Beck, München, 2003.
21. Stiehler M. Der frühe Vater – Vater-schwäche und Vaterabwesenheit. Blickpunkt der Mann 2006; 4: 30–5.
22. Nicholas A, Christakis MD, James H, Fowler D. The spread of obesity in a large social network over 32 years. New Engl J Med 2007; 357: 370–9.
23. Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM, Perry JR, Elliott KS, Lango H, Rayner NW, Shields B, Harries LW, Barrett JC, Ellard S, Groves CJ, Knight B, Patch AM, Ness AR, Ebrahim S, Lawlor DA, Ring SM, Ben-Shlomo Y, Jarvelin MR, Sovio U, Bennett AJ, Melzer D, Ferrucci L, Loos RJ, Barroso I, Wareham NJ, Karpe F, Owen KR, Cardon LR, Walker M, Hitman GA, Palmer CN, Doney AS, Morris AD, Smith GD, Hattersley AT, McCarthy ML. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. Science 2007; 316: 889–94.
24. Dina C, Meyre D, Gallina S, Durand E, Körner A, Jacobson P, Carlsson LM, Kiess W, Vatn V, Lecoeur C, Delplanque J, Vaillant E, Pattou F, Ruiz J, Weill J, Levy-Marchal C, Horber F, Potoczna N, Hercberg S, Le Stunff C, Bougnères P, Kovacs P, Marre M, Balkau B, Cauchi S, Chèvre JC, Froguel P. Variation in FTO contributes to childhood obesity and severe adult obesity. Nat Genet 2007; 39: 724–6.
25. Bös K. Eine Stunde schwitzen jeden Tag. In: Stern 25/2007: 102–4.
26. Schiffer J. Sport und Gesundheit aus der Sicht eines Soziologen. Soz Präventivmed 1976; 21: 249–52.
27. Fthenakis W. Väter. Band 1: Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung. DTV, München, 1988.
28. Koletzko B. Wieviel Süßes ist erlaubt? Interview. Stern 23/2007: 104–6.
29. Sommer F, Schophaus M. Steh Deinen Mann! Kösel, München, 2007.

Dipl.-Sportwiss. Nina Habermann

1999–2002 Grundstudium der Sportwissenschaft an der Christian Albrechts Universität zu Kiel und an der Deutschen Sporthochschule Köln, 2002–2005 Hauptstudium der Sportwissenschaft (Nebenfach: Medizin) an der Universität Hamburg. 2005–2006 freie Mitarbeiterin im Bereich Leistungsdiagnostik bei One Medical Coaching Institut für Präventivmedizin in Hamburg. 2006–2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Männergesundheit des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, 2007–2008 Lehrbeauftragte am Institut für Sportwissenschaften der Universität Hamburg, seit 2008 Lehrkraft für besondere Aufgaben am Institut für Sportwissenschaften der Universität Oldenburg.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)