

Workshopbericht

Ernährungskongress Qualität schafft Vertrauen

Salzburg 13.10.2004 14-16.00 Uhr

Leitung: Univ. Doz. Dr. Harald Kritz

Teilnehmer: Lehrer, Eltern, Schulärzte, (Fischer, Huder, Heschl, Heinrich, Stellenberger, Kickbaum, Wernisch, Hoferegger, Steiner, Pacher, Fillafer – Angaben ohne Titel und Position)

Hr. Dr. Heinrich (koordinierender Schularzt aus dem Burgenland) stellt ein Schulprojekt vor, das demnächst starten soll. Anhand dieses Projektes sollen die Schwierigkeiten, vermeidbare Fehler und neue Aspekte diskutiert und eingearbeitet werden.

Was ist im Burgenland vorgesehen:

Alle Schulkinder Burgenlands werden bzgl. Gewicht Grösse, Cholesterin, Blutdruck, Blutzucker (Nüchtern und nach dem Essen) und Raucherfrequenz, untersucht. Zur Klassifikation von Übergewicht wird der BMI berechnet. Ob man den Bauchumfang einbezieht ist noch nicht entschieden. Danach soll mit eine langfristige Intervention erfolgen (Lehrer, Schularzt, Diätassistentin, Leibeserziehung, Sport) und der Erfolg kontrolliert werden. Das Projekt soll über Jahre laufen.

Diskussionsfragen:

Was soll erreicht werden (Endpunkte)?

- Reduktion des Übergewichts und der zu erwartenden Folgeerkrankung in späteren Jahren:
- Das Burgenland ist regional das am stärksten betroffene Bundesland Österreichs. Flächendeckende Daten fehlen bisher.

Wie bestimmt man das Übergewicht bei den Kindern?

BMI: Schwierig, da keine in Österreich erhobenen Percentilenkurven (BMI als auch die Grössen/Gewichtskurven) zur Verfügung stehen. Man wird aus den erhobenen Daten wohl eigene Berechnungen anstellen müssen.

Bauchumfangmessung:

Wird vom Workshopleiter zusätzlich empfohlen: Daten sind zwar ebenfalls aus dem Ausland. Man kann aber nach Vorliegen der ersten Daten Percentilenkurven erstellen.

Methodik: Im Stehen, über dem T-Shirt, am Ende der Expiration ohne den Bauch einzuziehen. In Nabelhöhe. (Nicht in der Gruppe)

Jedes Kind sollte am Beginn der Aktion ein Bauchmassband zur Verfügung gestellt bekommen. (Für die ganze Familie! Bauchmassband wird von Kindern als cooles Instrument gesehen. Empowerment der Kinder um auch in der Familie das Bewusstsein für den Bauchumfang zu stärken) Keine Normwerte für Jugendliche angeben, sondern erst nach Vorliegen der Percentilenkurven in den Unterricht einfließen lassen. Bei 10-14 Jährigen kann man eine Vorwarnstufe (> 70 cm angeben). Anleitung und Ermunterung zum regelmäßigen Selbstmessen. (Besser als die Waage!)

Blutdruckmessung:

Es sollte der Oberarmumfang gemessen werden. Entsprechende Manschetten verwenden, da sonst völlig falsche Werte gemessen werden. Auf Gleichartigkeit der Messprozedur achten (oszillometrische Messung, Im Sitzen, etc.). Messergebnisse haben nur Orientierungswert. Daher wäre in Schulen ein Messpoint zur Selbstmessung sinnvoll, wo das Kind jederzeit ohne Anwesenheit von Lehrpersonal selbst mehrfach messen kann. Bei der Kontrolle kann man dann die mehrfach erhobenen Werte zur Beurteilung heranziehen.

Blutzuckermessung:

Nach Ansicht des Workshopleiters ist das der schwierigste Punkt. Bestimmt man wirklich Nüchternwerte (wie lange keine Nahrung?). Wenn man Werte nach dem Essen bestimmt: wie wird das standardisiert? Random Blutzucker? Hier gibt es für Jugendliche keine Normwerte. Der Screeningerfolg liegt bei 1:10.000. Besser wäre der Erfolg beim OGT. Das ist aber angesichts der geplanten Fallzahl nicht durchführbar und zudem zu kostenintensiv. Beachtung der Methodik mit völlig unterschiedlichen Normwerten (venös, kapillär, Streifentest). Nach Ansicht der AHA ist das Blutzuckerscreening bei Kindern nicht zielführend.

Cholesterinmessung:

Das Gesamtcholesterin ist zwar nahrungstabil, der Aussagewert bleibt aber begrenzt. Man erfasst wahrscheinlich einige mit familiärer Hyperlipidämie (1:500). Hier wäre aber besser der umgekehrte Weg (Erfassung gefährdeter Familien bei denen frühzeitige Gefäßereignisse auftreten, und dann eine komplette Abklärung). Wenn schon, muss der Normwert für Jugendliche (Gesamtcholesterin unter 160 mg% herangezogen werden). Da die Intervention jener der Jugendlichen mit erhöhtem BU entspricht, ist der Screeningenerfolg sehr fraglich.

Raucherfrequenz:

Es ist sehr fraglich, ob das den Untersuchern wahrheitsgemäß mitgeteilt wird. Man muss mit etwa 30 % bei ab 12 Jährigen rechnen. Und dann ?

DIAGNOSTIK-ALTERNATIVVORSCHLAG:

Am Beginn des Projekts wird nur der Bauchumfang und die Wanddicke der Halsschlagader gemessen. Gewicht und Grösse liegen zusätzlich vor. Jedes Kind erhält ein Massband und eine Foto von „seiner Halsschlagader“. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass die Kinder darauf stolz sind und das Bild sogar auf ihre Webseiten stellen. In Einzelgesprächen vereinbart man Ziele (0.5 cm/ Monat) und bietet eine Auswahl von Aktivitäten an, über deren Teilnahme der Jugendliche selbst entscheiden kann.

(Für die Messung der Halsschlagaderwanddicke und des Bauchumfangs in Schulen kann für langfristige Projekte ein mobiles Team bei der BVA (Gesundheitsförderung) angefordert werden. Die Projektkoordination wurde freundlicherweise von Fr. Dr. Lilly übernommen, die sich dann auch mit den Verantwortlichen der BVA in Verbindung setzt.

Zusätzlich gibt es in der Steiermark das Projekt „Fit for the future“, wo ebenfalls diese Messungen mobil angeboten werden.

INTERVENTION:

- FETTKRANKHEI ERFORDERT FETTBEWUSSTSEIN
- LANGFRISTIGKEIT (keine Aktionstage !)

Hier gibt es aus der Literatur gute Beispiele. Nicht alle Projekte sind aber erfolgreich. Es sollten die Gefahren der Essstörungen beachtet werden. ALSO KEINE VERBOTE sondern nur Alternativen

Ernährung:

Das Wichtigste ist die Reduktion des tierischen Fettkonsums. Wo ist das enthalten? Altersgerechte Darstellung (Fettpunkte, Fettdetektive). Ernährung muss interessant werden. Man entdeckt, was besonders gut schmeckt, und zudem das Wohlbefinden steigert. Party für Eltern, wo die Kinder kochen, und stolz darauf sind. Diätassistentinnen sind meist zu krankheitsorientiert und haben zu komplizierte Ernährungsregeln, die für derartige Interventionen nicht sinnvoll sind. Zudem sollte beachtet werden, dass gesunde Ernährung für sozial schwächere Familien ein Problem werden kann.

Im Sommersemester 2005 startet zu diesem Thema in Krems ein Universitätslehrgang für Lehrer (E-Learning Kurs 2 Semester- info@e-meducate.org) .

Bewegung:

Übergewichtige Kinder bewegen sich nicht gerne und haben auch Probleme am kollektiven Unterricht teilzunehmen („Horror- Leibeseziehung“). Andererseits werden neue Angebote begeistert angenommen (z.B. Hip Hop Dancing, Muskeltraining, Aquajogging). Es müssen Bewegungsformen entdeckt werden, wo Übergewichtige nicht als „bewegungsbehindert“ auffallen.

In diesem Punkt geht die Diskussion in der Gruppe weit auseinander. Nach Ansicht der teilnehmenden LehrerInnen, hat sich hier in den letzten Jahren sehr viel verändert und die Angebote sind sehr vielfältig. Vielleicht muss am Wording noch gearbeitet werden.

FAMILIENANSATZ:

Hier gibt es in der Gruppe sehr unterschiedliche und auch sehr frustrierende Erfahrungen. Oft werden die Aktivitäten der Schule vom Elternhaus nicht entsprechend unterstützt. Die Gruppe kommt aber nach ausführlicher Diskussion zur Ansicht, dass hier sehr viele Verbesserungsmöglichkeiten und neue Ansätze erarbeitet werden sollten.

Nach neuer Literatur nehmen jene Kinder am besten ab, wenn die Eltern auch abnehmen. Daher muss es gelingen die Eltern in das Interventionsprojekt zu integrieren. Der Schularzt muss dabei aufgewertet werden, da sonst die Eltern blockieren. Daher ist ein neuer kreativer Zugang zu empfehlen:

- Schularzt wird zum Center of Excellence,
- Fitness-Wellnessangebote für die ganze Familie+Schulangehörige

- Gesundheitscheck für Eltern in der Schule (BU, Halsschlagader),
- Party für Lehrer, Schüler und Eltern, wo die Familien das Essen bereitstellen
- Belohnung der Familien, die besonders erfolgreich sind-
- Ideenwettbewerb etc.. (Familie wählt den besten Gastronomiebetrieb)

Zusammenfassung:

Vorschlag für Interventionsprojekte: (Workshopthemen)

- **1. Fettkrankheit erfordert Fettbewusstsein**
 - (Bauchumfangmessung, IMT und „Fettdetektive“).
- **2. Langfristige Umstellung der Lebensgewohnheiten**
 - (durch Motivation und Information statt Verboten und komplizierter Ernährungsregeln und nicht zeitgemäßer „Leibeserziehung“).
- **3. Einbeziehung aller Player**
 - (Eltern, Schule, Lebensmittelketten, Apotheken etc.,.)
- **4. Zusätzliche Präventionsanreize**
 - (Belohnung, Förderung) für besonders schwer betroffene Bevölkerungsschichten (sozial schwächere Familien. Lehrlinge,).
- **5. Girls Check**
 - (entsprechend der Stellungsuntersuchung bei Männern).
- **6. Familienuntersuchung bei Hochrisikogruppen**
 - („Rettet die Enkel“).