

<http://www.aerzte-bl.ch>
<http://www.medges.ch>

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft **Baselland**
und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**



Leitartikel

Adipositas – die medizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts

Prof. Thomas Peters, Ernährungszentrum, St. Claraspital, Basel

Die Adipositas, von der WHO definiert als eine krankhafte Fettvermehrung des Körpers mit der Gefahr ernster Folgeerkrankungen und im Jahr 2000 als Krankheit offiziell anerkannt, verbreitet sich pandemieartig über die Erde. In den westlichen Ländern sind mehr als 50% der Erwachsenen übergewichtig und 20% adipös, d.h. krankhaft übergewichtig. Die Prognosen sagen eine Verdoppelung der Prävalenz der Adipositas in den nächsten 30 Jahren voraus. Besonders beunruhigend ist die Zunahme der Adipositas bei Kindern: Aktuelle Zahlen aus der Region Basel zeigen, dass etwa 20% der Kinder im Alter von 10 Jahren übergewichtig sind, dieser Anteil hat sich in den letzten 20 Jahren verdreifacht. Adipositas verursacht Leiden, aber auch erhebliche Ko-

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Übergewicht bei Kindern –
Prävention braucht Vorbilder 5
- Motivation zur Bewegung 7
- Immer in Bewegung –
Frauenstadtrundgänge 9
- Permeable Landesgrenzen
im Gesundheitswesen:
Segen oder Fluch? 10

Editorial

Ernährung – banal oder komplex?

Dr. Lukas Wagner

Die Synapse-Redaktion hat sich entschlossen, dem Thema Ernährung eine ganze Nummer zu widmen, weil es zunehmend an Bedeutung gewinnt. So banal es im ersten Moment tönt, so komplex ist es. Täglich essen und trinken wir – was und wieviel und vielleicht auch warum, das ist hier die Frage.

Als Ärztinnen und Ärzte sind wir meist mit ganz konkreten persönlichen Fragestellungen konfrontiert. Dabei verschwindet manchmal die Grenze zwischen effektiver Therapie und Lifestyle-Beratung. Oft erkennen wir machtlos, dass unsere Bemühungen an Grenzen stossen, und stellen fest, dass auch die

Kosten für Krankheiten im Zusammenhang mit der Ernährung rasant ansteigen. Dies wird unsere Solidargemeinschaft in Zukunft bei der Diskussion um die Verteilung und die Höhe der Kosten des Gesundheitswesens stark beanspruchen. Vergessen wir dabei nicht, dass nicht nur Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und zu fettreiche Ernährung eine Rolle spielen. Oft liegen nicht gerade leicht beeinflussbare psychische Störungen hinter einem Ernährungs- oder Gewichtsproblem. Essen und Trinken spielen auch im gesellschaftlichen Leben eine wichtige Rolle. Man trifft sich mit Freunden zum Essen, nimmt schnell einen Fast-food-Imbiss im Stehen, schliesst Geschäfte ab oder hält Familienrat beim Essen. Denken wir auch daran, dass für viele Menschen die Ernährung im reli-

giösen Leben eine wichtige Rolle einnimmt.

«Hunger tötet» lesen wir in diesen Wochen an den Plakatwänden – es scheint, das Thema sei sehr kontrovers und vielschichtig.

Wir wollen Sie mit dieser Nummer informieren und sensibilisieren. Selber konnte ich erfahren, dass mich eine Fortbildung zu diesem Thema in Zukunft vor allzu hohen selbstgestellten therapeutischen Ansprüchen bewahrt und ich dennoch angesichts der grossen Schwierigkeiten nicht in fatalistisches Schulterzucken abgleite. Geduld bringt Rosen.

Wenn die Lektüre dieser Synapse bei Ihnen einen ganz persönlichen Impact hat, haben wir unser Ziel erreicht. Wir wünschen Ihnen viel Spass beim Lesen.

sten. Zurzeit werden 10% der Gesundheitskosten für Adipositas und ihre Folgeerkrankungen ausgegeben, in der Schweiz summiert sich das auf eine Summe von ca. 3 Mrd. Franken pro Jahr.

Adoptivstudien zeigen, dass Erbfaktoren eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer Adipositas spielen. Selten führen Einzelgenmutationen vor allem in Genen der zentralnervösen Appetit- und Stoffwechselregulation zu schwerer Adipositas. Die aktuelle Adipositas-Pandemie wird jedoch sicher nicht durch solche Einzelgenmutationen verursacht, sondern am ehesten durch Genpolymorphismen in sogenannten «thrifty genes» oder «Haushaltsgenen». Dabei handelt es sich um Elemente des Stoffwechsels, die neben dem Essverhalten auch den Energieverbrauch oder den Bewegungsumfang steuern.

Relativ neu ist die Erkenntnis, dass auch die pränatale Prägung einen Einfluss auf die spätere Gewichtsentwicklung und die Entstehung von Folgeerkrankungen haben kann. Ein tiefes Geburtsgewicht vor allem in Verbindung mit einer sehr schnellen Gewichtszunahme im ersten Jahr kann eine spätere Adipositas und einen Diabetes mellitus Typ 2 begünstigen. Fehler bzw. Veränderungen der Säuglingsernährung erhöhen das Risiko weiter. Während Stillen protektiv wirkt, scheinen eine Zunahme an Zucker und ein zu hoher Proteingehalt in der Säuglingsnahrung das Risiko zu steigern.

In der Adoleszenz spielt eine sehr energiedichte Ernährung in Form fettreicher oder stark zuckerhaltiger Nahrungsmittel, aber vor allem eine Abnahme der körperlichen Aktivität eine grosse Rolle. So korreliert das Gewicht von Schulkindern mit dem täglichen Fernsehkonsum. Ein Schulungsprogramm, das die Zufuhr von zuckerhaltigen Limonaden bewirkt, reduziert die Gewichtszunahme.

Die im Kindes- und Jugendalter erworbenen Verhaltensweisen setzen sich im Erwachsenenalter fort, hier treten dann weitere Faktoren wie verminderte Schlafdauer, inadäquate Stressverarbeitung und Alkoholkonsum hinzu. Nicht zu unterschätzen sind auch die oft gar nicht indizierten Abnahmeversuche mit einseitigen Diäten, die über einen überproportionalen Muskelmassenverlust und entsprechende Stoffwechselveränderungen zum Jo-Jo-Effekt und damit letztlich zu einer Therapieresistenz der Adipositas führen können.

Die Physiologie der Gewichtsregulation und die Pathophysiologie der Adipositas sind nur unvollständig verstanden. Gewichtskonstanz ist dann zu erreichen, wenn Energiezufuhr und Energieverbrauch gleich gross sind. Dieses Gleichgewicht wird von vielen Regelkreisen gesteuert, wobei diese offensichtlich sehr viel wirksamer einen Gewichtsverlust als eine Gewichtszunahme verhindern können. So bewirkt Leptin, ein Fettgewebshormon und Element des am besten untersuchten Regelkreises, bei Gewichtsverlust sehr effizient eine Verminderung des Energieverbrauchs und eine Steigerung des Appetits. Bei stärkerem und vor allem länger bestehendem Übergewicht entwickelt sich jedoch eine «Leptinresistenz», d.h. ein Wirkungsverlust. Ähnliches wird in anderen Systemen beobachtet. Der Mensch scheint also besser gegen das Verhungern als gegen den Nahrungsüberfluss gerüstet zu sein.

Da diese Schutzmechanismen auch die beabsichtigte Gewichtsabnahme unter Therapie negativ beeinflussen, überrascht es nicht, dass die Erfolge der Adipositas-therapie in der Regel bescheiden oder nur mit erheblichem Aufwand bzw. mit erheblichen Nebenwirkungen zu erreichen sind.

Wie bei vielen chronischen Erkrankungen muss deshalb hier das Prinzip der Prävention vor dem Prinzip der Therapie bestehen. Da sich die genetischen Grundlagen in absehbarer Zeit nicht ändern werden, muss Prävention mit gesellschaftlichen, politischen und ökonomischen Mitteln auf allen Stufen der

menschlichen Entwicklung betrieben werden. Sie muss in der Pränatalzeit (Schwangerenberatung) beginnen und über die Säuglings-, Kindheits- und Jugendphase bis in das Arbeits- und Sozialleben des Erwachsenen reichen.

Nationalem und internationalem Konsensus folgend, richten sich die Therapiemassnahmen nach dem Schweregrad der Adipositas und dem Ausmass der Folgeerkrankungen (Tabelle). Basis einer jeden Adipositas-therapie ist eine möglichst umfassende Lebensstilveränderung, die ganz sicher das Ernährungsverhalten und das Bewegungsverhalten betrifft, wahrscheinlich hilfreich sind auch Änderungen des Schlafverhaltens und der Arbeitskultur. Mit solchen Massnahmen lassen sich im besten Falle Gewichtsreduktionen um 10 bis 15% erreichen. Ein wichtiger erster Schritt in der Behandlung ist deshalb eine klare Zielvorgabe in dieser Grössenordnung. Dies ist anfangs für den Patienten und sein Umfeld überraschend und oft enttäuschend, wird jedoch, wenn die Hintergründe gut erläutert werden, meist doch akzeptiert.

Die Erfolgsrate ist vom Ausmass des Übergewichts, von den Begleiterkrankungen und vom Vorliegen spezifischer Essstörungen abhängig. Gerade Patienten mit sehr hohem Ausgangsgewicht, d.h. einem BMI über 35, erreichen zu 95% innerhalb weniger Jahre meist wieder ihr Ausgangsgewicht. Diabetiker nehmen in allen Studien schlechter ab als Nichtdiabetiker. Binge-Eating, eine Essstörung, die durch wiederkehrende Essattacken mit Kontrollverlust und

| BMI - Kategorie (kg/m ²) | | | | | |
|--------------------------------------|---------|---------|--------------|---------|------------------------------|
| Behandlung | 25–26.9 | 27–29.9 | 30–34.9 | 35–39.9 | ≥40 |
| Ernährung, Bewegung, Verhaltensth. | + | + | + | + | + |
| Pharmakotherapie | | | mit Diabetes | + | + |
| Bariatrische Chirurgie | | | | | + Mit Begleiterkrankungen |

Therapiealgorithmus bei Adipositas in der Schweiz

massivem Schamgefühl definiert ist, erweist sich als besonders therapieresistent.

Der Wunsch nach effektiven und nebenwirkungsarmen Medikamenten ist daher nur allzu verständlich. Die Industrie arbeitet an einer Vielzahl von Wirkstoffen, die meisten greifen in die zentralnervösen Regelkreise von Sättigung und Energieverbrauch ein. Da die Transmitter jedoch in verschiedenen Hirn- und Körperregionen auch gewichtsunabhängige Reaktionen auslösen, ist zu erwarten, dass systemisch verabreichte Agonisten oder Antagonisten immer von unerwünschten Nebenwirkungen begleitet sein werden. So bewirkt die Aufnahmehemmung von Serotonin und Noradrenalin unter Sibutramin neben der Appetithemmung oft Blutdruckanstieg, Pulsanstieg und Schlafstörung, der Cannabinoid-Rezeptorblocker Rimonabant führt zu dysphorischen Zuständen bis hin zu schweren Depressionen. Die Hoffnung, mit spezifischen, aus der Peripherie wirkenden Hormonen nebenwirkungsarm behandeln zu können, wurde bisher ebenfalls enttäuscht. So konnte Leptin auch in supraphysiologischen Dosen die Leptinresistenz nicht überwinden. Derzeit werden andere Sättigungshormone des Magen-Darm-Traktes auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit untersucht. Ein weiterer, sehr spezifischer medikamentöser Ansatz ist die lokale Hemmung der Nahrungsaufnahme. Beispiel für dieses Wirkprinzip ist der Lipasehemmstoff Orlistat, der zwar frei von gefährlichen Nebenwirkungen ist, aber vom Patienten eine sehr disziplinierte, fettarme Ernährungsweise verlangt, damit unangenehme Durchfälle vermieden werden.

Der Effekt aller drei aktuell verfügbaren Medikamente auf das Gewicht ist begrenzt, in der Regel können 4 bis 6 kg zusätzlich abgenommen werden. Wird die medikamentöse Therapie beendet, kommt es meist zu einem Wiederanstieg des Gewichts auf das Niveau der Placebogruppe. Andererseits, so klein der Gewichtseffekt der Medikamente auch erscheinen mag, so eindrücklich sind die

günstigen metabolischen Effekte, vor allem auf den Diabetes. Dies hat dazu geführt, dass diese Medikamente auch eine Sonderindikation bei nicht so schweren Patienten mit einem Diabetes haben.

Lässt sich auch mit diesen Massnahmen der Gesundheitszustand des Patienten nicht entscheidend verbessern, und dies ist bei Patienten mit morbidem Adipositas, d.h. einem BMI über 40 kg/m², fast die Regel, so besteht die Möglichkeit der bariatrisch-chirurgischen Therapie. Dabei unterscheidet man rein restriktive Operationsverfahren, d.h. Verfahren, die nur die Nahrungsmenge begrenzen, wie das Magenband, die Schlauchgastrektomie und die Magenbypassoperation, von dem malabsorptiven Verfahren der biliopankreatischen Diversion, bei dem durch die Ausschaltung eines erheblichen Teils des Dünndarms eine Verkleinerung der Resorptionsfläche erreicht wird. Diese Operationen zeigen entsprechend der Reihenfolge Magenband < Schlauchgastrektomie < Magenbypassoperation < biliopankreatische Diversion eine zunehmende Wirksamkeit, aber auch ein zunehmendes Risiko von Nebenwirkungen und Mangelernährung. Mit diesen Verfahren ist eine Gewichtsreduktion von 20 bis 40% des Gewichts möglich, die metabolischen und muskuloskeletalen Folgeerkrankungen lassen sich meist dramatisch und anhaltend verbessern. Neueste Studien zeigen, dass bei richtiger Selektion und guter Nachsorge der Patienten die Mortalität bei operierten Patienten trotz des Operationsrisikos nach wenigen Jahren um 40% geringer ist als bei nichtoperierten Patienten. In-

teressanterweise spielt hier auch die Abnahme von krebbsbedingten Todesfällen eine wichtige Rolle. Diese Operationen dürfen nur an spezialisierten Zentren mit einem erfahrenen multidisziplinären Team, bestehend aus Stoffwechselfachspezialisten, Ernährungsberater, Psychiater und bariatrischem Chirurgen, durchgeführt werden. Als sehr günstig hat sich auch eine auf diese Patienten spezialisierte Anästhesie und Physiotherapie erwiesen. Die Patienten müssen mindestens insgesamt zwei Jahre konservativer Gewichtsreduktionstherapie durchlaufen haben und nach Beurteilung durch ein interdisziplinäres Team geeignet und operabel sein. Absolute Ausschlusskriterien sind instabile medizinische und psychiatrische oder maligne, nichtkurable Erkrankungen. Leider ist diese Art der Adipositasbehandlung mit der Operation nicht abgeschlossen. Die Erfahrungen zeigen, dass diese Patienten auch von erfahrenen Zentren lebenslang nachbetreut werden müssen, um Komplikationen zu vermeiden bzw. rechtzeitig zu erkennen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die rasche Zunahme der Adipositas ist bedingt durch die Veränderung unserer Lebensweise, die auf einen nicht angepassten genetischen Hintergrund trifft. Da die Therapie der manifesten Adipositas schwierig, mit Medikamenten und Operationen auch nebenwirkungsträchtig und aufwendig ist, sind Politik, Wissenschaft, Wirtschaft, ja die ganze Gesellschaft gefordert, alles Machbare für eine bessere Prophylaxe mit Beginn im Kindesalter zu tun.

Literatur

Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz II.
www.asemo.ch/fileadmin/files/dokumente/concensus2_2006_de.pdf

Keller U. Sekundärfolgen der Adipositas und Therapieansätze. Schweiz Med Forum. 2002;39:908-13

Fähe D. Mögliche Ansätze für die Prävention von Adipositas. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(41):2212-5

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter synapse@emh.ch.

Übergewicht bei Kindern – Prävention braucht Vorbilder

Dr. med. Thomas Steffen, MPH
Christina Karpf, M.Sc.

Die zunehmende Anzahl übergewichtiger Personen, vor allem auch Kinder und Jugendliche, stellt ein hohes Risiko für die Gesundheit der Bevölkerung dar. Diese Situation kann nur erfolgreich verändert werden, wenn auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene gezielt Prävention betrieben wird. Der Kanton Basel-Stadt hat deshalb, basierend auf den nationalen Strategieprogrammen, ein kantonales Schwerpunktprogramm «Gesundes Körpergewicht» entwickelt.

Als vor über 120 Jahren die ersten Schulärzte ihre Arbeit aufnahmen, mussten sie viele praktische Probleme lösen. Die meisten Schulen waren im Winter nicht genügend geheizt, es gab zu wenig geeignete Tische und Stühle, und viele Kinder waren schlecht ernährt. Gerade die schlechte Ernährung der Kinder in dieser Zeit stellte eine grosse Herausforderung dar. So schrieb beispielsweise der Schularzt E. Villiger 1918 in seinem Jahresbericht, dass rund 3700 Basler Schulkinder schlecht ernährt seien. Er differenzierte sogar schon damals nach Schulen und zeigte auf, dass Kinder in Spezialklassen (46% ungenügend ernährte Kinder) deutlich schlechter ernährt waren als Kinder in der regulären Primarschule (21% ungenügend ernährte Kinder). Die erstellte Statistik scheint, vergleichbar mit heutigen Gesundheitsstatistiken, als Grundlage für Interventionen gedient zu haben. Viele der damals ergriffenen Massnahmen wie die Schülersuppe, die Pausenmilch, die Pausenäpfel oder die Ernährungslager bestanden jahrzehntelang weiter, und es konnte damit die Gesundheit der Kinder wesentlich verbessert werden. In den letzten 30 Jahren wurden solche Massnahmen vielerorts wieder abgebaut, da mangelernährte Kinder glücklicherweise immer seltener wurden.

Heute stehen wir vor der umgekehrten Problemstellung. So zeigen die Erhebungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Basel-Stadt, dass vor 30 Jahren (1976/77) rund 10% der Schulkinder übergewichtig waren, aktuell sind es rund ein Viertel. Hauptgrund dafür sind die veränderten Ernährungsbedingungen, beispielsweise bedingt durch die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln im Überfluss sowie durch veränderte Bewegungsbedingungen in einem durch Motorisierung geprägten Alltag. So zeigte eine deutsche Studie im Jahre 2002, dass die Fitness von Jugendlichen innerhalb weniger Jahre um bis zu ein Viertel zurückgegangen ist. Besonders drastisch war der Rückgang im Bereich Koordination und Ausdauer.

Diese Zunahme von übergewichtigen und fehlernährten Kindern ist beunruhigend, da damit eine Vielzahl von Erkrankungen verbunden ist, welche heute teilweise schon in viel jüngerem Alter als noch vor einigen Jahrzehnten auftreten. So finden sich Folgeerkrankungen der Fehl- und übermässigen Ernährung heute nicht nur bei Erwachsenen, sondern mittlerweile auch schon bei einer



Interaktive Ernährungsausstellung Rüebli, Zimt und Co. für Primarschulen

Reihe von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Dabei handelt es sich insbesondere um Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch um orthopädische, hormonelle und den Stoffwechsel betreffende Störungen.

Aus den Präventionserfolgen früherer Tage kann man einiges lernen. Das Beispiel der ersten Schulärzte bei der Bekämpfung der damaligen Mangelernährung zeigt nämlich einen sehr erfolgreichen Ansatz auf. Schon damals wurden



Schularztbesuch in Basel vor rund 100 Jahren

neben der allgemeinen Sensibilisierung und Gesundheitserziehung strukturelle Massnahmen vor Ort ergriffen. So wäre man denn heute auch vielerorts froh, man hätte noch die vor einigen Jahren abgeschafften Mittagsverpflegungen oder Pausenapfel-Aktionen in den Schulen. Denn nur eine Prävention, welche

sowohl den einzelnen (Verhaltensprävention) wie auch seine Lebenswelten (Verhältnisprävention) aktiv einbezieht, kann nachhaltig eine Verbesserung erreichen. Aufgrund der vorliegenden Ursachensituation muss die Interventionsstrategie bei der Förderung der ausgewogenen Ernährung und regelmässigen

körperlichen Aktivität ansetzen. Zudem sind aber auch psychische und soziale Aspekte einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund hat der Kanton Basel-Stadt ein eigentliches Massnahmenpaket ausgearbeitet, welches Kinder und Erwachsene gleichermaßen ansprechen will. Mit gezielten Aktionen wie Informationsveranstaltungen für Eltern, gesunden Mittagstischen, gesunder Pausenverpflegung, Ernährungsausstellung für Primarschüler sowie speziellen Projekten zur Bewegungsförderung (z.B. bewegter Kindergarten «Burzelbaum») soll eine nachhaltige Verbesserung der Bewegungs- und Ernährungssituation bei den Kindern erreicht werden. Die seit Mai 2007 laufende Sensibilisierungskampagne «Alles Gute» des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt befasst sich ebenfalls mit diesem Thema und trägt verständliche Präventionsbotschaften an die erwachsene Bevölkerung. Denn bei all den oben genannten Massnahmen ist die Einbindung der Erwachsenen, besonders der Eltern, da diese ein wichtiges Vorbild für die Kinder sind, von entscheidender Bedeutung: Wenn Vater und Mutter täglich Gemüse und Früchte konsumieren und sich viel bewegen, wird dies auch für die Kinder selbstverständlich. Für den Erfolg der Gesundheitsförderung ist dabei entscheidend, dass sie für den einzelnen leicht und verständlich gemacht wird, nur so kann sie langfristig erfolgreich sein. Ganz im Sinne der Weltgesundheitsorganisation: «let's make the healthy choice the easy choice».



Sensibilisierungskampagne «Alles Gute» bringt Prävention vor Ort.

Kontaktadresse:
Dr. med. Thomas Steffen
Leiter Abteilung Gesundheitsförderung
und Prävention Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel
Tel. 061 267 45 20 E-Mail: g-p@bs.ch
Internet: www.gesundheitsdienste.bs.ch

Motivation zur Bewegung

Dr. med. Angela Reinhart
FMH Innere Medizin, Psychosomatik APPM

Adipositas als bedeutendes Problem des Gesundheitswesens nimmt gemäss WHO sowohl in Europa wie auch ausserhalb pandemische Ausmasse an.

Häufig geht sie mit kostengenerierenden medizinischen und psychosozialen Komplikationen einher. Die Prävalenz der Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) ist bei beiden Geschlechtern ähnlich und zunehmend mit höherem Alter. Bereits ist fast die Hälfte der Schweizer mehr oder weniger übergewichtig. Die rasante Verbreitung der Adipositas innert der letzten 15 bis 20 Jahre steht für den Anteil des Umwelteinflusses an deren Entstehung (Fast food, grössere Essensportionen, TV-Konsum, PC-Spiele, Werbung etc.). Noch hat die Schweiz im weltweiten Vergleich die niedrigste Adipositasprävalenz. Dies wird allerdings durch die rasche Zunahme der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bald durch eine höhere Inzidenz bei den Schweizer Erwachsenen aufgehoben werden.

Die medizinische Behandlung der Adipositas, welche eine multifaktoriell bedingte Erkrankung ist, stellt eine grosse Herausforderung dar und ist mehrheitlich schwierig, langwierig und oftmals frustrierend.

Der typische Adipöse hat viele fehlgeschlagene Abnehmversuche hinter sich, meist mit der Verfolgung völlig unrealistischer Ziele: Zuviel Gewicht in zu kurzer Zeit soll abgenommen werden. Im Durchschnitt sollten über 30 Prozent des Körpergewichtes innert weniger Wochen bis Monate abgebaut werden. Heute wissen wir, dass realistischere eine Reduktion von 5–10% des Körpergewichtes langfristig gehalten werden kann und bereits einen deutlichen Rückgang von Morbidität und Mortalität bewirkt. Die Ansprüche sind also zu hoch, und in der Folge entsteht eine grosse Unzufriedenheit mit jeglichen realistisch zu erwartenden Therapieerfolgen. Wie die Furcht vor Misserfolg steigt, so schwindet die Hoffnung auf Erfolg. Die Ange-

bote und der Einsatz von Wundermitteln kommen hier gelegen. Realistische Ziele und Methoden sind keine Hoffnungsträger mehr.

Die Folge einer solchen Motivationslage ist eine Problemvermeidungshaltung. Die Compliance sinkt, Therapieabbrüche nehmen zu. Ein Teufelskreis von weiteren Misserfolgen dreht sich bis hin zu völliger Hoffnungslosigkeit. Zwischen 50 und 83 Prozent aller Patienten berichten über mangelnde Compliance mit ihrer Adipositas-therapie.

Was ist zu tun? Der klassische therapeutische Ansatz mit Hinweisen auf die negativen Langzeitfolgen (sog. Drohmedizin) ist nicht erfolgversprechend.

Die Motivation muss direkt thematisiert und angegangen werden. Der Einsatz bereits kurzfristig erfolgreicher Massnahmen in der Therapie hat Vorrang. Die positiven Aspekte einer gesunden und genussreichen Lebensweise sollen unmittelbar an Körper und Geist erfahrbar sein. Die Behandlung der Adipositas ist ein lebenslangliches Unternehmen, welches nach dauerhaften und nachhaltigen Strategien verlangt. Dabei kann die Einschränkung von Genuss und Lebensfreude durch dauernde Entsagung, Verzicht, Kontrolle und Quälerei zur Ge-

wichtsreduktion nicht im Mittelpunkt stehen. Lebenslanglich hungern und verzichten, wer hält das aus? Die Förderung der Genussfähigkeit und Freude an Essen und Trinken ohne schlechtes Gewissen muss die althergebrachte Restriktion ersetzen.

Die vier Säulen der modernen Adipositas-therapie: Ernährung, Verhaltens- und Einstellungsänderung, Bewegung sowie ev. medikamentöse Unterstützung müssen durch dauerhafte Aufrechterhaltungsstrategien ergänzt werden und ab einer Gewichtsreduktion von 10 bis 15% das Hauptaugenmerk auf die Gewichtserhaltung gelegt werden.

Die Kontrolle der Energiezufuhr soll also genussreich erfolgen. Wie steht es aber mit der Gesamtenergiebilanz?

Voraussetzung für eine funktionierende «Verbrennungsanlage» ist eine starke, d.h. trainierte Muskulatur. Als Konsequenz des nach Diäten auftretenden Jo-Jo-Effektes «schmilzt» die stoffwechselaktive Magermasse, der stoffwechselträgere Fettanteil nimmt zu. Dieses Missverhältnis lässt sich durch keine wie auch immer geartete Diät zugunsten der stoffwechselaktiven Muskelmasse verschieben. Der Adipöse, wie jeder auch gesunde Mensch, der seine Muskulatur



Bewegungspyramide

durch regelmässiges Krafttraining aufgebaut, wird dadurch gleichzeitig auch seinen Stützapparat stärken. Dann kommt die Bewegung dazu, in sogenannter Ausdauerform. Und hier besteht ein grosses Motivationsbedürfnis für die Adipösen. Jahrelang in Reglosigkeit verharrend, sich für den eigenen Körper schämend und die Öffentlichkeit deshalb meidend, sollen sie in ihren Augen plötzlich zu «Ausdauersportlern» werden. Studien belegen den positiven Effekt der Bewegung auf die Reduktion der Fettmasse. Hormone wie Wachstumshormon, Adrenalin und Noradrenalin mobilisieren die Freisetzung von Fett aus den Depots und erhöhen die Aktivität der Lipase, die Triglyceride in freie Fettsäuren spaltet, eine wichtige Energiequelle für den aeroben Stoffwechsel. Diesen «grünen» aeroben Bereich bestimmt man mittels der Lactatmessung unter einer definierten Belastung. Durch eine längere körperliche Belastung im aeroben Leistungsbereich wird der Abbau von Fettgewebe günstig beeinflusst und bei gleichzeitiger Kalorienzufuhr beschleunigt. Zudem wird durch Ausdauerleistung der Grundumsatz, welcher bei alleinigem Einsatz von

Diäten zur Gewichtsreduktion mit der Zeit wieder sinkt, gesteigert. Über einen längeren Zeitraum (Wochen bis Monate) führt eine höhere Ausdauerleistung zu einer bevorzugten Nutzung von Körperfett als Energiequelle. Die Motivation zur Bewegung steht also für eine auf Nachhaltigkeit angelegte Therapiestrategie der Adipositas.

Nach eingehender Bestandaufnahme wird im ärztlichen Gespräch eine realistische Zielvereinbarung der Gewichtsreduktion getroffen. Die Patienten müssen lernen, nicht von fiktiven Idealgewichten und kosmetisch perfekten Bodys als Ziel auszugehen, mit Rückschlägen zu rechnen und ein auf Nachhaltigkeit ausgelegtes Konzept in ihre Gedankenwelt einzubauen. Das Verlangen von Adipösen nach Steigerung des Selbstwertgefühls, der allgemeinen Lebensqualität, des Wohlbefindens, der Reduktion von Schmerzen und allgemeiner Attraktivitätssteigerung kann als psychologische Motivation eingesetzt werden. Eine AKTIVE Entscheidung seitens des Adipösen zur Verhaltensänderung ist unabdingbare Voraussetzung zum Gelingen eines Gewichtsreduktionsprogramms und

bedingt eine INDIVIDUELLE Behandlung. Flexible Kontrolle, fettreduzierte Kalorienzufuhr mit kohlenhydratliberaler Ernährung und unbedingte Integration von Bewegung, zu steigern von leicht zu moderat, können realistisch gesehen in wahrscheinlich 30% der Fälle eine Gewichtsreduktion von 10% des Ausgangsgewichtes aufrechterhalten. Professionelle Begleitung durch den Arzt, eine psychologisch geschulte Person und Ernährungsberatung über einen Zeitraum von zwei bis mehr Jahren ist für eine Nachhaltigkeit notwendig.

Die heutigen Umweltbedingungen mit ihrem Überangebot an kalorienreichen Nahrungsmitteln und die moderne Lebensweise mit verminderter körperlicher Aktivitätsanforderung erfordern viel mehr präventive Massnahmen bereits bei den Kindern zur Verhinderung einer Adipositaspandemie. Das Aufrechterhalten von Turnstunden in den Schulen, sichere und angenehme Begegnungsorte für Spiel und Bewegung sowie restriktive Werbung für kalorienreiche Nahrungsmittel sollen den Kindern eine gesunde und bewegte Zukunft ermöglichen.

Immer in Bewegung

Frauenstadtrundgänge

Dagmar Brunner

Vor 20 Jahren begann die Geschichte der Basler Frauenstadtrundgänge. Neue Angebote thematisieren u.a. Frau und Sport sowie Basel und Afrika.

Mit dem Näherrücken der Euro 08 passen auch (Kultur-)Veranstalter ihre Programme an. Selbst der Verein Frauenstadtrundgang Basel ist da keine Ausnahme, allerdings wird das Thema Sport hier unter unkonventionellen Gesichtspunkten – aus der Geschlechteroptik – untersucht. Und so geht es denn auch um Frauenfussball und um globale und lokale Sportgeschichte(n) von Frauen gestern und heute.

Erstaunlich etwa, dass in Basel die weibliche Jugend früher als vielerorts turnen durfte und der Unterricht seit 1929 gar obligatorisch ist. An den ersten Olympischen Spielen der Neuzeit 1896 waren Frauen jedoch nicht zugelassen, und sportliche Wettkämpfe galten bis weit ins 20. Jahrhundert als «unweiblich». Noch heute sind Athletinnen in der männlich dominierten Sportwelt vielfach benachteiligt, auch wenn die Integration der Frauen zunimmt.

Der neue Frauenstadtrundgang gibt Einblick in historische Entwicklungen, porträtiert Frauen in Sportberufen, beleuchtet den Frauensport in den Medien und den Umgang mit Homosexualität im Sport, thematisiert Trends und die Bedeutung von Grossanlässen. Sämtliche Inhalte beruhen auf wissenschaftlichen Quellen und werden mit Dokumenten und Bildern, Interviewauszügen etc. veranschaulicht bzw. szenisch dargestellt, z.T. mit sportlich-spielerischen Elementen, die das Publikum einbeziehen. Dabei lässt sich manch Neues aus Sport-, Stadt- und Geschlechtergeschichte erfahren.

Auf Stadtsafari

Den Impuls zu Stadtführungen aus Frauensicht hatte 1988 die fünfte Historikerinnentagung gegeben, und bereits 1990 wurde der erste Rundgang zum Thema Frauenarbeit erfolgreich durchgeführt. Heute zählt der Verein Frauenstadtrund-



Frauenturnen auf der Pruntrutermatte, 1926. Foto Lothar Jeck

gang Basel 20 Aktiv- und etwa 250 Passivmitglieder. Die bisher 30 Rundgänge und 10 Publikationen wurden jeweils von Studentinnen und Wissenschaftlerinnen verschiedener Disziplinen erarbeitet. Die anschaulich und unterhaltsam vermittelten Forschungsergebnisse haben eine breite Öffentlichkeit gefunden und verschiedene Auszeichnungen erhalten. Die Rundgänge werden teils in deutsch und englisch angeboten und können neben den öffentlichen Terminen auch privat gebucht werden.

Das Programm der Frauenstadtrundgänge startet dieses Jahr am Internationalen Frauentag. Ergänzt werden die sechs aktuellen Angebote durch zwei weitere neue Rundgänge, die eher historische als frauenspezifische Aspekte fo-

kussieren. Während der eine auf private Anfrage das «Dalbeloch» im Visier hat, ist der andere öffentlich und den vielfältigen Beziehungen Basels zum afrikanischen Kontinent gewidmet. Auf einer «Stadtsafari» kommen u.a. die Völkerschauen im Zoo, die Rolle der Missionare, entwicklungspolitische Fragen, der Jazz und der Kunsthandel zur Sprache.

Frauenstadtrundgänge: ab Sa 8.3., 14.00 (Thema Frauenstimmrecht)

Sportrundgang: ab Sa 5.4., 14.00, Tickets: Buchhandlung Das Narrenschiff, Basel und Buchhandlung Rapunzel, Liestal Stadtsafari Afrika in Basel: nur Sa 24.5., So 27.7., Mi 15.10.

Infos: www.femmestour.ch, www.frauenstadtrundgang-basel.ch

PROGRAMMZEITUNG

Das Kulturmagazin für den Raum Basel

Planen und organisieren Sie Ihren Ausgang mit der ProgrammZeitung! Auf rund 80 Seiten werden monatlich aktuelle Angebote in Film, Theater, Musik, Literatur, Kunst etc. vorgestellt. Seit über zwanzig Jahren berichtet das unabhängige Kulturmagazin engagiert und kompetent über das Kulturgesehen in der Region Basel. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme, und die Agenda informiert über mehr als 1500 Anlässe. Nutzen Sie die ProgrammZeitung als Begleiterin durch den Veranstaltungsdschungel!

Probeabo (3 Ausgaben) CHF 10.–, Jahresabo CHF 69.–.

Ausserdem kostenlos: tägliche Kulturagenda per E-Mail. Bestellen Sie jetzt!

ProgrammZeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel

T 061 262 20 40, abo@programmzeitung.ch, www.programmzeitung.ch

Permeable Landesgrenzen im Gesundheitswesen: Segen oder Fluch?

*Dr. Felix Eymann, Präsident
der Medizinischen Gesellschaft Basel*

In einer Sammlung Neujahrswünsche, die in der «Bergischen Volkszeitung» in der Mitte des 19. Jahrhunderts abgedruckt worden ist, heisst ein Wunsch «Setz dem Überfluss Grenzen – und lass die Grenzen überflüssig werden».

Wahrlich eine Vision in einer Zeit, die – wie wir heute wissen – viele grosse Kriege ertragen musste.

Wie steht es heute mit diesem Wunsch? «Setz dem Überfluss Grenzen»: Davon können viele Kolleginnen und Kollegen ein Lied singen. Die Einführung des Tarmed sollte eine gerechtere Verteilung der Volumina im Gesundheitswesen bringen, damit verbunden eine Stabilisierung und Bremse der stets wachsenden Kosten.

Für unseren Kanton herrscht – wie es überall in Zentren mit Universitätskliniken der Fall ist – eine grössere Ärztedichte als in Bergtälern. Das zentripetale Verhalten der Patientinnen und Patienten «ennet» der Kantongrenzen führte dazu, dass diese während der Kostenneutralitätsphase in ihrem Wohnkanton keine Kosten verursacht haben und dort so als gesunder Bevölkerungsteil gewertet wurden. Die durch Leistungsexport entstandenen Kosten wurden durch die Anzahl der in Basel-Stadt Versicherten geteilt und führten so zu einem zu tiefen Taxpunktwert. Als Vergleich sei der Kanton Basel-Landschaft erwähnt, der meistens fünf Rappen höher bewertet wurde – dies bei zusätzlichen Einnahmen durch Selbstdispensation.

«Lasst die Grenzen überflüssig werden»: Bezüglich der Personalpolitik unserer Universitätsklinik stellt die Landesgren-

ze eine semipermeable Membran dar. Ein hoher Anteil der Beschäftigten – auch in leitenden Positionen – kommt aus dem Ausland, Kaderleute meistens aus Deutschland. Wie aber steht es mit Chancen für Schweizerinnen und Schweizer auf dem deutschen Arbeitsmarkt? Ich frage dies nicht aus chauvinistischen Gründen, sondern aus der Kenntnis, dass diese Menschen auch in Deutschland fehlen und Ersatz aus Polen, Ungarn, Tschechien etc. rekrutiert werden muss. Auch dort hinterlassen diese Arbeitskräfte ein Vakuum, das dann mit Personal aus der ehemaligen Sowjetunion gefüllt werden muss. Diese Migration findet bis in afrikanische Länder statt. Zur gleichen Zeit wird mit politischem Druck aus Bern die Anzahl der Studierenden der Medizin in Basel beschränkt, dies im Glauben, damit dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen begegnen zu können. Auch der Zulassungsstopp, der aus Ideenlosigkeit der eidgenössischen politischen Führung des Gesundheitssystems verlängert wurde, brachte keine Einsparungen. Unsere Studierenden haben derzeit kaum Perspektiven für ihre Zukunft. Unsicherheit und Existenzängste werden künstlich und unnötig generiert. In einigen Jahren werden wir einen krassen Unterbestand an Ärztinnen und Ärzten haben, falls diese Politik weiterverfolgt wird. Bereits heute haben viele Grundversorgerinnen und Grundversorger Mühe, geeignete Nachfolger zu finden. In keiner Branche werden – wie dies im Ärzteberuf der Fall ist – während des «Matches» die Spielregeln laufend geändert. Stolz habe ich damals mein Staatsexamensdiplom eingeraht und mich am Satz (vom Bundesrat unterschrieben) «Er ist berechtigt, seinen Beruf frei im Gebiete der Eidgenossenschaft auszuüben» erfreut ... von wegen! Nicht genug mit dem Grenz-

einfluss, eine grosse Basler Krankenkasse wirbt schamlos dafür, man solle sich operativen Eingriffen in benachbarten Kliniken im südbadischen Raum unterziehen und so mithelfen, Kosten zu sparen.

Bei den in Basel geltenden Bedingungen bezüglich Lebenskosten, Lohn- und Mietzinsniveaus wird sich zwangsläufig ein erheblicher Preisunterschied zum Ausland zeigen. Durch solche pseudoökonomischen Prozesse – von der Assekuranz und der Politik begünstigt – wird vorsätzlich eine Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten unserer Ärztinnen und Ärzte angestrebt. Das darf nicht sein. Wenn offene Grenzen ein Ziel sind, so sollen für alle Anbieter gleich lange Spiesse geschaffen werden. Zu prüfen wäre, ob wir Ärztinnen und Ärzte eventuell mit einer deutschen Krankenkasse ein Dumpingangebot in Konkurrenz zu den Basler Krankenkassentarifen mit ihren Gelüsten nach des Nachbars Garten anbieten sollten. Bei jeder Klage über hohe Kosten im Gesundheitswesen muss man sich fragen: Was ist uns eines der besten Gesundheitssysteme der Welt wert? Vielleicht müssten wir uns proaktiv an unsere Patientinnen und Patienten wenden und ihnen Nutzen und die moderaten Kosten unserer professionellen Dienstleistungen im Gesundheitssystem vor Augen führen.

Genug der Aufzählung von Schwierigkeiten, es gilt, Lösungen der Probleme anzustreben. Die Vision Gesundheitsraum Oberrhein/Nordwestschweiz muss weiterverfolgt werden. Die politischen Behörden sind gefordert, im stetigen Dialog mit Leistungserbringern und Versicherern – z.B. durch Leistungsaufträge mit Schwerpunkttätigkeiten und einem allfälligen Lastenausgleich – dieser Vision zur Realität zu verhelfen.