

Prävention als ärztliche Aufgabe:
Gesund – ein Leben lang.



Festschrift

zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller

Prävention als ärztliche Aufgabe:
Gesund – ein Leben lang.

Kammersymposium zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller
Samstag, den 30.1.2010, von 10.00 bis 13.30 Uhr

Impressum:

Ärztammer Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Stabsstelle Kommunikation
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302-1378, -1245, -1246
Fax: 0211/4302-1244

Mail: pressestelle@aekno.de

Fotos: Ärztekammer Nordrhein Archiv, Landessportbund NRW,
Bilddatenbank/Bowinkelmann

Düsseldorf, Januar 2010

Inhaltsverzeichnis

Grußwort des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	5
Karl-Josef Laumann	
Grußwort des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein	7
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe	
Prävention als ärztliche Aufgabe	11
Dr. med. Arnold Schüller	
Gesundheit von Kindern und Familien in NRW	17
Dr. med. Thomas Fischbach, Landesverbandsvorsitzender der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein	
Sport und Gesundheit – SPORT PRO GESUNDHEIT	22
Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Völker, Leiter d. Instituts f. Sportmedizin, Universität Münster	
Seelische Gesundheit – Was leisten Awareness-Programme und Anti-Stigma-Kampagnen?	26
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität	
Gesundheit im Alter – geht das?	31
Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein	



Grüßwort

von Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, anlässlich des Kammersymposiums zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller

„Vorbeugen ist besser als heilen“, so lautet eine alte Volksweisheit, die bis in die Gegenwart Bestand hat. Denn Prävention und Gesundheitsförderung sind heutzutage wichtiger denn je.

Dank des medizinisch-technischen Fortschritts haben sich Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahrzehnten verbessert und unsere Lebenserwartung ist – nicht zuletzt auch durch die verbesserten Lebensverhältnisse in unserem Land – deutlich angestiegen. Doch leider hat dieser Fortschritt auch zur Folge, dass die Zahl chronisch kranker Menschen im Zuge des demografischen Wandels angestiegen ist.

Vor allem die Prävalenz der so genannten „Lifestyle“-Erkrankungen ist deutlich gestiegen: Falsche Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel und Stress führen dazu, dass die Zahl der an Adipositas, Diabetes, Lipidstoffwechselstörungen, Depressionen oder Burn-out-Syndrom erkrankten Menschen in unserer Bevölkerung in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen hat.

Doch nicht nur die Gesundheit der jungen Generation ist unserer Landesregierung ein Anliegen. Auch die Gesundheit im

Alter ist ein wichtiger Aspekt der Prävention und Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen, um die Lebensqualität, Selbstständigkeit und Mobilität älterer Mitbürger zu erhalten.

Im Hinblick auf die steigende Zahl chronisch kranker Menschen sowie die daraus resultierenden steigenden Gesundheitskosten spielt Prävention eine bedeutende Rolle im Gesundheitswesen. Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, an denen jeder mitwirken kann und sollte. Wichtige Akteure sind dabei vor allem die Ärzte. Neben der klassischen Behandlung von Krankheiten haben sie nicht nur die Vorsorge und Früherkennung zur Aufgabe, sondern betrachten auch die primäre Prävention als einen wichtigen Bestandteil ihrer Berufsausübung. Denn sie sind diejenigen, die die fachliche Kompetenz in Gesundheitsfragen haben, individuelle gesundheitliche Schwachstellen ihrer Patienten aufdecken und sie bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen unterstützen können.

Es ist ein Ziel der aktuellen Gesundheitspolitik, den Stellenwert gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen zu erhöhen. Das Landespräventions-

konzept mit seinen Landesinitiativen ist ein Instrument zur Umsetzung der im Land beschlossenen Gesundheitsziele. Die Umsetzung dieses Präventionskonzeptes erfolgt auf einer Handlungsgrundlage, die von den Mitgliedern der Landesgesundheitskonferenz beschlossen wurde. In Nordrhein-Westfalen gibt es insgesamt vier Landesinitiativen. Drei davon sind auf die Verbesserung der Kindergesundheit ausgerichtet. Sie befassen sich mit der Vermeidung des Säuglingstodes, der Förderung des Nichtrauchens und der Prävention des Übergewichts. Eine weitere Landesinitiative „Gesundes Alter – Stürze vermeiden“ hat als Schwerpunkt die Sturzprävention bei älteren Mitbürgern.

Die Ärztekammer Nordrhein trägt mit ihren Gesundheitsförderungsprojekten ganz wesentlich dazu bei, die Ziele des Landespräventionskonzeptes und der einzelnen Landesinitiativen zu erreichen, und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Prävention in verschiedenen Altersgruppen. So können die Projekte „Gesund im Alter“, „Gesund macht Schule“ und das „Düsseldorfer Bündnis gegen Depressionen“ wichtige Erfolge erzielen. Das entstandene Netzwerk dieser Projekte, bestehend aus unterschiedlichen Professionen, und die große Zahl der Beteiligten beweisen, dass es gelingen kann, gute und wirksame Maßnahmen auch flächendeckend umzusetzen.

Deshalb freue ich mich, dass die Ärztekammer Nordrhein aus Anlass der Verabschiedung von Herrn Dr. Arnold Schüller ein Präventionssymposium veranstaltet und diese Festschrift herausgibt.

Herrn Dr. Arnold Schüller ist das Thema Prävention ein zentrales Anliegen. Deshalb war es auch ein wichtiger Schwerpunkt seiner Arbeit bei der Ärztekammer Nordrhein. Neben vielen weiteren Projekten hat er sich besonders für das Programm zur Gesundheitserziehung in der Grundschule „Gesund macht Schule“ eingesetzt.

Auch das berufspolitische Wirken von Herrn Dr. Arnold Schüller ist hervorzuheben: Über 20 Jahre (von 1989 bis Juli 2009) gehörte er dem Vorstand der Ärztekammer Nordrhein an – seit 1993 in der Funktion als Vizepräsident der Kammer.

Herr Dr. Schüller war Mitglied beziehungsweise Vorsitzender mehrerer Ausschüsse der Ärztekammer Nordrhein, unter anderem in den Ausschüssen „Gesundheitsberatung“, „Berufsordnung und allgemeine Rechtsfragen“ und „Weiterbildung“. Auch auf Bundesebene hat Herr Dr. Schüller in verschiedenen Gremien der Bundesärztekammer mitgewirkt. Beim Hartmannbund engagierte er sich als Mitglied des Gesamtvorstands, als Vorsitzender der Grundsatzkommission und als Kreisvorsitzender in Düsseldorf. Darüber hinaus ist er Mitglied des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (BDI).

Ich danke Herrn Dr. Arnold Schüller für die großartigen Arbeiten und wünsche ihm, dass der Abschied von der Spitze der Ärztekammer Nordrhein der Anfang eines neuen und erfüllten Lebensabschnitts ist.





Grußwort

von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe,
Präsident der Bundesärztekammer und der
Ärztekammer Nordrhein, anlässlich des Kammersymposiums
zu Ehren von Dr. med. Arnold Schüller

Aufgrund der demografischen Alterung haben wir in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmend mit chronischen nichtübertragbaren Krankheiten zu rechnen. Das hat zur Folge, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen weiter steigen wird. Auch angesichts der knappen personellen und finanziellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung werden Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Bevölkerung durch Prävention und Gesundheitsförderung immer wichtiger.

Wir ehren mit dem heutigen Symposium einen Kollegen, der sich in seiner 16-jährigen Amtszeit als Vizepäsident der Ärztekammer Nordrhein unermüdlich für Prävention und Gesundheitsförderung stark gemacht hat.

Für dieses Anliegen hatte er mal politischen Rückenwind, dann aber auch wieder Gegenwind. Dessen ungeachtet hat er immer seinen Kurs gehalten. In seiner Amtszeit wurden in Nordrhein Präventionsprogramme initiiert, die auch tatsächlich bei den Menschen angekommen sind. Diese Programme wurden evaluiert und geprüft und dann vielfach in die Routine überführt.

Ich spreche dabei von Programmen wie

- *Gesund macht Schule*, dem Präventionsprogramm der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg in Grundschulen, das mittlerweile auch in den Bundesländern Hamburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt wird;
- den *Bündnissen gegen Depression* in Düsseldorf und Duisburg, die mittlerweile als eingetragene Vereine weiterarbeiten;
- der Förderung des Sportsiegels *SPORT PRO GESUNDHEIT* und der Unterstützung des Landessportbundes bei der Bekanntmachung von Reha-Sportangeboten und
- dem Programm *Sicher und mobil im Alter*, das als Blaupause für die Landesinitiative „Sturzprävention“ des Landes NRW gilt.

Diese Programme konnten wir hier in Nordrhein in einer beachtlichen Größenordnung nur deshalb einführen, weil wir Kooperationspartner in Gesundheitsämtern, Universitäten, Krankenkassen und medizinischen Assistenzberufen gefunden haben. Ihnen allen für ihre Kooperationsbereitschaft herzlichen Dank.

Neben der konkreten Umsetzung dieser Programme hast Du Dich, lieber Arnold, mit großem Erfolg auch dafür eingesetzt, das die Bedeutung des Themas Prävention innerhalb der Ärzteschaft erkannt wird. Zum Beispiel in Ausschüssen der Bundesärztekammer hast Du regelmäßig über das bereits Erreichte berichtet und gleichzeitig weitere Anstrengungen ange-mahnt.

Prävention ist keine Erfindung der Politik, der Weltgesundheitsorganisation oder etwa der Neuzeit. Prävention ist originärer Bestandteil ärztlichen Handelns, und das seit den Anfängen der Medizin.

Schon Hippokrates hat nach folgendem – von ihm postulierten Leitsatz – behandelt:

»Wenn wir jedem Individuum das richtige Maß an Nahrung und Bewegung zukommen lassen könnten, hätten wir den sichersten Weg zur Gesundheit gefunden.«

Dieser für die damalige Zeit sehr individualisierte Ansatz setzt sich bis heute beispielsweise in „Präventiven Gesprächen“ in der Arztpraxis fort. Er wird ergänzt durch Präventionsleistungen wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und so weiter. So ist es beispielsweise State of the Art, dass bei jeder qualifizierten Diabetesbetreuung neben der Insulin-substitution individualisierte Patientengespräche, eine Ernährungsberatung und eine Patientenschulung erfolgen.

Gerade wenn es darum geht, die Bevölkerungsschichten zu erreichen, die ansonsten nur schwer zu Präventionsmaß-

nahmen zu bewegen sind, können wir Ärztinnen und Ärzte Erfolge verzeichnen. Und das liegt vor allem an dem Vertrauen, das unsere Patienten in uns und unsere Empfehlungen haben und das wir auch für die Motivation zu einer gesunden Lebensführung nutzen sollten.

Aber – und das macht Prävention sowohl innerhalb als auch außerhalb der Arztpraxis so schwierig – der Patient muss den Weg zu seiner Gesundheit auch mitgehen wollen und der eigenen Gesundheit einen vorrangigen Wert einräumen. Leider sind die Vorlieben der Menschen in einer permissiven Spaßgesellschaft – das wissen wir alle – nicht durchgängig gesundheitsfördernd.

Wer sich heute Fernsehwerbung für alkoholische Mischgetränke anschaut, wird sehen, was ich meine. Hier wird für die Zielgruppe der Jugendlichen ein attraktiver Mix aus Alkoholgenuss, Lifestyle, Sex und Spaß zusammengemixt und mit dem Spruch beworben: „Lass es in deinem Leben prickeln!“ Da wirkt der Hinweis, dass im Jahr 2008 rund 25.000 Kinder und Jugendliche wegen Komasaufens im Krankenhaus behandelt werden mussten, dann doch sehr nüchtern.

Konkurrierende Werte in unserer Gesellschaft hat schon der Präventionshasser Winston Churchill formuliert, als er sagte: „Ein leidenschaftlicher Raucher, der immer von der Gefahr des Rauchens für die Gesundheit liest, hört in den meisten Fällen auf – zu lesen.“

Werte, und damit auch Prävention, lassen sich schwer verordnen. Es ist unsere

Aufgabe, als Ärztinnen und Ärzte über den Wert der Prävention für den einzelnen Menschen aufzuklären und die Vorteile für die Bevölkerung herauszustellen.

- Denn Prävention kann Krankheiten vorbeugen;
- Prävention kann vorzeitige Todesfälle vermeiden, hier denke ich vor allem an die Impfungen;
- Es lassen sich Behandlungskosten sparen, zum Beispiel durch aktive Schutzimpfungen oder durch Raucherentwöhnungskurse bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- Prävention kann frühzeitige Behandlungen ermöglichen, etwa über den Weg der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen;
- und last but not least kann Prävention Selbstständigkeit und Mobilität im Alter erhalten. Hier gibt es zum Beispiel im Rahmen der Sturzprävention, wie sie in unseren Programmen stattfindet, nachgewiesene Erfolge durch qualitätsgesicherte Kraft- und Balancetrainings sowie altersgerechte Veränderung der Wohnräume.

Solche Erfolge sind nur dann zu erreichen und noch zu steigern, wenn wir sehr konsequent qualitätsgesicherte Prävention betreiben und das in Gesellschaft und Politik auch kommunizieren.

Als Verfechter der Prävention – wir haben es anhand der Achterbahnfahrt des Präventionsgesetzes gesehen – braucht man einen sehr langen Atem.

Denn Prävention zeigt selten schnelle Erfolge, spart im seltensten Falle Geld und hat es häufig schwer, eindeutige Effekte, die allein auf die Intervention zurückzuführen sind, nachzuweisen.

Du, lieber Arnold, hast in den 16 Jahren, eben in Deiner Amtszeit, diesen langen Atem gehabt und vieles angestoßen, was wir als Kammer auch zukünftig fortsetzen und durch weitere Präventionsmaßnahmen – vor allem auch in der Arztpraxis – ergänzen wollen. Unser Gesundheitsberatungsausschuss unter Vorsitz des Kollegen Dr. Frieder Hutterer wird hierzu schon bald erste Vorschläge formulieren.

Ich möchte enden mit einem Zitat von Thomas von Aquin, es lautet:

»Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung. Und sie gedeiht mit der Freude am Leben.«

Lieber Arnold Schüller,

wir wünschen Dir Freude am Leben und an der heutigen Veranstaltung. Herzlichen Dank für 16 Jahre Kammerarbeit.





Prävention als ärztliche Aufgabe

Auszug aus der Rede zum Kammersymposium am 30.1.2010
von Dr. med. Arnold Schüller

(...) Ich möchte Sie als Einführung zu dieser Tagung mit auf eine kleine Zeitreise nehmen. Als ich vor 20 Jahren in den Gesundheitsberatungsausschuss gewählt wurde, da war das Thema „Prävention“ nicht so präsent, wie es heute – zumindest auf dem Papier – ist.

Damals war die Ottawa-Charta der WHO zu Strategien der Gesundheitsförderung gerade einmal vier Jahre alt und der Weg von der politischen Diskussion bis hin zur Umsetzung der Charta nicht abgeschlossen.

Auch innerhalb der Ärzteschaft war der mit der Ottawa-Charta eingeleitete Paradigmenwechsel von der reinen Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit nicht unumstritten, und noch heute streiten sich Wissenschaftler trefflich über die Begrifflichkeiten und Abgrenzungen.

Dennoch wurde mit der Ottawa-Charta eine Entwicklung in der Prävention eingeleitet, die sich vor allem in Kompetenzerweiterung der Bürgerinnen und Bürger und einer stärkeren Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen ausdrückte.

Laut Charta stellt „Gesundheitsförderung einen Prozess dar, allen Menschen ein

höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Diese Interpretation führte 1989 zu einer Neuausrichtung unserer Kammer bezüglich der Prävention, die auch vom damaligen Präsidenten Prof. Dr. med. Horst Bourmer vorangetrieben wurde und sich in folgenden Aktivitäten niederschlug:

- Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen und Einrichtung der ersten Kooperationsstelle für Selbsthilfegruppen und Ärzte bundesweit
- Redaktionelle Unterstützung des WDR-Schulfunks zum Thema Kindergesundheit
- Teilnahme der Ärzteschaft an Verbrauchermessen mit dem Ziel, Vorsorgeuntersuchungen zu bewerben und die Bevölkerung auch außerhalb der Praxen über Präventionsmöglichkeiten zu informieren
- Erste Überlegungen zu einem Programm zur Gesundheitsförderung an Schulen

Damals warf dieser Kurs, der vor allem in der Öffnung hin zum Bürger und in der Aufhebung der klassischen Kommstrukturen im Gesundheitswesen bestand,

innerhalb der nordrheinischen Ärzteschaft noch kritische Fragen auf.

„Was bringt uns die Gesundheitsförderung?“

„Selbsthilfegruppen – machen die uns nicht die Arbeit schwerer?“

„Noch mehr Engagement ohne Bezahlung!“

„Was hilft es unseren Patienten?“

Auch Aussagen wie „Kümmern Sie sich in der Kammer lieber um wichtigere Dinge“ und „Arztsein bedeutet, Krankheiten zu heilen und zu lindern“ haben die anfängliche Arbeit unseres Gesundheitsberatungsausschusses begleitet.

Doch es fanden sich auch damals schon viele engagierte Mitstreiter, die der Ansicht waren, dass Prävention ein originäres ärztliches Aufgabengebiet ist und dass es auch und vor allem ärztlich ist, Krankheiten zu verhindern und den Einzelnen in seinen Bemühungen, sich gesund zu erhalten, zu stärken. Der 110. Deutsche Ärztetag in Münster hat diese Meinung später dann bestätigt.

Im Gesundheitsberatungsausschuss haben wir daher kontinuierlich nach Maßnahmen und Interventionen gesucht, die uns auf diesem Weg erfolgversprechend schienen.

Effektiv und erfolgreich schien uns der Ansatz, Gesundheitsförderung und Prävention eng mit dem Bildungsbereich zu verzahnen und damit sowohl die Chancen für mehr Gesundheit als auch Bildung zu erhöhen. Denn fehlende Bildung kann zu einem Weniger an Gesundheit führen, und Krankheit kann Bildung und Berufs-

chancen sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verhindern.

Mit Blick auf diese Wechselwirkung heißt das auf Kinder und Jugendliche bezogen: Alle Professionen, die das gesunde Aufwachsen von Kindern stärken können – in der Bildung, im Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe, den Sportvereinen, der Stadtplanung oder bei Selbsthilfe- und Umweltgruppen –, sollten eng kooperieren.

Um interdisziplinäre Zusammenarbeit von Beginn an in unseren Kammerprojekten zu ermöglichen, haben wir in der Geschichte des Gesundheitsberatungsausschusses daher immer auch Professionen aus diesen Bereichen eingeladen. Stellvertretend bedanke ich mich zum Beispiel bei Frau Eva Somrei, die seit 1992 dem Ausschuss als kooptiertes Mitglied angehört und uns als Pädagogin in allen Belangen über die Möglichkeiten, mit „Schule“ zu kooperieren, informiert hat. (...)

Eine wirksame Kombination von individuumsbezogener Verhaltensprävention und Verhältnisprävention entscheidet über den nachhaltigen Erfolg von Präventionsmaßnahmen. Was nützt es, wenn wir immer mehr Menschen zum Joggen bewegen, aber die Autobahnen direkt neben die Joggingstrecke bauen.

Verhältnis- und Verhaltensprävention müssen zusammen wirken und sich gegenseitig ergänzen. Der Settingansatz der WHO eröffnet hier zum einen die Möglichkeit, Zielgruppen über das Setting anzusprechen, darüber hinaus

können Settings wie Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitswelt, Alten- und Pflegeheim, Seniorenbegegnungsstätte selbst zu Orten werden, die durch Organisationsentwicklung wichtige Weichenstellungen für mehr Gesundheit der dort Handelnden legen können. Nur wenn diese Verbindung gelingt, sind auch Risikogruppen erreichbar, die jeglicher Prävention eher reserviert oder gar ablehnend gegenüberstehen.

Dabei bieten zum Lebensanfang speziell der Kindergarten und die Schule die Chance, dass verschiedene Akteure gemeinsam tätig werden. Aus dieser Überzeugung heraus haben wir nach vielen Vorarbeiten 1995 das Programm zur Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung in der Primarstufe in Nordrhein gestartet, das heute unter dem Namen *Gesund macht Schule* bekannt ist und von der AOK Rheinland/Hamburg als unserem Kooperationspartner mitgetragen und mittlerweile auch in anderen Bundesländern umgesetzt wird.

Besonders liegt mir am Herzen, dass Gesundheitsförderung und Prävention mit positiven Emotionen und erleb- barem Nutzen statt mit Einschränkungen oder Verzicht verbunden werden – mit Spaß und Lebensfreude, mit positiver Verstärkung für gesundheitsförderndes Verhalten. Wie Spaß und Freude in der Gesundheitsförderung aussehen können, davon können Sie sich in der Pause z. B. am Stand von *Gesund macht Schule* selbst überzeugen.

Vor allem im Kindesalter werden jene Verhaltensweisen erprobt, erlernt und

eventuell zur Gewohnheit, die später im Leben zu erheblichen Gefährdungen führen können. Ohne präventive Maßnahmen bilden sich also Lebensstile heraus, die letztlich nur schwer veränderbar sind, selbst wenn die Betroffenen das ernsthaft anstreben. Mit Diäten gegen Übergewicht zu kämpfen ist dafür nur ein Beispiel.

Gesundheitliche Risiken lassen sich vermeiden oder verringern, wenn Prävention und Aufklärung möglichst frühzeitig einsetzen. Nicht nur aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts (www.kiggs.de) wissen wir, dass sich schichtenspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten massiv niederschlagen. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erleben höhere alltägliche Belastungen – und sie sind häufiger krank. Darauf wird Dr. Fischbach in seinem Vortrag noch intensiver eingehen. (...)

Prävention und Gesundheitsförderung zielen darauf ab, Gesundheit zu stärken, umfassend gesundheitliche Risiken und Schädigungen zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder ihren Eintritt zu verzögern. Gesundheitliche Prävention bildet somit eine wesentliche Voraussetzung für jeden Menschen, um sein Leben möglichst unbeeinträchtigt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verwirklichen zu können. Sie trägt zu einem erfüllten, zufriedenen und selbstbestimmten Leben bei.

Denken Sie nur an Herz- und Kreislauf-erkrankungen: Da entscheidet häufig die Lebensweise – Ernährung, Bewegung, Rauchen – erheblich über das individu-

elle Erkrankungsrisiko. Auf kaum einem anderen Gebiet ist Prävention deshalb so bedeutsam. Gerade in diesem Bereich ist die Beratung durch den Hausarzt besonders wirksam und sollte zukünftig noch enger mit Programmen für Bluthochdruckpatienten, Raucher und Übergewichtige koordiniert werden.

Vor diesem Hintergrund sind wir auch seit Langem Partner des Landessportbundes und machen uns gemeinsam mit unserer Schwesterkammer in Westfalen-Lippe in NRW für die Weiterverbreitung und breite Nutzung des Qualitätssiegels „SPORT PRO GESUNDHEIT“ stark. Dass und wie dies gelungen ist, wird uns Prof. Völker gleich noch berichten. (...)

Angesichts der Entwicklung unserer Industriestaaten hin zu Gesellschaften des langen Lebens gewinnt die Gesundheitsförderung und Prävention bei alten, insbesondere auch hochbetagten Menschen immer mehr an Bedeutung. So wird der Versuch zu unternehmen sein, einem Leben nicht mehr nur Jahre, sondern den Jahren auch ein Mehr an Lebensqualität hinzuzufügen. Aus diesem Grund haben wir 2003 unsere Kampagne „Gesund und mobil im Alter“ gestartet, die vor allem einen Beitrag zur Sturzprävention und damit zu Mobilität und Selbstständigkeit bei hochbetagten Menschen leistet und die zu Recht als Pate für die Landesinitiative Sturzprävention in NRW gilt. Mit der BKK und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales haben wir Partner gefunden, mit denen wir modellhaft sturzpräventive Maßnahmen ambulant wie auch stationär in Düsseldorf, Mönchengladbach und Neuss eingeführt haben.

Darüber hinaus wird es weitere Anstrengungen kosten, auch für die seelische Gesundheit der Bevölkerung Sorge zu tragen. So ist die hohe Suizidalität älterer Menschen aufgrund von Depressionen nicht hinnehmbar, und ich bin froh, dass es mittlerweile acht Bündnisse gegen Depression in Nordrhein gibt, die alle auf Initiative von Ärztinnen und Ärzten zurückgehen. Prof. Gaebel, mit dem wir 2005 in Düsseldorf das erste Bündnis gegen Depression gegründet haben, wird in seinem Vortrag bestimmt auf die Notwendigkeit und die Chancen von Awarenessprogrammen dieser Art eingehen. (...)

Bei aller Unsicherheit über die Zukunft unseres Gesundheitswesens ist eines gewiss: Die Bedeutung der Prävention wird weiter steigen. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten die sich daraus ergebenden neuen Möglichkeiten erkennen, konsequent und konstruktiv wahrnehmen. Meines Erachtens ist es eine wichtige Zukunftsaufgabe, das kurativ ausgerichtete Handlungsprofil des Arztes durch Fort- und Weiterbildung um Beratungs- und Betreuungskompetenz zu ergänzen und für die notwendigen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu sorgen.

Ganz herzlichen Dank allen, die den Ausschuss und mich bei unserer Arbeit unterstützt haben, Präsident, Vorstand und die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Nordrhein. Meinen Nachfolgern viel Erfolg bei der Fortsetzung und Weiterentwicklung der Programme.



„Das Programm *Gesund macht Schule* der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland/Hamburg beruht auf der Überlegung, dass das Kindes- und Jugendalter die Schlüsselfunktion für die Gesundheit im Erwachsenenalter besitzt. Wenn sich gesundheits-schädigende Verhaltensweisen beim Erwachsenen bereits verfestigt haben, lassen sich diese nur schwer korrigieren.“ (Schüller, 2003)



Gesund macht Schule –

ein Beitrag der Ärztekammer Nordrhein zur Gesundheitsförderung in der Primarstufe



Gesund macht Schule

Das Settingprogramm *Gesund macht Schule* wurde 1995 von der Ärztekammer Nordrhein für die Primarstufe initiiert und seit dem Jahr 2001 in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg flächendeckend in Nordrhein umgesetzt. Zur Zeit führen 256 Schulen sowie deren 168 Patenärzte im Rheinland das Programm mit dem Ziel durch, Kindern möglichst früh gesundheitsförderliches Wissen und damit einhergehende Handlungskompetenzen zu vermitteln. Das Programm fußt auf einem Arztpatenschaftskonzept für jede Schule und fördert damit die Zusammenarbeit von Schule, Schülern, Eltern, Patenärzten und Gesundheitsdiensten in der Region.

Durch die Zusammenarbeit sollen alle Beteiligten im Lebensumfeld Schule zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten motiviert werden.

Das Programm basiert auf einzelnen „Bausteinen“, wie zum Beispiel der Vermittlung von Schulpatenärzten, Medien für den Unterricht und den Offenen Ganztag, Anregungen zur Elternarbeit, Fortbildungen etc., die von allen Schulen genutzt werden und mit weiteren Gesundheitsförderungsprogrammen kombiniert werden können.

Durch die Zusammenarbeit von Lehrern, Patenärzten, Eltern und Schülern soll die Motivation aller Beteiligten zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten in der Schule erhöht werden.

Dabei geht es zum Beispiel um

- die Förderung eines gesundheitsbewussten Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in Schule, Elternhaus und Freizeit,
- die Stärkung der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung,
- den Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lernatmosphäre,
- eine von Patenärztinnen und Patenärzten gestützte Gestaltung von gesundheitsförderlichem Unterricht und Elternarbeit,
- eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Schule und Umgebung durch alle Mitglieder der Schulgemeinschaft
- die Öffnung der Schule zu Gesundheitspartnern und Gesundheitsdiensten in der Gemeinde.

Gesund macht Schule wird mittlerweile auch in den Bundesländern Hamburg und Sachsen-Anhalt umgesetzt. Das Programm wurde evaluiert und unterliegt einer ständigen Prozessdokumentation.

Materialien und Informationen zum Programm sind unter **www.gesund-macht-schule.de** und unter **www.eltern-machen-mit.de** erhältlich.



Gesundheit von Kindern und Familien in NRW

Auszug aus der Rede
zum Kammersymposium am 30.1.2010
von Dr. med. Thomas Fischbach, Landesverbandsvorsitzender
der Kinder- und Jugendärzte Nordrhein

(...) In den letzten Jahren ist viel über das Thema Prävention, geeignete Steuerungselemente für eine effektive Prävention und ein mögliches Präventionsgesetz in Deutschland diskutiert worden.

Prävention sollte zur vierten Säule im Gesundheitswesen werden. Sie ist es aber, wie wir wissen, nicht geworden. Bis heute haben die vielen Erkenntnisse, die wir zur Kinder- und Jugendgesundheit in NRW gewonnen haben, und ermutigende Studienergebnisse zu präventiven Interventionen nicht flächendeckend den Weg in die Praxis gefunden. So ergibt sich auch nach Jahren der Diskussion der Eindruck, der nun auch vom Sachverständigenrat im Gesundheitswesen formuliert wurde, dass wir kein Wissensproblem, sondern ein Transfer- und Umsetzungsproblem in der Prävention haben.

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, so lautet eine zutreffende Bilanz des Robert Koch-Instituts, hat sich in den Industriestaaten im zurückliegenden Jahrhundert deutlich verändert. Die Säuglingssterblichkeit ging von durchschnittlich 210 pro 1.000 Lebendgeborene auf weniger als 5 pro 1.000 Lebendgeborene zu-

rück, also um einen Faktor von mehr als 40. Die Sterblichkeit von Kindern im Alter zwischen 1 und 15 Jahren verminderte sich um den Faktor 65. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Kindes betrug im Jahr 1900 ca. 40 Jahre. Mädchen und Jungen, die heute das Licht der Welt erblicken, dürfen von einer fast doppelt so langen Lebensspanne ausgehen. Die Bemühungen der präventiven Medizin zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit, die konsequenten Schutzimpfungen, veränderte Hygienemaßnahmen und allgemein verbesserte Lebensverhältnisse in unserem Lande haben zum großen Teil zu diesen Erfolgen beigetragen.

Doch diese günstigen Entwicklungen können nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch heute noch gravierende Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen gibt, die zum Teil lebensstilbedingt und daher auch über den Lebensstil beeinflussbar sind. Einen Überblick über das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen gibt unter anderem der erste bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2007.

Die Robert-Koch-Daten weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Auffälligkeiten und der sozialen Lage von Familien hin. So lässt sich sowohl bei den motorischen Fähigkeiten, beim Übergewicht als auch bei den psychosozialen Belastungsfaktoren deutlich erkennen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich schlechtere motorische Leistungen erzielen, häufiger übergewichtig sind und über psychosomatische Beschwerden berichten. (...)

Die Gründe hierfür sind nie monokausal und können häufig mit Statistiken allein nur unzureichend beschrieben werden. Doch deutlich wird anhand unterschiedlicher Erhebungen, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zum Beispiel

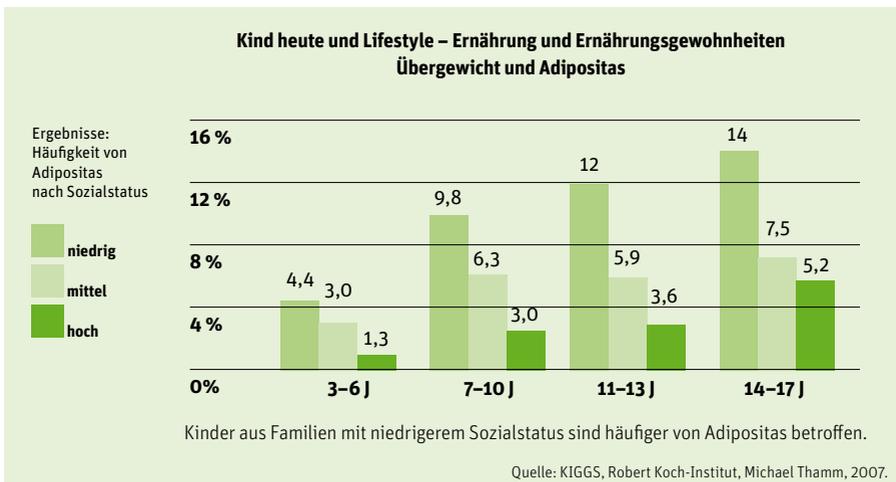
- eine unzureichende Ernährung, gemessen an der optimierten Mischkost erhalten,

- zu einem deutlich geringeren Anteil Vereinssport treiben,
- signifikant häufiger vor der Schule fernsehen und problematische Fernsehformate nutzen,
- häufiger vor dem Fernseher ihr Essen einnehmen,
- Vorsorgeuntersuchungen (auch zur Zahngesundheit) deutlich weniger nutzen,
- früher mit dem Rauchen beginnen.

(...)

Wenn wir also durch die bestehenden Fakten den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit so deutlich spiegeln bekommen, dann müssen wir das bei unseren Lösungsansätzen auch angemessen berücksichtigen.

Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche müssen daher sinnvollerweise am Verhalten und den Verhältnissen ansetzen, wenn sie langfristig Wirkung entfalten sollen.



Der Deutsche Ärztetag hat daher zu Recht schon 2007 unter anderem folgende – für mich wichtige – Forderungen aufgestellt, die wir hier in NRW mit möglichst vielen Kooperationspartnern zeitnah und flächendeckend umsetzen sollten:

- Flächendeckender Ausbau von Projekten zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z.B. Netzwerke von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Dienste, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen).
- Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrischen Praxen müssen nicht nur beibehalten, sondern gestärkt werden.
- Die Teilnehmerquote an Früherkennungsuntersuchungen muss durch eine stärkere und motivierendere Aufklärung von Eltern verbessert werden. (Die Einführung der Meldepflicht hier in NRW muss durch eine positive Imagekampagne der Früherkennungsuntersuchungen begleitet werden und darf nicht als staatliches Kontrollinstrument ausgelegt werden.)
- Überarbeitung der Erlasse zur Förderung von Schülern mit Lese- und Rechenschwäche und/oder Rechenschwäche. Ziel muss es sein, diese sowohl als Erkrankung als auch als Lern- sowie pädagogisches Problem zu definieren. Es sollte konkrete Handlungsanweisungen für Schulen zum Umgang mit dieser Störung geben.

(...)

Und zu guter Letzt die Forderung nach der

- flächendeckenden Einführung von Programmen zur Stärkung von Kindern und Eltern in Kindergärten und Schulen unter Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten, wie zum Beispiel das Programm *Gesund macht Schule*.

Hier freue ich mich, dass wir in Nordrhein diese Forderung des Deutschen Ärztetags schon längst erfüllt beziehungsweise dafür Pate gestanden haben. Es ist das Verdienst von Dr. Arnold Schüller, dieses Programm, an dem in den letzten Jahren schon über 350 Schulen teilgenommen haben, auf den Weg gebracht zu haben. Die Effekte von *Gesund macht Schule* sind vielfältig dokumentiert, wie Sie anhand der Ausstellung und der Studienergebnisse sehen können.

Dass es mit Engagement gelingen kann, unterschiedlichste Player wie Ärzteschaft, Krankenkassen, Lehrerschaft, Elternschaft, Universitäten und Kommunen an einen Tisch zu bringen, ist damit bewiesen. Prävention, das hat Dr. Schüller eben schon gesagt, erfordert Kooperation, und die wird in diesem Programm gelebt.

(...)



„Regelmäßige körperliche Bewegung reduziert die Risikofaktoren Übergewicht und Stress. Sie kann helfen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats zu verhindern.“

(Schüller, 2002)

SPORT PRO GESUNDHEIT –

Ärztkeammer Nordrhein unterstützt die Einführung des Qualitätssiegels



Qualitätssiegel **SPORT PRO GESUNDHEIT**

für präventive/gesundheitsfördernde Sport- und Bewegungsangebote

Das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT wurde 2001 vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer auf den Weg gebracht.

Die Partnerschaft wurde eingegangen, weil einerseits Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen alle Schichten der Bevölkerung erreichen und sie für den gesundheitsorientierten Sport gewinnen können. Andererseits kann der organisierte Sport für eine bundeseinheitliche Qualität und Bewerbung der präventiven Sport- und Bewegungsangebote sorgen.

Die Angebote mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT möchten auch „Nicht-Sportler“ auf ihrem Weg zu einem bewegteren Leben begleiten. Die mit dem Siegel versehenen Angebote setzen vor allem auf die präventive Wirkung der Bewegung in drei Bereichen: Haltungs- und Bewegungssystem, Herz-Kreislauf-System sowie Stressbewältigung und Entspannung, darüber hinaus bieten sie zielgruppenspezifische Angebote für Kinder mit mangelnder Bewegungserfahrung und für ältere Menschen an.

Das Qualitätssiegel wird präventiven Angeboten in den Sportvereinen verliehen, die über bestimmte Qualitätsmerkmale wie zum Beispiel definierte Gruppengrößen, qualifizierte Ausbildung der Übungsleiter etc. verfügen.

Regelmäßige Bewegung und sportliche Betätigung haben nachgewiesenermaßen umfassende Wirkung auf das Wohlbefinden, die Zufriedenheit und die Lebensqualität von Menschen. Darüber hinaus tragen sportliche Aktivitäten entscheidend dazu bei, Risikofaktoren zu vermindern und damit Krankheiten vorzubeugen.

Zur Zeit gibt es in Nordrhein über 3.800 SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebote. Um einen Überblick über die zertifizierten Bewegungsangebote zu erhalten, hat der LandesSportbund NRW regionale Angebotsverzeichnisse erstellt, die Bürgern und interessierten Ärzten zur Verfügung stehen. Die regionalisierten Angebotsverzeichnisse können über E-Mail bei info@ueberwin.de oder bei den zuständigen Stadt- und Kreissportbünden angefordert werden.

Die Angebote sind zudem im Internetportal www.ueberwin.de unter > Vereinssportangebote Präventionssport zu finden.



Sport und Gesundheit – SPORT PRO GESUNDHEIT

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Völker,
Leiter des Instituts für Sportmedizin,
Universität Münster
Abstract

Sportliche Aktivität führt zu einer positiveren Grundstimmung. Dies wirkt sich auch auf die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit aus. In allen Altersklassen ist bei sportlich Aktiven der Anteil mit hohem psychischem Wohlbefinden deutlich größer als bei Nichtsportlern. Auch die Zahl der Beschwerden wird von Sportlern deutlich geringer angegeben als die von Nichtsportlern.

Ist denn Sport wirklich gesund? Und in welcher Dosis muss er „appliziert“ werden, um gesundheitliche Effekte zu erreichen? Diese Fragen stellen sich besonders vor dem Hintergrund von arteriosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die nach wie vor die Haupttodesursache in unserer Bevölkerung darstellen. Seit den 80iger Jahren des letzten Jahrhunderts haben sich die Epidemiologen der Frage gewidmet, ob Sport gesund ist. Morris und Paffenbarger konnten dies in England bzw. in den USA anhand von großen Studien eindrucksvoll nachweisen. Bei ihnen finden sich auch die ersten Hinweise auf die „Dosis“. So konnte ein Zusammenhang zwischen dem Kalorienverbrauch und dem Auftreten eines Herzinfarkts aufgezeigt werden. Diese Daten, die in den Folgejahren geschärft und fokussiert

worden sind, sind die Basis für die heute geltenden Empfehlungen für ein gesundheitlich orientiertes Training. Dabei steht nicht nur der Sport als ein Mittel zur Verfügung, sondern auch die Alltagsaktivität. Beides ergänzt sich unter der Perspektive eines genügend großen Kalorienverbrauchs. Die Effizienz dieser Maßnahmen mit einer deutlichen Reduktion des koronaren Risikos lässt sich in vielen Studien auch metaanalytisch belegen. Dass Sport aber auch dann noch wirksam ist, wenn schon Risikofaktoren oder beginnende Erkrankungen vorhanden sind, lässt sich eindrucksvoll an dem Krankheitsbild beobachten, das uns in den nächsten Jahren beschäftigen wird.

Der Diabetes Typ II ist eine Zivilisationserkrankung mit leider steigender Prävalenz in allen westlichen Industrieländern. Studien konnten eindrucksvoll belegen, dass Lebensstiländerungen mit Akzentuierung körperlicher Aktivität in der Lage sind, das Entstehen eines Diabetes um nahezu 50 Prozent zu reduzieren. Dabei braucht sich die körperliche Aktivität, eingebettet in einen gesunden Lebensstil, vor wirksamer und etablierter medikamentöser Intervention nicht zu verstecken.

Aber auch Krebserkrankungen, die bei den Todesursachenstatistiken an zweiter Stelle stehen, werden positiv durch körperliche Aktivität beeinflusst. Zwar ist die Studienlage hier nicht so dicht wie etwa bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, jedoch liegen für eine Reihe von sehr häufigen Krebsarten überzeugende Daten vor, die zeigen, dass eine Risikoreduktion durch Sport und Alltagsaktivität auch in diesem Feld zu beobachten ist. Die Begründungszusammenhänge für diese Effekte sind in der Beeinflussung des Immunsystems zu sehen. Hier zeigt sich vor allen Dingen die Dosis-Wirkungs-Beziehung von körperlicher Aktivität und den Effekten auf das Immunsystems.

Das „Medikament Bewegung und Sport“ braucht qualifizierte Angebote, um seine Effizienz voll entfalten zu können. Die Qualitätsinitiative des Deutschen Olympischen Sportbundes und der Bundesärztekammer SPORT PRO GESUNDHEIT hat die Voraussetzungen dafür geschaffen, derartige Angebote über den organisierten Sport flächendeckend anzubieten. Die Wirksamkeit einiger der Angebote wurde im Rahmen einer prototypischen Evaluation belegt. Die zahlenmäßige Entwicklung dieser Angebote in Nordrhein-Westfalen belegt die Schlüssigkeit dieses Konzepts.

Angesichts der Vielzahl von positiven Effekten in den unterschiedlichen Systemen verwundert es, dass so wenige in unserer Bevölkerung das notwendige Maß an körperlicher Aktivität erreichen. Dies bedeutet für alle in diesem Feld Tätigen den Auftrag, die großen Chancen von körperlicher Aktivität und Sport in der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen zu betonen, ohne dabei zu vergessen, dass Sport auch Selbstzweck sein kann und sollte.



„Ein zentrales Ziel des Düsseldorfer Bündnisses gegen Depression ist die Bekanntmachung der Krankheit, ihrer Formen, Symptome und Behandlungsmethoden sowohl bei den Betroffenen als auch in der Gesellschaft.“

(Schüller, 2005)



Bündnis gegen Depression –

Ärztkeammer Nordrhein gründet in Düsseldorf das erste Bündnis in Nordrhein-Westfalen



Bündnis gegen Depression

Depressionen beeinträchtigen wie kaum eine andere Erkrankung in elementarer Weise die Lebensqualität der Betroffenen. In Deutschland leiden rund vier Millionen Menschen unter Depressionen. Die WHO betrachtet die Depression als die belastendste Krankheit, der ein Mensch ausgesetzt sein kann. Rund 15 Prozent der Patienten mit einer schweren depressiven Erkrankung empfinden ihren Zustand als so unerträglich, dass sie sich das Leben nehmen.

Um die Versorgung depressiver Menschen zu verbessern und damit in messbarer Weise die Zahl der Suizide zu senken, hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung bis Ende 2004 den Aufbau des bundesweiten Kompetenznetzes Depression gefördert.

Als ein Teilprojekt des Kompetenznetzes wurde in Nürnberg ein intensives Awareness-Programm mit dem Schwerpunkt „Depression und Suizidprävention“ durchgeführt, dessen Erfolge dazu geführt haben, dass in Deutschland mittlerweile rund 50 lokale Bündnisse analog dem Nürnberger Vorbild gegründet wurden.

Die Aufgabe der lokalen Bündnisse besteht darin, auf möglichst allen kommunalen Ebenen die Krankheit bekannt zu machen und Betroffene und Angehörige über Behandlungsmethoden und den Verlauf der Krankheit aufzuklären.

Ein wichtiger Baustein ist neben der Aufklärung die damit verbundene Enttabuisierung der Thematik. Ein wichtiger Ansatz der lokalen Bündnisse besteht darüber hinaus in der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Qualifizierung unterschiedlichster Berufsgruppen, die mit der Thematik in Kontakt kommen. So wurden in Nürnberg unter anderem Lehrer, Sozialarbeiter, Pfarrer, Altenpflegefachkräfte, Apotheker und Polizisten qualifiziert.

Die Ärztekammer Nordrhein hat 2005 in Düsseldorf und 2006 in Duisburg die ersten Bündnisse gegen Depression in Nordrhein-Westfalen gegründet und dafür am 13. Dezember 2005 den 2. Preis des NRW-Gesundheitspreises erhalten.

Mittlerweile gibt es im Kammerbezirk Nordrhein acht lokale Bündnisse gegen Depression, deren Kontaktadressen über die Homepage **www.buendnis-depression.de** zu finden sind.



Seelische Gesundheit – Was leisten Awareness-Programme und Anti-Stigma-Kampagnen?

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel,
Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikums Düsseldorf,
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Abstract

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist der von Volkskrankheiten wie Diabetes und Hypertonie vergleichbar. Ihr Anteil an den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung hat in den letzten zehn Jahren dramatisch zugenommen. Dennoch sind wir weit davon entfernt, dass der Krankheitswert psychischer Erkrankungen dieselbe Akzeptanz findet wie der somatischer Erkrankungen. Dies zeigt sich auch in einer Besorgnis erregend niedrigen Behandlungsrate.

Es muss folglich gelingen, die seelische Gesundheit zu fördern sowie Betroffene möglichst rechtzeitig einer Behandlung zuzuführen und damit einer Chronifizierung und der Entwicklung von Komplikationen vorzubeugen. Hierfür sind Früherkennung, aber auch Aufklärung über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Destigmatisierung unverzichtbar. Denn obwohl so viele Menschen psychische Störungen entwickeln, ist das Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten im Allgemeinen sehr gering und mit vielen falschen Vorstellungen behaftet; die Stigmatisierung trägt u. a. dazu bei, dass Betroffene nicht oder erst spät Hilfe suchen und dass

sich die Reintegration in den normalen sozialen Kontext nach durchlebter Krise schwierig gestaltet.

Mit dem zunehmenden Bewusstsein für die Dimension und die Bedeutung dieses Gesundheitsproblems auch auf politischer Ebene – nicht zuletzt wegen der damit verbundenen immensen, vor allem indirekten Kosten – wurden in Deutschland diverse Projekte initiiert und umgesetzt. Dabei steht der Wunsch einerseits nach Prävention und andererseits nach einem Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und der Psychiatrie an sich im Vordergrund. Beides ist insofern miteinander verbunden, als die verbreitete Überzeugung, dass es gegen psychische Störungen keine effektive Prävention oder Behandlung gebe, zu deren Stigmatisierung beiträgt. Eine effektive Prävention könnte also im Umkehrschluss viel zur Revision dieses Vorurteils beitragen (vgl. WHO Summary Report 2004).

Dabei ist der klassische Präventionsbegriff, wie er abgestuft als Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention im Hinblick auf somatische Erkrankungen verwendet wird, nur bedingt auf psychische Erkran-

kungen übertragbar. Für die Prävention psychischer Erkrankungen erscheint ein anderer Ansatz sinnvoll. Dieser unterscheidet zwischen einer universalen, einer selektiven und einer indizierten Präventionsstrategie. Der universale Ansatz bezieht sich auf die Allgemeinbevölkerung, der selektive auf Risikopersonen und der indizierte auf solche Personen, die schon erste Symptome aufweisen, jedoch an keiner diagnostizierbaren psychischen Störung nach ICD- oder DSM-Kriterien leiden.

Für entsprechende Awareness-Kampagnen gilt grundsätzlich: Erfolgreiche Kommunikation im Bereich Gesundheit und damit das Umsetzen präventiver Botschaften setzt eine Vermittlung der Informationen und Botschaften voraus, die auf das Denken, Wahrnehmen und Handeln der anvisierten Zielgruppe abgestimmt ist. Oder anders ausgedrückt: Das gesundheitsbezogene Denken und Handeln des Einzelnen hängt davon ab, ob dieser eine diesbezügliche Mitteilung als an ihn gerichtet auffasst und wie er sie versteht.

Von universalen Kampagnen, wie „Keine Macht den Drogen“, erhofft man sich eine Wirkung auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Bevölkerung, um die Inzidenzrate einer Erkrankung zu senken. Groß angelegte Gesundheitskampagnen können jedoch nur als Kommunikationsimpuls für eine weitergehende Aufklärung dienen, indem sie die Aufmerksamkeit auf ein Thema lenken, haben als solche aber kaum einen nachweislichen präventiven Ef-

fekt, da sie nicht handlungsleitend wirken.

Selektive Präventionsprogramme stützen sich vornehmlich auf die Kommunikation von Risikofaktoren (in der somatischen Medizin z.B. zur Infarktprophylaxe), was bei der im Allgemeinen niedrigen Spezifität von Risikofaktoren von psychischen Erkrankungen nur eine bedingte, auf bestimmte Risikokonstellationen limitierte Anwendung erlaubt; ein Beispiel wären Programme zur Post-Partum-Depression bei Schwangeren.

Im Fall der indizierten Prävention wird der gefährdete Einzelne gezielt angesprochen. Der Risikopatient soll für erste Symptome einer sich entwickelnden Erkrankung sensibilisiert und über spezielle Angebote im Versorgungssystem informiert werden, damit er selbständig bei vorhandenen Beschwerden Hilfe in Anspruch nehmen kann. Die im Kompetenznetz Schizophrenie durchgeführte und evaluierte Awareness-Kampagne zur indizierten Prävention von Schizophrenie kann hier als Beispiel dienen.

Evaluierte Anti-Stigma-Kampagnen im Bereich der seelischen Gesundheit sind eher selten. Kampagnen im Kontext der Schizophrenie fokussierten bis dato vornehmlich auf die Stigmatisierung von Patienten mit einer schizophrenen Psychose. Aber auch die international bekannteste und verbreitetste Anti-Stigma-Initiative – Anti-Stigma-Programm der WPA „Open the Doors“ – setzt mehr auf regionale zielgruppenspezifische Konzepte als auf Öffentlichkeitskampagnen. So empfiehlt

Sartorius (2006) auf der Basis von zehn Jahren Erfahrung mit „Open the Doors“, entsprechende Programme langfristig anzulegen, übergreifende Ziele zu formulieren, diese dann in spezifische Pläne für eine zielgruppenspezifische Umsetzung zu überführen und Probleme zu thematisieren, die von den Betroffenen erfahren werden.

Ein erfolgreiches Beispiel für eine wirksame Kampagne im Bereich psychischer Erkrankungen ist die Präventionsinitiative bei Depression und Suizidalität des Deutschen Bündnisses gegen Depression, die aus einem im Rahmen des Kompetenznetzes Depression durchgeführten Forschungsprojekt zur Suizidprävention im Raum Nürnberg hervorgegangen ist. Im Rahmen dieses Modellprojekts wurde über zwei Jahre versucht, auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems gleichzeitig mit Kommunikationsmaßnahmen anzusetzen, um Synergie-Effekte zu erreichen. Es gelang, nicht nur die öffentliche Wahrnehmung der Depressions-thematik zu verändern, sondern auch einen signifikanten Rückgang der suizidalen Handlungen zu erreichen.

Das Konzept dieses Nürnberger Erfolgsmodells wird seitdem über das Deutsche Bündnis gegen Depression distribuiert und in Form von regionalen Bündnissen, so auch in Düsseldorf, umgesetzt. Dr. Schüller ist es zu danken, dass es für die so wichtige Aufklärungsarbeit zur Depression auch in Düsseldorf ein Bündnis gegen Depression gibt. Er hat die Gründungsphase intensiv gefördert und begleitet.

„Ärztinnen und Ärzte können durch qualifizierte Beratung einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität ihrer älteren Patienten und Patientinnen zu fördern und damit die Chancen auf ein weitgehend gesundes Altwerden zu verbessern.“ (Schüller, 2003)



Sicher und mobil im Alter –

eine Initiative der Ärztekammer Nordrhein zur Sturzprävention



Gesund und mobil im Alter

Die zunehmende Lebenserwartung führt seit längerem zu einer Zunahme älterer Bürger; die Zahl Hochbetagter steigt an. Im Jahr 2014 werden nach Bevölkerungsschätzungen 11,7 Millionen Einwohner Deutschlands zwischen 65 und 80, 4,3 Millionen über 80 Jahre alt sein. Die Chance auf ein weitgehend gesundes Altwerden mit aktivem selbstständigem Leben sollte so groß wie möglich sein.



Das Programm *Gesund und mobil im Alter* wurde 2003 eingerichtet, um die Zielgruppe älterer und betagter Menschen mit gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen zu erreichen. Den Schwerpunkt bilden sturzpräventive Maßnahmen sowie wissensbasierte Informationen zum Thema Sturz und Mobilität.

Ziele sind zum einen die Vermeidung von Sturzfolgen und damit der Erhalt von Selbstständigkeit betagter Menschen. Zu diesem Zweck wurden regional in stationären Einrichtungen der Altenpflege und an Seniorenbegegnungsstätten als Settings Kraft- und Balance-Trainingskurse implementiert. Trainer und Multiplikatoren wurden geschult. Ärztinnen und Ärzte wurden als wichtige Ansprechpartner für betagte Menschen einbezogen. Das Modell ist in drei Regionen in Nordrhein (Düsseldorf, Mönchengladbach und Neuss) in die Routine überführt. In Düsseldorf

haben 16 Heime die Trainingskurse implementiert. An 22 Seniorentreffs trainieren über 500 Senioren einmal wöchentlich in Gruppen von 10 bis 12 Personen unter der Anleitung von spezifisch fortgebildeten Trainern. Die Kurse, die lediglich eine geeignete Räumlichkeit und Kleingeräte erfordern, beruhen auf einem in kontrollierten Studien geprüften Programm (Ulmer Modell). Alle Maßnahmen unterliegen einer kontinuierlichen Prozessdokumentation. Ein weiteres Ziel des Programms ist die wissensbasierte Verbraucherinformation zum Thema Sturz, die Menschen bei einer informierten Entscheidung im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen unterstützen soll. Hierfür wurde neben einer Broschüre für „Professionelle“ eine entsprechende Verbraucherinformation erarbeitet und in Fokusgruppen überprüft. Zur Abschätzung potenzieller Effekte wird der Trend der Häufigkeit von Hüftfrakturen evaluiert.

Die Broschüren und Informationen zum Programm sind unter www.aekno.de in der Rubrik *Arzt>Gesundheitsförderung>Gesund im Alter* erhältlich.



Gesundheit im Alter – geht das?

Auszug aus der Rede zum Kammersymposium am 30.1.2010 von Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein

Gesundheit und Alter – was ist gemeint? Beide Begrifflichkeiten erfordern sowohl einzeln als auch in ihrem Zusammenspiel eine differenzierte Betrachtung. Legt man die umfassende Definition von Gesundheit der WHO von 1946 zu Grunde, so sprechen wir von „einem Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (und nicht von der bloßen Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen)“. Auch die Definition von Alter lässt sehr viele Betrachtungsweisen zu. So erhöhte sich die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten 100 bis 200 Jahren erheblich, was Auswirkungen darauf hat, welches Alter man mit „elderly“, „old“ oder „very old“ bezeichnen würde. Dabei gibt es weltweit große regionale Unterschiede in der Lebenserwartung: In Malawi beträgt sie 36 Jahre, in Japan dagegen 81 Jahre. Doch wir wollen heute auf Deutschland schauen: Hier erhöhte sich die mittlere Lebenserwartung im letzten Jahrhundert um rund 30 Jahre, auf heute 76 bzw. 81 Jahre bei Männern und Frauen.

Wie beurteilen wir die gesundheitliche Lage?

Betrachtet man die Häufigkeit, mit der ältere und betagte Menschen den Arzt auf-

suchen, so erscheint es um die Gesundheit im Alter nicht günstig bestellt zu sein. Jenseits der 60 Jahre besuchen Patienten überdurchschnittlich häufig die ärztliche Praxis, bei den über 85-Jährigen sind laut einer Untersuchung der GmünderErsatzkasse im Jahr 2006 bis zu 40 Patienten-/Arztkontakte pro Jahr dokumentiert, wobei ein steigender Anteil als Hausbesuche erfolgen muss.

Aussagen über die Morbidität der Älteren, Alten und Hochbetagten lassen sich aus Daten der Routinestatistiken ableiten. Diese vermitteln das Bild einer steigenden Multimorbidität mit zunehmendem Alter: Nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland wird etwa die Hälfte der über 65-Jährigen wegen drei oder mehr chronischer Krankheiten vorwiegend des Herz-Kreislauf-Systems und des Bewegungsapparats kontinuierlich behandelt. Die steigende Zahl geriatrischer Betten in Deutschland zeichnet das Bild deutlich nach.

Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man neben der Krankheitsstatistik die „Gesundenstatistik“ für die Altersklassen jenseits des 65. Lebensjahrs betrachtet. Wenn die Statistik zur Alzheimer-

prävalenz ein Vorliegen bis zu 35 Prozent bei der Gruppe der über 80-Jährigen ausweist, bedeutet das, dass zwei Drittel dieser Generation keine Alzheimersymptome zeigen.

Und: Trotz der oben angesprochenen Multimorbidität darf der Hausarzt feststellen, dass der überwiegende Teil der Senioren ein selbstständiges, nur zum Teil unterstütztes Leben führt, oder zumindest noch in deutlichem Umfang selbstbestimmt lebt. Laut Bundesgesundheitsurvey ist etwa die Hälfte der über 65-Jährigen mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden oder sogar sehr zufrieden.

Auch mit Blick auf Daten außerhalb des Gesundheitssystems, zum Beispiel zum Reise- und Freizeitverhalten der über 65- und auch über 75-Jährigen, erhält der Betrachter ein anderes Bild. Ein Drittel aller Reisenden ist älter als 60 Jahre, die Zuwachsrate an Reisen in dieser Altersgruppe in den letzten 35 Jahren betrug 80 Prozent. Relativiert wird das Bild durch die zunehmende Zahl von Angeboten, bei denen ärztliche Begleitung integraler Bestandteil des Reiseangebots ist, insbesondere wenn Reiseziele zum Beispiel durch das Klima oder die Art der Fortbewegung sehr belastend sind.

Viel diskutiert und publiziert werden Risikofaktoren wie zum Beispiel Rauchen und Bewegungsmangel. Weniger kommuniziert werden potenzielle „Gesundheits-erhaltende Faktoren“. Zu diesen „protektiven Faktoren“ zählen eine gesunde Ernährung und ein sportliches Bewe-

gungsverhalten – Tanzen und Gymnastik oder spezifische Kraft- und Balance-trainings als Sturzprävention, aber auch zum Beispiel nicht direkt gesundheits-bezogene Faktoren wie die intensive Befassung mit Musik und ein geordneter Tagesablauf mit klaren, erreichbaren Zielen und lösbaren Aufgaben.

Natürlich sind die Lebensumstände zu berücksichtigen, die sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert haben. So hat die Generation der jetzt über 80-Jährigen einen Krieg und zwei Nachkriegszeiten mit schweren Mangelsituationen erlebt. Bei den 40- bis 50-Jährigen ist im Durchschnitt eine ganz andere Lebensstruktur zu beobachten, geprägt von technischer Entwicklung, Motorisierung und Wohlstand.

Die Zukunft des Alters hat mit den Kindern von heute schon begonnen. Diese leben in einer Zeit von Wohlstand und Bewegungsarmut. Dies führt zum Beispiel zu sinkender körperlicher Geschicklichkeit, wie die Kindergarten- und Einschulungsuntersuchungen oder auch die KIGGS-Studie zeigen. Zwar steht ein gesichertes Wissen zu Risikoverhalten wie Rauchen und Alkoholkonsum jedem Schulkind zur Verfügung, allein, das entsprechende Verhalten wird nicht zwangsläufig gelebt. Durch Übergewicht und Fehlernährung werden möglicherweise Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Gelenkverschleiß früher manifest. Eine mögliche Folge ist eine höhere Morbidität im Alter, wobei Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ebenso ansteigen mögen wie zum Beispiel Sturzverletzungen.

Auch scheinen psychosomatische Erkrankungen zuzunehmen.

Zu dieser aus gesundheitsförderlicher Sicht bedenklichen Entwicklung der jungen Generation kann zudem noch das Hinwenden junger Menschen zu Trendsportarten beobachtet werden, die in Extremsportarten wie Rockboarding zum Beispiel einseitig hohe Gelenkbelastungen in Kauf nehmen. Hieraus mögen Spätfolgen resultieren, die die Gesundheit im Alter belasten und Anlass zu orthopädischen Interventionen erwarten lassen.

Andererseits bietet das Leben in Wohlstand, in Freiheit und Frieden, mit vielfältigen Bildungsmöglichkeiten und sozialen Angeboten und einer gut ausgebauten gesundheitlichen Versorgung viele protektive Faktoren, wie sie zum Beispiel die Impfungen darstellen.

Meine Meinung ist, dass das hohe Ziel von Gesundheit im Alter – in welchem? – sicher kein einklagbarer Anspruch gegen die sozialen Sicherungssysteme sein kann. Gesundheit im Alter ist ein Ziel, zu dem wir zunächst selbst aktiv beitragen können und müssen – im gesundheitsförderlichen Sinne kompetent und eigenverantwortlich. Das bedeutet sicherlich auch manches Mal, auf sofort verfügbare Genüsse zu verzichten und sogar Aktivitäten zu entfalten, deren Nutzen potenziell in der Zukunft zu erwarten ist.

Lieber Kollege Schüller, sehr geehrte Damen und Herren, ich erlaube mir, Ihnen meinen einfachen Plan für das Alter vorzustellen, mit der Bitte, diesen nach persönlichem Ermessen auf die eigenen Planungen anzupassen:

- Ich möchte so lange wie möglich selbstständig bleiben. Wenn das aber nicht mehr geht, möchte ich wenigstens selbstbestimmt leben. Dabei möchte ich täglich aufstehen mit einem Tagesziel vor Augen, anderen eine Hilfe und Stütze zu sein und die eigenen Krankheiten und Handicaps zu akzeptieren. Ich möchte meinen Tagen Leben schenken und nicht ständig sehen, was nicht (mehr) geht, sondern was alles noch geht.
- Ich wünsche Ihnen allen, dass Sie keine Angst haben vor dem Alter und dem Altern, nicht einmal vor dem Altsein.
- Wir können in Kenntnis der Vergangenheit, aus der Gegenwart heraus, die Zukunft gestalten – die Zukunft unseres Alters und unseres Altseins.
- Damit haben wir nicht die Sicherheit der Gesundheit im Alter, die auf lange Zeit noch das Geschenk Gottes für Einzelne bleiben wird, aber wir haben die Chance der Zufriedenheit im Alter, auch wenn wir nicht zu den mit ewiger Gesundheit Beschenkten gehören.

(...)

