

Gesundes Körpergewicht bei Kindern aus zugewanderten Familien

Kinder mit Migrationshintergrund sind vermehrt von Übergewicht betroffen. Die Prävention muss deshalb auch zugewanderte Familien erreichen. Gesundheitsförderung für Vorschulkinder, vermehrte Verhältnisprävention, der Einsatz von interkulturell Dolmetschenden und das Abgeben von muttersprachlichen Gesundheitsinformationen – all dies sind wichtige Bausteine einer transkulturellen Prävention.

von Theres Bauer*

Laut WHO zählen Übergewicht und Adipositas zu den zehn wichtigsten gesundheitlichen Risikofaktoren. Übergewicht hat seit 1980 global epidemische Ausmasse angenommen. Die Ursache dafür liegt in einer ungünstigen Energiebalance, die durch vermehrten Verzehr hochkalorienhaltiger Lebensmittel und durch sinkende körperliche Aktivitäten entsteht. Besonders besorgniserregend ist die Zunahme der übergewichtigen Kinder. Die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass sie im Erwachsenenalter weiterhin zur Risikogruppe der Übergewichtigen und Adipösen gehören. Kinder mit Migrationshintergrund sind besonders oft von Übergewicht betroffen

(1). Damit eine gezielte Prävention wirksam ist, braucht es die Einsicht, dass die Gesundheit der Migrationsbevölkerung durch drei Dimensionen beeinflusst wird: Schicht, Migration und Kultur (2).

Jedes zehnte Kind wächst in Armut auf

Sozial benachteiligte Lebenslage und ungünstiges Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind häufig eng miteinander verknüpft. Einige Gründe werden im Folgenden am Beispiel von sozial benachteiligten Familien erläutert. Familien mit kleinem Budget haben neben den Fixkosten wie Wohnungsmiete, Krankenkassenprämien, Berufsauslagen und Steuern wenig finanziellen Spielraum. Oft wird beim Einkauf von Le-

bensmitteln gespart, weil diese Einschränkung im Gegensatz zur minderen Kleiderqualität nach aussen nicht sichtbar ist. Gesunde Nahrungsmittel wie frisches Obst und Gemüse sind jedoch im Vergleich zu einer Familienpizza aus dem Aldi teuer. Für eine zielgruppenspezifische Prävention ist es deshalb wichtig, dass Frischprodukte wie Obst und Gemüse auch für sozial benachteiligte Familien erschwinglich sind (3).

In sozial benachteiligten Familien sind oft beide Elternteile berufstätig. Ein Einkommen aus der Tieflohnbranche deckt den alltäglichen Bedarf nicht. Arbeiten die Eltern Schicht, sind gemeinsame Mahlzeiten kaum die Regel. Wenn die Mutter schon frühmorgens zur Arbeit geht, der Vater am Morgen nach der Nachtschicht schläft, dann müssen auch



*Theres Bauer ist Ethnologin und Mitarbeiterin der Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration Ostschweiz. Kontakt: tbauer@sg.caritas.ch

kleinere Kinder allein aufstehen. Dass dabei das Frühstück vergessen geht oder aus einem Riegel Schokolade besteht, ist aufgrund dieser Situation verständlich. Zudem verfügen Personen aus sozial benachteiligten Schichten über weniger präzises Wissen bezüglich der Zusammenhänge von Ernährung und Gesundheit.

Übergewichtige Kinder haben oft einen hohen Fernsehkonsum. Warum Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders viel fernsehen hat verschiedene Gründe. Zwei davon liegen auf der Hand: Sozial benachteiligte Familien leben oft in prekären Wohnverhältnissen. Enger Wohnraum und von Autostrassen belastete Wohnquartiere schränken den kindlichen Bewegungsdrang ein. Weil ein unbeaufsichtigtes Spiel im Freien unmöglich ist, vertreiben sich die Kinder ihre Langeweile vor dem Fernseher. Zudem dient der Fernseher als Babysitter, wenn die Eltern arbeiten oder nach der Nachtschicht schlafen.

Es ist eine besondere Herausforderung, erfolgreiche gesundheitsförderliche Massnahmen im Bereich «Gesundes Körpergewicht» für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu initiieren. Die Gefahr ist gross, dass bei einer einseitigen Verhaltensprävention diese Zielgruppe stigmatisiert wird. Im Grundlagentext der Gesundheitsförderung Schweiz (4) wird deshalb empfohlen, die Präventionsmassnahmen für sozial benachteiligte Gruppen schon bei Vorschulkindern anzusetzen und vermehrt auf die Veränderung der Umweltbedingungen zu richten, damit gesündere Verhaltensweisen ermöglicht werden. Dies könnte zum Beispiel heissen, dass Getränkeautomaten für Süssgetränke an Schulen verboten werden oder dass auch in sozial benachteiligten Wohnquartieren verkehrsberuhigte Zonen eingerichtet werden.

Die zugewanderte Bevölkerung unterschichtet die Immigrationsgesellschaft. Deshalb weisen viele sozial benachteiligte Familien einen Migrationshintergrund auf. Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von zugewanderten Personen ist wesentlich durch ihre soziale Lage erklärbar. Die Migrationserfahrung und eine andere als in der Immigra-

tionsgesellschaft mehrheitlich gelebte kulturelle Zugehörigkeit können diese Benachteiligung verstärken oder abschwächen.

Migration in die Überfluss- und Konsumwelt

Viele Migrantinnen und Migranten sind in ländlichen Regionen aufgewachsen. Sie haben ihre vertraute Umgebung verlassen, weil sie sich in der Immigrationsgesellschaft eine bessere Zukunft erhoffen. Ähnlich wie Kleidermarken wirken bestimmte Nahrungsmittel (z.B. Baby-nahrung in Gläschen, Süssgetränke, Pommes Frites, Chips) als Eintrittsbillet in die globale moderne Überfluss- und Konsumwelt. Zudem suggeriert die Werbung, dass bestimmte Produkte wie zum Beispiel Milchschnitten gesund seien. Dies verunsichert viele Mütter, die aus ihrem Herkunftsland keine so grosse Vielfalt an vorfabrizierten Nahrungsmitteln kennen. Sie verstehen nicht, warum zum Beispiel das Stillen oder die eigene Zubereitung von Babybrei in Anbetracht der zahlreichen Babynahrungsprodukte gesünder sein soll.

Ein anderer wichtiger migrationsspezifischer Faktor für das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund ist die mangelnde Kinderbetreuung. Obwohl in der Schweiz vermehrt Mütter ausserhäuslich berufstätig sind, orientieren sich die meisten kantonalen Schulmodelle immer noch an einem traditionellen Familienbild. Während Kinder von berufstätigen Schweizer Paaren oft von den Grosseltern betreut werden, ist dies den Migrantenfamilien durch die örtliche Trennung von der Herkunftsfamilie verwehrt. Entweder bezahlen sie für die Betreuung ihrer Kinder, oder sie lassen die Kinder unbetreut zu Hause. Sind die Kinder jedoch auf sich gestellt, ist eine ausgewogene Ernährung meist nicht gewährleistet. Zudem werden die Kinder von den arbeitenden Eltern oft angewiesen, aus Sicherheitsgründen in der Wohnung zu bleiben. Der Fernseher mit muttersprachlichen Sendungen ist dann nicht nur Babysitter, sondern auch eine Brücke zur Heimat der Grosseltern und zur Erinnerung an die sommerlichen Fe-

rienwochen im elterlichen Herkunftsland.

Nein, diese Suppe ess ich nicht!

Untersuchungen aus den USA zeigen, dass bei Jugendlichen aus Asien und Lateinamerika die Integration in die amerikanische Gesellschaft zu vermehrtem Fast-Food-Konsum und mangelnder körperlicher Aktivität führte (5). Ähnliches ist auch in der Schweiz zu beobachten. Zugewanderte Frauen erzählen (6), dass ihre Kinder traditionelle Speisen wie Suppen und Eintopfgerichte verweigern. Die Kinder möchten, dass ihre Mütter Speisen kochen, welche sie aus der Werbung, im Lebensmittelgeschäft, in der Schule, im Hort oder bei befreundeten Kindern kennengelernt haben. Der Druck auf die Mütter ist am Familientisch besonders gross, weil die meisten Migrantinnen in Kleinfamilien leben. Während im Herkunftsland individuelle kindliche Esswünsche sich kaum auf den Speisezettel der Grossfamilie auswirkten, fühlen sich viele Migrantinnen dieser kindlichen Macht ausgeliefert. Sie kochen oft, was Ihre Kinder wünschen und gern haben. Bekanntlich wird die kindliche Speiseauswahl nicht durch die Kriterien der schweizerischen Ernährungsgesellschaft geleitet. Selbst gekochte Speisen (7) sind oft gesünder als vorfabrizierte Nahrung. Viele migrierte Frauen verfügen über fundierte Kochkenntnisse. Sie kennen zum Teil aufgrund ihres kulturellen Gesundheitskonzeptes Zusammenhänge zwischen Speisen und den Auswirkungen auf den Körper (8). Ausgehend von diesem kulturellen Wissen könnte eine ressourcenorientierte Gesundheitsförderung die zentrale Rolle der Familienköchin und des Familienkochs stärken (9).

Kinderärzte als Vertrauenspersonen

Eine Studie der Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration zeigt, dass HausärztInnen für die Migrationsbevölkerung zentrale Vertrauenspersonen sind (10). Die KinderärztInnen spielen wahrscheinlich eine ähnlich zentrale Rolle in der Versorgung der jungen Migrations-

Preisverleihung MSD Scholarship 2006

MSD fördert junge Wissenschaftler im Bereich der pädiatrischen Pneumologie

Der mit 20 000 Franken dotierte «MSD Scholarship-Förderpreis» zur Unterstützung von Forschungsprojekten junger Medizinerinnen und Mediziner auf dem Gebiet der pädiatrischen Pneumologie wurde Dr. med. Britta von Ungern-Sternberg, Hôpitaux Universitaires de Genève, zugesprochen. Ihre Forschungsarbeit konzentriert sich auf die Untersuchung des Einflusses von intra- und extrathorakalen Druckschwankungen sowie akuten und chronischen Erhöhungen des pulmonalen Blutflusses auf die Lungenvolumina und die Atemmechanik aus pathophysiologischer Sicht.

Bern, Juni 2006 – Für das Forschungsprojekt «Impact of variations in intra-thoracic and extra-thoracic pressures on lung volumes and respiratory mechanics» ging der diesjährige Förderpreis an Dr. Britta von Ungern-Sternberg vom Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Unité d'Anesthésie Pédiatrique.

Der «MSD Scholarship-Förderpreis»
Den von Merck Sharp & Dohme-Chibret AG finanzierten Förderpreis zur Unterstützung der Forschung am Respirationstrakt auf dem Gebiet der pädiatrischen Pneumologie übergab der Präsident der Swiss Paediatric Respiratory Research Group SPRRG, Prof. Dr. med. Jürg Hammer, Universitäts-Kinderklinik beider Basel, an der Jahrestagung im Zentrum Paul Klee.

Inhalt und Nutzen des ausgezeichneten Projektes

Die Resultate dieses Studienprojektes werden den Einfluss intrathorakaler und extrathorakaler Druckänderungen aufzeigen: Erstens werden sie die Veränderungen der funktionellen Residualkapazität (FRC) sowie der Atemmechanik vor, während und nach der operativen Korrektur angeborener Herzfehler aufzeigen. Zwei-

tens werden die Auswirkungen einer präkapillären pulmonalen Hypertension auf die Atemmechanik sowie auf das Entstehen einer bronchialen Hyperreaktivität untersucht. Ein weiterer Schritt widmet sich der möglichen Verminderung der pulmonalen Pathologie nach operativer Korrektur. Und drittens werden diese Studien den Einfluss eines erhöhten extrathorakalen Drucks während laparoskopischen Eingriffen unter kombinierter Allgemeinanästhesie mit verschiedenen oft verwendeten regionalen Blockaden auf FRC und Atemmechanik zeigen.

Forschungsziele

Kinder mit angeborenen Herzfehlern sind bezüglich der Atemfunktion in der perioperativen Periode oft eine besondere Herausforderung für den Anästhesisten und Intensivmediziner. Die neuen Entwicklungen zur separaten Messung der Eigenschaften der Atemwege und des Parenchyms durch Verwendung der niederfrequenten, forcierten Oszillationstechnik (LFOT) ermöglichen die separate Identifikation der Beteiligung jedes Lungenkompartments.

Folgende Forschungsziele liegen dem Researchplan zugrunde:

Studie 1: Einfluss des Verlusts an Lungenvolumen auf die Lungenfunktions-einschränkung nach der Operation eines angeborenen Herzfehlers.

Das Ziel der Studie ist die Charakterisierung der zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen, die verantwortlich sind für die Veränderungen der Lungenmechanik, wie sie nach Operationen eines angeborenen Herzfehlers mit kardio-pulmonalem Bypass beobachtet werden.

Studie 2: Veränderungen der Atemmechanik und Entstehen einer bronchialen Hyperreaktivität nach einer länger anhaltenden Erhöhung des präkapillären Gefässdrucks der Lunge.

Dieses Tiermodell imitiert klinische Bedingungen, bei denen präkapillärer Gefässüberdruck in der Lunge beobachtet wird, wie etwa bei angeborenem Herzfehler mit Links-Rechts-Shunt und Erhöhungen pulmonaler Fliessgeschwindigkeit und/oder Drucks. Ausserdem erlaubt dieses Modell die Untersuchung chronischer Auswirkungen der Lungenkongestion auf die Mechanik der Atemwege und Gewebe und deren Reagibilität auf Metacholin sowie deren mögliche Umkehrbarkeit durch einen operativen Eingriff.

Studie 3: Auswirkung des intraabdominalen Drucks auf die Lungenvolumina und Lungenmechanik bei Kindern, die eine Laparoskopie benötigen.

Das Ziel der Studie ist die Charakterisierung der Auswirkung der Laparoskopie auf die FRC und Atemmechanik bei Kindern, die eine Laparoskopie mit einer Kombination von allgemeiner Anästhesie und entweder einem kaudalen oder einem ilioinguinalen Block bekommen. ☉

MSD-Chibret AG
Stefan Wild
External Affairs Director
8152 Opfikon-Glattbrugg
Tel. 044-828 76 06
Mobile 079-467 15 80

Über Merck & Co. Inc., USA

Merck & Co. Inc. mit Hauptsitz in Whitehouse Station, NJ, USA, in der Schweiz als Merck Sharp & Dohme (MSD) tätig, ist ein führendes, forschungsorientiertes globales Pharmaunternehmen, welches direkt und durch Joint Ventures ein breites Spektrum von innovativen pharmazeutischen Produkten und Dienstleistungen zur Förderung und Verbesserung der Gesundheit erforscht, entwickelt, herstellt und vermarktet.

bevölkerung. Weil viele Präventionsprogramme sozial benachteiligte Gruppen nicht erreichen – insbesondere wenn diese nicht die Mehrheitsprache sprechen – ist die Kinderärztin und der Kinderarzt für gesundheitsförderliche Interventionen dieser Familien besonders wichtig. Bei der Beratung von Eltern mit Migrationshintergrund ist es zentral, dass die alltäglichen Lebenswelten und Ressourcen dieser Familien in die Gesundheitsförderung integriert werden. Zudem kann das Abgeben von muttersprachlichen Informationsbroschüren (11) und der Beizug von interkulturell Dolmetschenden das Vertrauensverhältnis zwischen der Ärztin/dem Arzt und den Eltern stärken. ☉

Literatur und Anmerkungen:

1. Siehe dazu «Übergewicht bei Basler Kindern und Jugendlichen», Artikel des Schulärztlichen Dienstes Basel-Stadt, Synapse 2005/2, www.aerzte-bl.ch

2. Faltermaier Toni (2001), «Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive», in: Migration und Krankheit, Marschalck, Peter und Karl Heinz Wiedl (Hrsg.). Osnabrück: Universitätsverlag Rasch, pp. 93–112.

3. In den Caritas-Märkten können Personen mit minimalem Einkommen auch Frischprodukte zu Tiefstpreisen einkaufen. Die Einkaufskarte erhalten finanziell Benachteiligte von öffentlichen Sozialämtern, kirchlichen und privaten Sozialhilfen und den regionalen Caritas-Stellen. Mehr Informationen unter www.caritas-markt.ch

4. www.gesundheitsförderung.ch

5. Unger Jennifer B., Reynolds Kim, Shakib So-haila, Spruijt-Metz Donna, Ping Sun, Anderson Johnson C. (2004). «Acculturation, physical activity, and fast-food consumption among asian-american and hispanic adolescents». *Journal of Community Health* 29: 467–481.

6. Bauer Theres (2003), «Ist Essen Heimat? Eine ernährungsethnologische Feldforschung mit Migrantinnen aus dem Zürcher Quartier Hard». Die Lizenzarbeit ist bei der Autorin erhältlich.

7. Viele bäuerliche Speisen sind jedoch oft fett-

und zuckerhaltig, weil sie auf eine körperlich streng arbeitende Landbevölkerung zugeschnitten sind. Die Rezepte müssen in diesem Fall mit weniger Fett und Zucker zubereitet werden.

8. Zum Beispiel ist die tamilische Küche eng mit der ayurvedischen Gesundheitslehre verbunden.

Tamilische Frauen erzählen meist gerne über die kurative Wirkung bestimmter Speisen.

9. Ein Good Practice dazu ist ein türkischer Ernährungs- und Kochkurs, der von der Gesundheitsförderung Berlin zusammen mit einem Migrantinnen-treff organisiert wurde. Das türkisch-deutsche Kochbuch mit vielen Tipps für die Ernährung von Kindergarten- und Schulkindern kann man unter www.saglik-berlin.de herunterladen.

10. Die Studie «Das Vertrauen ist das Wichtigste – Erfahrungen von Migrantinnen und Migranten mit der Gesundheitsversorgung in der Ostschweiz» kann von der Internetseite www.caritas.ch/gesund-heit heruntergeladen werden.

11. www.migesplus.ch ist die Internetplattform für Gesundheitsinformationen in über 25 Sprachen.