

ZAUBERTRANK

IN

MICHELFELD?

ZAUBERTRANK IN MICHELFELD?

WIE KOMMUNALE GESUNDHEITSFÖRDERUNG GELINGEN KANN

JOACHIM E. FISCHER

Kinder ohne Lernprobleme, bewegungsfreudig und sozial kompetent, kaum übergewichtig – eine kleine schwäbische Gemeinde im ländlichen Nordosten von Baden-Württemberg glänzt mit Gesundheitsdaten, wie man sie aus den wohlhabenden Vororten von Stockholm erwarten würde. Worauf beruhen die Erfolge in Michelfeld? Und wie lassen sie sich auf andere Kommunen übertragen?

G

Große Pause in Michelfeld bei Schwäbisch Hall. Auf dem Schulhof schlagen Kinder fröhlich Rad, balancieren auf Stelzen, hüpfen Seil. Eine Gruppe Jungs kickt, andere rennen und spielen mit hörbarer Freude Fangen. Viele strahlende Gesichter und rote Backen, kaum ein Kind ist übergewichtig. In bundesweiten Vergleichsarbeiten erreichen Michelfelder Kinder der dritten Klasse in Mathematik Spitzenwerte. Auch bei den Bundesjugendspielen sind die Schulkinder aus Michelfeld ganz vorn dabei. Damit noch nicht genug: Während andernorts bei der Schuleingangsuntersuchung etwa jedes sechste Kind eine Förderempfehlung erhält, ist es in Michelfeld höchstens ein Kind von zwanzig. Die Michelfelder Frauen bekommen im Vergleich mit einer virtuellen Kontrollgemeinde aus Langzeitdaten fünfzig ähnlicher Gemeinden seit dem Jahr 2010 mehr Kinder,

etwa seit 2009 steigen die Einkünfte der Gemeinde aus der Gewerbesteuer und liegen deutlich über dem Durchschnitt anderer Gemeinden. Daten, die man als Public-Health-Wissenschaftler aus einem wohlhabenden Vorort von Stockholm erwarten würde.

Zeit für einen Ortsbesuch: Von Schwäbisch Hall aus durchschneidet die sanft in das Tal abfallende B14 das Dorf. Zwei leicht geschwungene Kurven, schon ist das Ortsausgangsschild in Sicht, dahinter Felder und Wald. Das wenig schmucke Rathaus bezeugt Renovationsstau. Im Gegensatz dazu fällt eine lichtdurchflutete neue Turnhalle mitten im Dorf beim Schulhaus auf. Bewegungsspiele statt öder Sportstunden vor einer Glasfassade mit Panoramablick auf Peter und Paul aus dem 13. Jahrhundert und den Streiflesberg. Weiter geht die Spurensuche nach möglichen Ursachen während eines Spaziergangs durch das Dorf: Sind die Häuser größer? Stehen stärker motorisierte Automobile auf den Carports? Im Gegenteil: Im Kindergarten werden das Ölzeug und die Gummistiefel für die tägliche Stunde draußen bei jedem Wind und Wetter von Familie zu Familie weitergereicht. Wenn also höherer sozialer Status als Ursache ausscheidet, was steckt dann hinter dem „anders“ Aufwachsen in Michelfeld? Hat jemand den Müttern und Kindern in dem kleinen schwäbischen Dorf im ländlichen Nordosten von Baden-Württemberg

„Lebensgewohnheiten sind ansteckend wie Infektionskrankheiten, insbesondere in Familien, aber auch über enge Freundschaften hinweg.“

etwas ins Trinkwasser getan, einen Zaubersaft der Gesundheitsförderung?

Ein Zaubersaft für die Gesundheit?

Kinder ohne Lernschwierigkeiten, bewegungsfreudig und sozial kompetent, eine ansteigende Geburtenrate, kaum Übergewicht – wenn Gesundheitsökonominnen diese Ausreißer aus den Daten gegenüber dem Durchschnitt auf die Lebenszeit hochrechnen, kämen je nach Schätzverfahren pro 100 Kinder zwischen 200 und 400 dazugewonnene gesunde Lebensjahre heraus. Ein Zugewinn, für den wir in der Gesundheitsversorgung bei häufigen Volkskrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes fraglos zwischen zehn und 20 Millionen Euro je 100 Betroffene ausgeben. Die Benchmark dafür, was noch aus der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird, liegt bei über 50.000 Euro pro hinzugewonnenem Lebensjahr, bei Krebserkrankungen noch höher. Dabei wären etwa 70 Prozent der genannten Volkskrankheiten vermeidbar. Nach dem Tabakrauchen für Lungenkrebs, Herzinfarkt und Schlaganfall sind Bewegungsmangel und Fehlernährung die wichtigsten Risikofaktoren, auch für Diabetes.

Eine kürzlich erschienene Studie des „European Health Observatory“ beziffert den volkswirtschaftlichen Schaden durch Bewegungsmangel und Fehlernährung allein für den Diabetes für Deutschland, Großbritannien, Frankreich, Italien und Spanien auf 883 Milliarden Euro.

Aber wie ist Bewegungsmangel und Fehlernährung beizukommen? In jeder Stadt machen Fitnessstudios gute Geschäfte – vor allem mit den zahlenden, aber selten kommenden Mitgliedern. Es gibt Hunderte von Fitness-Apps für Übungen mit und ohne Geräte – tatsächlich bewegt sich aber nur etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausreichend häufig oder viel. Fast die Hälfte bleibt hartnäckig sesshaft und folgt einem früh, möglicherweise bereits entwicklungsbiologisch angelegten Programm, Energie für Bewegung bestmöglich zu sparen. Wie also bewegt man einen Kindergarten, eine ganze Schulklasse? Welche nachhaltige Wirkung auf die spätere Lust, sich zu bewegen, hat die tägliche Stunde draußen im Kindergarten von Michelfeld, bei Sonne, Wind, Schnee, Matsch, Regen, Sturm, Eiseskälte, Frühlingswind? Und was kann die Public-Health-Forschung zum ungleich komplexeren

Thema Fehlernährung beitragen? Hier wurde erst kürzlich einer der größeren Schwindel in der wissenschaftlichen Literatur aufgedeckt – gesundheitlich weit bedeutsamer als der Diesel-Skandal. Ein Schwindel, der seinen Anfang bei der selektiven Publikation von Daten aus einer der größten

Fragestellungen der körperlichen, mentalen und sozialen Gesundheit

Das Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin (MIPH), das im Februar 2007 seine Arbeit aufnahm, gehört zur Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg. Unter der Leitung von Gründungsdirektor Prof. Dr. Joachim E. Fischer beschäftigt sich ein Wissenschaftlerteam aus den Bereichen Medizin, Biologie, Psychologie, Sozialwissenschaften und Ökonomie mit Fragestellungen der körperlichen, mentalen und sozialen Gesundheit sowie dem Lebensstil bestimmter Bevölkerungsgruppen. Ziel ist die Entwicklung und Implementierung innovativer und ganzheitlicher Strategien zur Erhaltung der Gesundheit und zur Krankheitsprävention in der Gesellschaft.

Die beiden Abteilungen „Arbeit und Gesundheit“ und „Kinder und Gesundheit“ befassen sich mit gesundheitlichen Aspekten moderner Arbeitswelten in einer globalisierten Wirtschaft sowie mit klassischen und innovativen Ansätzen in Epidemiologie, Prävention und Gesundheitsförderung von der pränatalen Phase bis zur Adoleszenz. Zusätzlich gibt es vier Forschungsprogramme: Bei „Jugend und Gesundheit“ stehen Jugendliche und junge Erwachsene im Fokus, bei „Frühe Prävention und Gesundheitsförderung“ geht es um Interventionen im frühen Kindesalter mit langfristiger Wirkung auf den Lebenslauf. Im Forschungsprogramm „Gesundheitsförderung im Quartier“ werden Strategien entwickelt, die eine realitätsnahe Übertragung von Forschung in die Praxis ermöglichen. Im Forschungsprogramm „Gesundheitsökonomie“ werden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesundheitsökonomisch bewertet.

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg entstand eine Nachwuchsakademie, die seit 2011 von der „Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg geleitet wird. Das Mannheimer Institut für Public Health ist die lokale Koordinierungsstelle für die Medizinische Fakultät Mannheim.

www.miph.de

frühen Langzeitstudien und einem der größten Experimente zu Ernährung und Herzinfarkt nahm. Um diesen Publikationsschwindel und seine Auswirkungen zu verstehen, hilft ein kurzer Exkurs in die wissenschaftliche Methode der Public Health-Forschung. Der Exkurs wird es später erleichtern, neue Ansätze und wissenschaftliche Konzepte zu verstehen, die möglichst breit die ganze Bevölkerung erreichen wollen, nicht nur Einzelpersonen oder ausgewählte Zielgruppen.

Ein Blick zurück

Seit den akribischen Beobachtungen und Analysen des britischen Arztes John Snow zur Cholera-Epidemie in London 1854 ist die sorgfältig durchgeführte Langzeitstudie die Methode der Wahl, um erste Hypothesen zu Ursachen zu entwickeln. So führte eine Langzeituntersuchung, die alle erdenklichen Einfluss- und Risikofaktoren zu Beginn oder wiederholt erfasst, unter britischen Ärzten und bei Bürgerinnen und Bürgern des amerikanischen Kleinstädtchens Framingham im Westen von Boston bereits vor einem halben Jahrhundert auf die Spur des Rauchens als wichtigstem Risikofaktor für Lungenkrebs und Herzinfarkt. Die „Framingham-Studie“ fand erhöhte Cholesterinspiegel und Bluthochdruck als bedeutsamste weitere Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall. Britische Ernährungsforscher hingegen hatten kohlenhydratreiche Ernährung, insbesondere Zucker, als Risikofaktor für das frühzeitige Altern der Blutgefäße und für Diabetes ausgemacht.

Ein wissenschaftlicher Streit über den Atlantik entbrannte. Der amerikanische Ernährungswissenschaftler Ancel Keys ließ ab dem Jahr 1958 in 22 Ländern mehr als 12.000 gesunde Männer über 15 Jahre lang beobachten und versuchte zugleich, die Ernährung präzise zu erfassen. Seine als „Sieben-Länder-Studie“ bekannt gewordenen Analysen deuteten klar auf einen Zusammenhang zwischen fettreicher Ernährung und Herzinfarkt hin. Die Sichtweise des Amerikaners stützte eine Studie, bei der Hunderten von psychiatrischen Patienten per Zufall („randomisiert“) entweder stark fettarmes oder normales Essen zugeteilt wurde. In der Gruppe der Patienten mit fettarmem Essen sanken die Cholesterinspiegel.

Aus England hingegen warnte der Physiologe John Yudkin in seinem im Jahr 1972 erschienenen Buch „Pure, White and Deadly: How Sugar Is Killing Us and What We Can Do to Stop It“ vor dem Risikofaktor Zucker für Herzinfarkt und Diabetes. Der Amerikaner Keys überzog seinen englischen Kollegen daraufhin mit der schärfsten Kritik, die an Langzeitstudien möglich ist: In seinen statistischen Analysen habe Yudkin wichtige Risikofaktoren wie Rauchen nicht richtig berücksichtigt. Keys hatte zudem die Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Ernährungsstudie auf seiner Seite.



PROF. DR. JOACHIM E. FISCHER ist seit Herbst 2006 Ordinarius für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg und leitet das Mannheimer Institut für Public Health. Nach dem Medizinstudium in Freiburg, Neuseeland und Heidelberg und der Facharztausbildung zum Kinderarzt arbeitete er von 1992 bis 2001 als Oberarzt auf der Intensivmedizin der Universitätskinderklinik Zürich (Schweiz). Von 1997 bis 1999 studierte er berufsbegleitend an der Harvard School of Public Health in Boston (USA) Epidemiologie und baute anschließend an der ETH Zürich eine Forschungsgruppe zum Arbeitsgebiet „Stress, Stressphysiologie und biologische Folgen von psychosozialen Belastungen bei der Arbeit“ auf. Schwerpunkt seiner Forschung am Institut ist das Entwickeln gesundheitsförderlicher psychosozialer Arbeitsbedingungen und die „letzte Meile“ der Translation, die erfolgreiche Umsetzung von Public-Health-Strategien in Kommunen oder Organisationen. Ein Meilenstein der translationalen Arbeit des Instituts war die Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlage für die Gesundheitsstrategie des Landes Baden-Württemberg.

Kontakt: jfischer@medma.uni-heidelberg.de

Der Ausgang: John Yudkin wurde zum wissenschaftlichen Outlaw – und die Regale in den Lebensmittelmärkten füllten sich mit 0,1-prozentiger fettarmer Milch, Margarine und Joghurt. Wer nicht der „Low-Fat-Hypothese“ folgte und dennoch vollfette Milch oder gar griechischer Joghurt mit zehn Prozent Fett genoss, dazu Sahne, Butter und Frühstückseier, galt mindestens als unvernünftig, wenn nicht als unverantwortlich und als schlechtes Vorbild für die Kinder und Mitmenschen. Denn Lebensgewohnheiten sind ansteckend wie Infektionskrankheiten, insbesondere in Familien, aber auch über enge Freundschaften hinweg. Das zeigte der Harvard-Forscher Nicholas Christakis erstmals im Jahr 2005 anhand von Langzeitdaten eben jener Framingham-Studie. Diese mögliche „Ansteckung“ über real existierende soziale Beziehungen – soviel schon einmal vorweg – ist einer der Hebel, über die kommunale Gesundheitsstrategien wirksam werden können.

Streit um Ernährungsstudien

Doch zunächst zurück zur wissenschaftlichen Methode der Public Health und dem akademischen Schwindel. Im vergangenen Jahrzehnt mehrten immer mehr Studien Zweifel an der Low-Fat-Hypothese: Da hatten beispielsweise nordschwedische Milchbauern weiterhin Butter, Sahne und fette Milch verspeist, andere hatten sich an die Low-Fat-Empfehlungen gehalten – und eine halbe Generation später waren mehr Low-Fat-Anhänger tot. Dann entdeckten Medizinhistoriker in den Archiven eine unveröffentlichte Dissertation zum Ernährungsexperiment in der Psychiatrie: Auch hier waren bereits nach wenigen Jahren in der Gruppe der Patienten mit fettarmer Ernährung mehr Patienten gestorben als in der Kontrollgruppe. Eine nachträgliche Analyse der von Ancel Keys erhobenen Daten offenbarte, dass er von den 22 untersuchten Ländern selektiv nur die Daten aus den sieben Ländern publiziert hatte, die in seine Hypothese passten: Die Analyse des kompletten Datensatzes zeigte genau das Gegenteil. Schließlich enthüllten Forscher anhand von Dokumenten aus den Archiven der Zuckerindustrie: Angesichts der Arbeiten von John Yudkin zum Zusammenhang von Zucker in der Ernährung und diversen Erkrankungen hatte die Zuckerindustrie Zahlungen an den Direktor der Ernährungsabteilung der Harvard School of Public Health geleistet, um Publikationen von Studien zu begünstigen, die den Zucker als Risikofaktor herunterstufen. Stark verkürzt wissen wir heute: „Low Fat“ und „High Carb“, wie es noch bis vor wenigen Jahren die Deutsche Gesellschaft für Ernährung propagierte, gehört für die meisten Menschen eher in den Bereich der Fehlernährung.

Ein etwas anderer Leitfaden

Wenn schon ein so einfacher Sachverhalt, ob nun mehr oder weniger Fett gut für die Gesundheit ist, sich erst nach jahrzehntelangen Untersuchungen abschließend klären lässt – wie kann dann die Public-Health-Forschung

herausfinden, was ursächlich für die Befunde aus Michelfeld ist? Tatsache ist, dass die Gemeinde Michelfeld eine von fünf Pilotkommunen im Land Baden-Württemberg ist, deren Bürgermeister während einer ministerialen Feierstunde im Herbst 2009 die erste Ausgabe des Leitfadens „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ überreicht bekamen. Damals hatte der Bürgermeister von Michelfeld, Wolfgang Binnig, bereits den strategischen Plan gefasst, Familienfreundlichkeit als oberstes politisches Ziel in seiner Gemeinde umzusetzen, auf diese Weise den demographischen Rückwandel einzuleiten und dem Wegzug der Menschen in das nahe Mittelzentrum Schwäbisch Hall entgegenzuwirken – beispielsweise mit einer zugesicherten Ganztagsbetreuung ab dem Kinderkrippenalter für alle Kinder bis zum Ende des vierten Schuljahres.

Der Leitfaden „Gesund aufwachsen“ unterschied sich von den einschlägigen Ratgebern zur Bekämpfung des Übergewichtsrisikos. Er berücksichtigte, was in der Public-Health-Forschung als „Rose Paradigma“ bekannt ist: Wenn alle Menschen eine kleine Veränderung erreichen (etwa eine geringe Senkung des Blutdrucks), ist der Gesamtnutzen für die Bevölkerung größer als die erfolgreiche Behandlung kleiner Risikogruppen. In diesem Sinne ging der Leitfaden nicht darauf ein, wie gefährdete Risikokinder zu betreuen sind, sondern empfahl einfach umzusetzende Maßnahmen, die allen Menschen zugutekommen. Heute gilt die geschickte Kombination aus niedrigschwelligen Maßnahmen für alle – mit einer gezielten Vertiefung dort, wo besondere Risiken liegen – als Königsweg und wird in der englischsprachigen Literatur als „proportionate universalism“ beschrieben.

Seit Herbst 2009 setzte die Gemeinde Michelfeld verschiedenste Maßnahmen um, vom kostenlosen Angebot der Ganztagsbetreuung, der Frühförderung von Kindern ab dem Kleinkindalter, dem täglichen Gratis-Apple im Kindergarten und in der Schule über jährliche Kinderturnfeste zur Messung der Bewegungskompetenz und einem daraus abgeleiteten Förderbedarf sowie Hinweisen für die Anlage eines Bewegungs- und Spielgartens auf dem Kindergartengelände bis hin zu besonderen Förderstunden im Kindergarten und zusätzlichen Sportstunden. Das sichtbarste Manifest des Engagements war der Neubau einer zweiten Turnhalle, mitten in der Gemeinde, nach Bürgerentscheid und langem Ringen um den geeigneten Standort – der reale Alltag nachhaltiger Umsetzung eben, mit allen selbstverstärkenden Feedback-Schleifen entlang existierender sozialer Beziehungen, förderlicher und hinderlicher Rückkopplung, aufeinander aufbauenden und ineinandergreifenden Einzelmaßnahmen.

Hinzu kamen externe politische Entscheide und Maßnahmen, etwa ein Gewerbegebiet genau an der Gemeindegrenze

„Eine geschickte Kombination aus Maßnahmen für alle gilt heute als Königsweg und wird in der englischsprachigen Literatur als ‚proportionate universalism‘ beschrieben.“

zwischen Michelfeld und Schwäbisch Hall auszuweisen. Der Fachjargon der Public-Health-Forschung bezeichnet derartige Maßnahmenbündel als „komplexe Interventionen“, in denen sich Kausalität unmöglich einer einzelnen Maßnahme zurechnen lässt. Die Herausforderung für die Forschung ist es, durch ein geschicktes Design, Prozess- und Ergebnismonitoring wenigstens quasi-experimentelle Verhältnisse herzustellen, die solch komplexe Interventionen einer Analyse mit modernen statistischen Verfahren zugänglich machen.

Die Frage nach den Ursachen lässt sich für Michelfeld im Nachhinein nicht mehr beantworten. Es ist denkbar, dass alle Effekte eine zufällige Nebenwirkung der sich neu an der Ortsgrenze ansiedelnden Gewerbe und Betriebe sind: Die sprudelnden Gewinne befördern die Gewerbesteuer und individuelle Einkommen, die materielle Sicherheit erhöht die Wahrscheinlichkeit des Familienzuwachses, und die besondere Selektion an Neubürgern in Michelfeld schafft die Nachfrage nach anderen Bewegungs- und Ernährungsangeboten. Im Mannheimer Institut für Public Health haben wir uns gefragt, was

beachtet werden muss, wollte man Michelfeld anderswo replizieren. Denn anders als in der heute weitentwickelten Methode, möglichen medizinischen Fortschritt etwa durch das Zufallsexperiment auf den tatsächlichen Unterschied zu untersuchen, tappt die Wissenschaft noch recht im Dunkeln bei der Frage, wie komplexe Interventionen hinsichtlich einer Ursachenzuschreibung evaluiert werden können. Ein Beispiel ist die Frage, wie Programme für ein gesundes Bewegungs- und Ernährungsverhalten entworfen und gemeinsam mit den Betroffenen weiterentwickelt und eingeführt werden können.

Ein gutes Jahr mehr

Wir haben in Mannheim das Projekt „Ein gutes Jahr mehr für jeden Bürger“ entwickelt. Hier geht es zunächst um eine erste Skalierung von 3.500 Einwohnern, wie etwa Michelfeld, auf die Größe einer typischen deutschen Kleinstadt mit etwa 30.000 Einwohnern unter Berücksichtigung der einzelnen Quartiere und der Lebenswelten von Kindern, Erwachsenen und älteren Mitbürgern. Unser Ziel ist es, in jedem Lebensalter der Bürger Maßnahmen einzuführen, die nach dem Prinzip des „proportionate

„Im Mannheimer Institut für Public Health fragen wir uns, was beachtet werden muss, will man Michelfeld anderswo replizieren.“

universalism“ alle Menschen erreichen, von denen bezüglich der damit einhergehenden gesundheitlichen Chancen aber eher Benachteiligte vorrangig profitieren. Die Herausforderung besteht darin, in Systemen wie Kindertagesstätten, Schulen und Betrieben die bestehenden Verhältnisse zu verändern und dies gleichzeitig mit möglicher Verhaltensänderung beim Einzelnen zu verschränken. Das ist ein ambitioniertes und langfristiges Unterfangen, zumal es immer wieder konkurriert mit aktuellen Ereignissen höherer Dringlichkeit. Die Forschung verlangt hier ein interdisziplinäres Herangehen. Deshalb arbeiten gegenwärtig Epidemiologen, Mediziner, Soziologen, Statistiker, Ernährungswissenschaftler, Gesundheitswissenschaftler und Psychologen aus Mannheim an dem Projekt, hinzu kommen Kommunikationsexperten aus Berlin und München, Politikwissenschaftler aus Heidelberg, Psychiater aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim sowie Ethiker und Arbeitsmediziner der Universität Tübingen.

„Die schlanken Kinder von Seinäjoki“ war ein Artikel überschrieben, der im Frühjahr 2016 in den Medien erschien und den Gesundheitszustand der Menschen

von Seinäjoki beschrieb, einer Stadt mit rund 60.000 Einwohnern im Westen Finnlands. Vierzig Jahre zuvor war in der Provinz Nordkarelien im Osten von Finnland erstmals ein Public-Health-Programm initiiert worden, das sowohl die Bevölkerung als auch die Wirtschaft einbezog. Daraufhin verbesserte sich das Gesundheitsverhalten der ganzen Bevölkerung und die Herzinfarktrate sank stärker, als es aufgrund des medizinischen Fortschritts zu erwarten war. Wir hoffen, in einigen Jahren besser zu verstehen, welche Maßnahmen man ergreifen muss, um „Seinäjoki“ und „Michelfeld“ zu replizieren – eine Kommune nach der anderen. ●

MAGIC POTION IN MICHELFELD?

SUCCESSFUL HEALTH PROMOTION IN COMMUNITIES

JOACHIM E. FISCHER

The inhabitants of Michelfeld near Schwäbisch Hall are in excellent health; in fact, one would be hard pressed to find similarly good health data in a wealthy suburb of Stockholm. What is the reason for this remarkable feat and how can similar results be achieved in other communities? This question describes the “last mile” of translation in public health: the sustainable implementation of health promotion strategies in communities and organisations. The mayor of Michelfeld wanted to turn his town into the most family-friendly community in the region. He assembled a team of local stakeholders and decision-makers that implemented the recommendations of a guidebook entitled “A healthy upbringing in the community”. The results are stunning: hardly any child is overweight, math skills in third grade are top amongst all communities in Germany, as are physical exercise and competency test results.

Michelfeld’s success is due to interventions starting from a very early point in childhood and promoting increased physical activity, motoric competence and better nutrition. Regarding the long-standing scientific debate on “healthy nutrition”, recent findings show that eminent scientists in the field deceived their audience for decades by selective publishing, falsely promoting low-fat nutritional products. Following the review of the history of low-fat vs. low-carb, the article describes how modern public health strategies encourage change by focusing on places where people meet and convene daily. It is known that health behaviour tends to spread through communities and that small changes for everyone ensure larger population effects than targeting high risk groups only; this is the concept of proportionate universalism. The emerging strategy for the last mile of translation in public health offers participation for everyone in a community or organisational intervention – tailoring the intensity to the specific observed needs of the individual. ●

PROF. DR JOACHIM E. FISCHER accepted the Chair of Public Health, Social and Preventive Medicine at Heidelberg University's Medical Faculty Mannheim in autumn of 2006. Following his medical studies in Freiburg, New Zealand and Heidelberg and his specialisation in paediatric medicine, he was a senior physician in the intensive care unit of the Children's Hospital Zurich from 1992 until 2001. From 1997 to 1999, he completed an extra-occupational course of studies in epidemiology at the Harvard School of Public Health in Boston (USA), and then established a research group on stress, stress physiology and biological forms of psychosocial stress at work at the ETH Zurich. His research focuses on the development of health-promoting psychosocial work conditions and the "last mile" of translation, i.e. the successful implementation of public health strategies in communities or organisations. One milestone of the institute's translational work was the development of the scientific groundwork for the health strategy of the state of Baden-Wuerttemberg.

Contact: jfischer@medma.uni-heidelberg.de

“Lifestyle habits spread like infectious diseases – mostly in families, but also across close friendships.”