Band 13

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET

Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, bei dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf die Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe „Gesundheitsförderung konkret" werden deshalb neben themen- und zielgruppenspezifischen Marktübersichten sowie ausgewählten Projekten und Modellen auch die Ergebnisse von Fachtagungen und Workshops veröffentlicht. Ziel dieser Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit konkret zu unterstützen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben.

Band 13

GESUNDHEITSFÖRDERUNG KONKRET

Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Köln 2010

BZgA

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung konkret, Band 13
Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Text:
• Monika Cremer, Idstein (Redaktion)
• Cornelia Goldapp, BZgA
• Priv.-Doz. Dr. med. Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln
• Dorle Grünewald-Funk, Berlin
• Reinhard Mann, BZgA
• Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich, Universität Bayreuth
• Corinna Willhöft, Max Rubner-Institut, Karlsruhe

Projektleitung: Cornelia Goldapp, Reinhard Mann
E-Mail: reinhard.mann@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.10.12.10

ISBN 978-3-937707-86-0

Band 13 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse http://www.bzga.de

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60649130

Vorwort

Für Präventionsmaßnahmen, die das Ziel haben, eine normale Gewichtsentwicklung für Kinder und Jugendliche zu fördern, lagen bis jetzt keine einheitlichen Standards vor. Dies liegt u. a. daran, dass langfristig wirksame Konzepte zur Vermeidung von Übergewicht nicht bekannt sind. Die bisherigen Erkenntnisse aus diesem Bereich sind lückenhaft, die Effekte von Maßnahmen, falls beschrieben, mit anderen kaum vergleichbar.

Um den in der Prävention von Übergewicht und Gesundheitsförderung tätigen Akteuren dennoch eine Hilfestellung bei der Planung und Umsetzung ihrer Konzepte zu geben, wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter der Moderation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingerichtet und damit beauftragt, alle derzeit verfügbaren Erkenntnisse zusammenzutragen. Das vorliegende Fachheft ist das Ergebnis dieser Arbeit.

Das Fachheft besteht aus zwei Teilen. Der Kriterienkatalog mit einer ausführlichen Beschreibung der einzelnen Kriterien stellt das Kernstück dieses Fachhefts dar. Wer darüber hinaus Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, aktuelle Fakten zu kindlichem Übergewicht sowie einen Überblick über die wissenschaftliche Datenlage zu den Effekten präventiver Maßnahmen gegen Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sucht, wird hier fündig.

Die Kriterien orientieren sich an anerkannten Qualitätssicherungssystemen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Diese wurden ergänzt durch Erkenntnisse zu Faktoren, die die Gewichtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter beeinflussen. Dazu gehören Ernährung, Bewegung, Medienkonsum und Stressregulation. Für die Planung von Präventionsmaßnahmen müssen nach Meinung der Fachleute auch Fragen der Organisationsentwicklung berücksichtigt werden. Des Weiteren wird als besonders wichtig erachtet, die Ressourcen und Fähigkeiten der Zielgruppe zu stärken und sie aktiv in die Maßnahmenplanung und -durchführung einzubinden (Partizipation).

Die vorliegenden Qualitätskriterien wurden mit Fachleuten diskutiert, von Praktikerinnen und Praktikern getestet und von einem renommierten Expertenkreis verabschiedet. Mit dem Expertenbeschluss weisen diese Kriterien die höchste derzeit verfügbare Evidenz in Bezug auf Maßnahmen zur Primärprä-

vention von Übergewicht und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen auf.

Nun liegt es an den Akteuren, die hier zusammengetragenen Kriterien bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen anzuwenden, um eine möglichst hohe Wirksamkeit der Maßnahmen zu erreichen.

Köln, im Dezember 2010

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

Vorwort 3

I. Einleitung 9

1. Einführung 10
1.1 Hintergrund 10
1.2 Zielsetzung 11
1.3 Zielgruppen 11
1.4 Anwendung 12
1.5 Arbeitsgruppe 13
1.6 Vorgehen 13

2. Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 17
2.1 Einteilung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen 17
2.2 Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 18
2.3 Mögliche gesundheitliche Folgeerscheinungen 21

3. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 24
3.1 Begriffsbestimmungen 24
3.2 Aktuelle Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Primärprävention 25
3.3 Strategien auf internationaler und nationaler Ebene zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 27
3.4 Wirksamkeit von Maßnahmen zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung 31

4. Anforderungen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 36
4.1 Empfehlungen der Fachgesellschaften 36

4.2 Handlungsbereiche von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 37
4.2.1 Ernährung 39
4.2.2 Körperliche Aktivität 45
4.2.3 Stress 49
4.2.4 Konsum elektronischer Medien 51
4.2.5 Rauchen in der Schwangerschaft 54

5. Zusammenfassung 56
6. Ausblick 57

II. Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 59
1. Präambel 60
2. Die Maßnahme im Gesamtverlauf 62
3. Qualitätskriterien im Überblick 65
4. Qualitätskriterien 69
Qualitätskriterium 1 69
Qualitätskriterium 2 A 71
Qualitätskriterium 2 B 74
Qualitätskriterium 3 76
Qualitätskriterium 4 81
Qualitätskriterium 5 84
Qualitätskriterium 6 86
Qualitätskriterium 7 91
Qualitätskriterium 8 93
Qualitätskriterium 9 96
Qualitätskriterium 10 A 99
Qualitätskriterium 10 B 99
Qualitätskriterium 11 103
Qualitätskriterium 12 A 108
Qualitätskriterium 12 B 109
Qualitätskriterium 12 C 110
Qualitätskriterium 13 112
Qualitätskriterium 14 114

Qualitätskriterium 15 A 116
Qualitätskriterium 15 B 116
Qualitätskriterium 15 C 116
Qualitätskriterium 16 A 119
Qualitätskriterium 16 B 119
Qualitätskriterium 17 122
Qualitätskriterium 18 123
Qualitätskriterium 19 125
Qualitätskriterium 20 127

III. Anhang 129

1. Glossar 130

2. Literaturverzeichnis 139

I EINLEITUNG

1. Einführung

1.1 Hintergrund

Ein erster Entwurf für Qualitätskriterien zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wurde im Rahmen eines Fachgesprächs am 6. März 2008 vorgestellt und diskutiert. Daran nahmen führende Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, der Qualitätssicherung sowie Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit wie auch des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz teil. Bei diesem Gespräch wurde das gemeinsame Vorhaben formuliert, Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention[1] von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten, die sowohl für bevölkerungs- als auch für zielgruppenbezogene Maßnahmen anwendbar sein sollten.

Der Ottawa-Charta folgend steht in der Gesundheitsförderung die Stärkung von Gesundheitsressourcen der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen im Fokus (WHO 1986). Primärprävention hat dagegen eher die Belastungssenkung im Blick. Doch in der Praxis sind die Grenzen fließend, denn primärpräventive Maßnahmen enthalten zugleich Elemente der Gesundheitsförderung und haben immer auch zum Ziel, den Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung seiner Lebensbedingungen zu befähigen (Rosenbrock 2004). Deshalb können Qualitätskriterien definiert werden, die für alle Maßnahmen gelten, die die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen – und damit eine normale Gewichtsentwicklung – fördern. Qualitätskriterien sind notwendig, um die Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zu verbessern und ihre Qualität zu sichern. Universelle präventive Maßnahmen für Erwachsene sind im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bereits gut aufgestellt.

Als Gründe für den Fokus auf Prävention von Übergewicht bzw. Förderung einer normalen Gewichtsentwicklung seien genannt:

1 Unter Primärprävention ist – in Anlehnung an die WHO – universelle Prävention zu verstehen (siehe dazu Kapitel 3.2). Dies gilt für das gesamte vorliegende Fachheft.

- Übergewicht zählt zu den größten gesundheitspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit.
- Aus übergewichtigen Kindern und Jugendlichen werden häufig übergewichtige Erwachsene. Die Persistenz ist hoch und steigt mit zunehmendem Alter des Kindes. Deshalb sollte mit Präventionsmaßnahmen so früh wie möglich begonnen werden.
- Universell präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung müssen die selektive Prävention und Behandlung von bereits übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ergänzen.

1.2 Zielsetzung

Die Qualitätskriterien sollen Grundlage für die Optimierung von Maßnahmen sein:

– Sie sollen helfen, die Qualität einer Maßnahme zu sichern und immer weiter zu entwickeln. Damit tragen Qualitätskriterien dazu bei, zum Beispiel Finanzmittel und Zeit zu sparen und eine größere Chance auf Verstetigung der Maßnahme zu erreichen.
– Sie ermöglichen, bestehende Maßnahmen im Sinne der Selbstevaluation zu beurteilen und dienen damit der Optimierung des Prozesses.
– Sie können Grundlage sein, um Good-Practice-Beispiele zu ermitteln und selbst zu entwerfen.
– Sie tragen zur Transparenz bei und können zur Nachahmung von erfolgreichen Maßnahmen anregen.

1.3 Zielgruppen

Die Qualitätskriterien richten sich vor allem an Entscheidungsträger und -trägerinnen auf unterschiedlichen Ebenen. Dies bezieht sich auf Ministerien, Krankenkassen, Verwaltungen von Kommunen und Kreisen sowie Verbänden, aber auch auf Kindertagesstätten, Schulen und Vereine. Die Qualitätskriterien ermöglichen ihnen, die Qualität der Maßnahme in den verschiedenen Dimensionen intern oder extern zu prüfen. Für Entscheidungsträgerinnen und -träger bzw. Akteurinnen und Akteuere in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen etc. stellen die Qualitätskriterien eher eine Planungshilfe dar. Darüber hinaus können sie Grundlage für einen Austausch aller Mitwirkenden über die Qualität der Maßnahme sein.

1.4 Anwendung

Die Qualitätskriterien sind auf alle verhältnispräventiven und verhaltenspräventiven Maßnahmen sowie Entwicklungsprozesse anwendbar, die die Förderung der Gesundheit und einer normalen Gewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen im Blick haben.

Je nach *Interventionsebene* reicht das Spektrum der Maßnahmen
- von Kursen, Trainingsangeboten auf der Mikroebene (Individualansatz)
- über Gesundheitsförderung in den Lebenswelten[2] der Kinder und Jugendlichen (Schule, Kindertagesstätte, Stadt, Stadtteil, Verein etc.)
- bis hin zu Motivationskampagnen (Makroebene).

Je nach *Kontextbezug* sind es
- Maßnahmen auf der individuellen Ebene oder in Kleingruppen (zum Beispiel präventive Familienbesuche),
- Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten (zum Beispiel Leitbildprozesse gesundheitsfördernde Schule/ Kindertagesstätten),
- Mehrebenenkampagnen, die verhältnispräventive Maßnahmen einschließen (zum Beispiel Kampagne zur Förderung von Bewegung plus Ausbau von Radwegenetzen auf regionaler Ebene),
- reine Verhältnisprävention (zum Beispiel gesetzliche Regelungen, Verpflegungsangebote in Schule oder Kindertagesstätte) (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005).

Die Qualitätskriterien gelten *nicht* für Maßnahmen, die sich gezielt an übergewichtige Kinder[3] und Jugendliche oder zum Beispiel an die spezielle Gruppe normalgewichtiger Kinder übergewichtiger Eltern richten. Diese zählen zu Zielgruppen der Sekundär- bzw. Tertiärprävention. Hierzu wurden bereits unter Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der BZgA Kriterien zusammengetragen (BZgA 2005).

2 Der in diesem Fachheft durchgängig verwendete Begriff „Lebenswelten“ ist gleichbedeutend mit dem Begriff „Setting“.

3 Anmerkung: Wenn in diesem Fachheft von „Übergewichtigen“ gesprochen wird, so schließt dies die „Adipösen“ mit ein. Beziehen sich die Aussagen nur auf adipöse Kinder, so ist dies explizit so vermerkt.

1.5 Arbeitsgruppe

Die Qualitätskriterien wurden im Rahmen des vom BMG und von der BZgA initiierten Fachbeirats „Qualitätskriterien zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ (siehe S. 11) entwickelt. Eine Arbeitsgruppe wurde mit der Erstellung eines Entwurfs beauftragt. Ihr gehörten an:

- Monika Cremer, Idstein (Redaktion)
- Cornelia Goldapp, BZgA
- Priv.-Doz. Dr. med. Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln
- Dorle Grünewald-Funk, Berlin
- Reinhard Mann, BZgA
- Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich, Universität Bayreuth
- Corinna Willhöft, Max Rubner-Institut, Karlsruhe

Koordination:

- Cornelia Goldapp, BZgA
- Reinhard Mann, BZgA

1.6 Vorgehen

Grundlage: Qualitätskriterien, die für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention gelten

Ein erster, von der Präventions-AG der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter erarbeiteter Entwurf orientierte sich im Aufbau am Public Health Action Cycle (Ruckstuhl et al. 1997) und enthielt Qualitätskriterien zur strukturellen Gestaltung von Maßnahmen (Planung, Konzept, Evaluation etc.). Auf dieser Vorlage baute die Arbeitsgruppe auf. Darüber hinaus wurden verschiedene Qualitätssicherungssysteme für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gesichtet. Dazu gehörten zum Beispiel quint-essenz/Schweiz (quint-essenz 2007), European Quality Instrument for Health Promotion (Bollars et al. 2005), die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA 2010) sowie das Qualitätssicherungsverfahren QIP der BZgA und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Töppich und Lehmann 2009).

Im Qualitätssicherungsverfahren QIP werden die Dimensionen Konzeptqualität, Planungsqualität, Mitwirkende, Verbreitung und Vermittlung, Verlaufsgestaltung und Management sowie Erfolgskontrolle und Evaluation von Maßnahmen dokumentiert, von außen durch Expertinnen und Experten begutach-

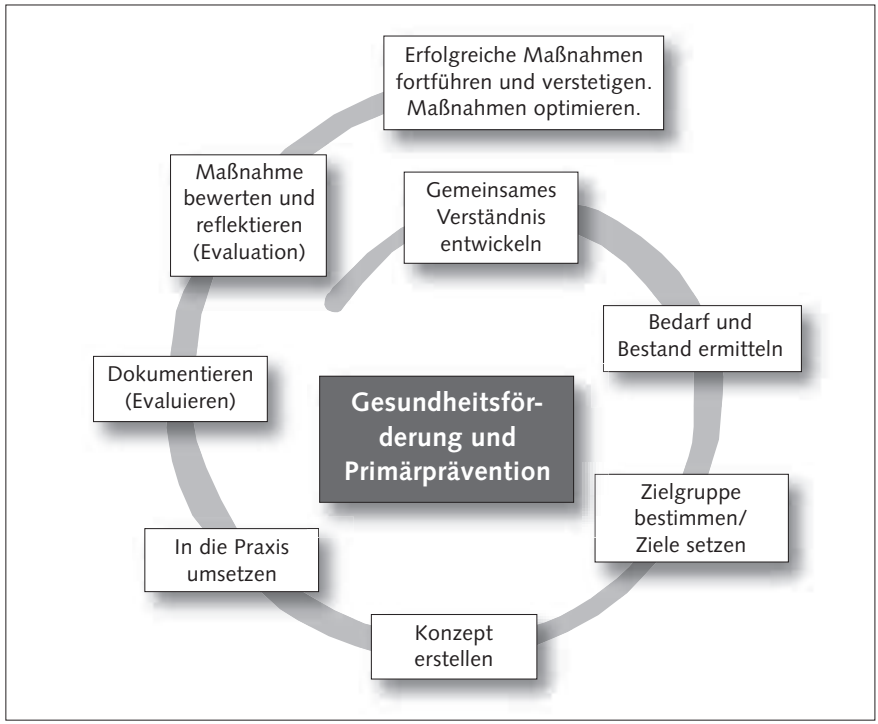


Abb. 1: Gesamtverlauf von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe der BZgA: M. Cremer, C. Goldapp, C. Graf, D. Grünewald-Funk, R. Mann, U. Ungerer-Röhrich, C. Willhöft)

tet, analysiert und die Ergebnisse an die Akteurinnen und Akteure rückgemeldet (Fremdevaluation). Die Qualitätsdimensionen von QIP sind ebenfalls Bestandteil der vorliegenden Qualitätskriterien. Da diese aber (auch) ein Instrument zur Selbstevaluation für Planerinnen und Planer, Entwicklerinnen und Entwickler sowie Anbieterinnen und Anbieter sein sollten, orientiert sich die Struktur und die Abfolge der hier vorliegenden Kriterien am Prozess- und Entwicklungsverlauf der Maßnahme. Das Modell, das an den Public Health Action Cycle angelehnt ist, zeigt den „Entwicklungskreislauf" von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen.

Ergänzung: Qualitätskriterien, die für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen spezifisch sind

Um die für die Übergewichtsprävention relevanten Aspekte herauszuarbeiten, erfolgte zunächst eine intensive Literaturrecherche bezüglich primärpräventiver Maßnahmen für Kinder und Jugendliche. Grundlage waren aktuelle Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten (zum Beispiel Summerbell et al. 2005, Kamath et al. 2008), die HTA-Analyse (Fröschl et al. 2009) sowie Ausführungen relevanter Fachgesellschaften. Als Recherchestichworte waren ausgewählt: Primärprävention, universelle Prävention, Gesundheitsförderung, Übergewicht/Adipositas, Ernährung, Stillen, Bewegung/körperliche Aktivität/Sport, Stress/Stressregulierung, psychische Gesundheit, Medienkonsum, Partizipation, Kinder, Jugendliche, Schwangere, Eltern, Lebensweltansatz, Kommune/kommunalbasiert. Darüber hinaus ergänzte die Arbeitsgruppe die jeweils aktuelle und bedeutsame Literatur aus ihrem Fachgebiet. In der Regel handelt es sich dabei um Literatur aus Zeitschriften mit Gutachterverfahren, die entsprechend gelistet sind. Die vom Expertenkreis empfohlene Literatur wurde ebenfalls berücksichtigt und aufgenommen.

Alle Arbeiten zeigten, dass es eine Vielzahl heterogener Interventionsansätze gibt. Positive dauerhafte Effekte im Hinblick auf Gewichtsoutcome konnten diese Arbeiten kaum nachweisen, sie geben lediglich wenige Hinweise darauf, was wirksam sein könnte. Erfolgskriterien mit harter – sogenannter proven evidence – können aus den Meta-Analysen und Reviews nicht abgeleitet werden.

Deshalb richtete die Arbeitsgruppe den Fokus auf Faktoren, die die Gewichtsentwicklung beeinflussen können. Es erfolgte eine Literaturrecherche zu Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, zum Zusammenhang mit Ernährungs-, Bewegungs- und Medienverhalten, zu psychischen Faktoren, zur Verhältnisprävention etc. Hierbei wurden Beobachtungsstudien, Gesundheitsberichterstattungen sowie Leitlinien und Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften herangezogen. Ziel dieses Arbeitsschritts war es, Empfehlungen mit „promising evidence“ für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu geben und daraus Qualitätskriterien abzuleiten.

Diese Empfehlungen wurden im Expertenkreis diskutiert, um sie mit dem Evidenzgrad IV (Evidenz aufgrund von Berichten der Expertenausschüsse oder Expertenmeinungen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autorità-

ten) (http://www.cochrane.de/de/grading.htm) zu bewerten. Es handelt sich um die derzeit beste verfügbare Evidenz für diese spezifischen Qualitätskriterien, die die inhaltlichen Bausteine von Maßnahmen betreffen.

Zum Expertenkreis gehören:

- Dr. Stefanie Eiser, Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
- Andrea Engelhardt, Bertelsmann Stiftung
- Ursula Horzetzky, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
- Dr. Andrea Lambeck, Plattform Ernährung und Bewegung
- Prof. Arnold Lohaus, Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Dr. Helmut Oberritter, Deutsche Gesellschaft für Ernährung
- Dr. U. Prümel-Philippsen, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
- Uwe Tiedjen, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Dr. Volker Wanek, Spitzenverbände der Krankenkassen
- Dr. Ute Winkler, Bundesministerium für Gesundheit
- Prof. Alexander Woll, Universität Konstanz, Fachgruppe Sportwissenschaft

2. Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

2.1 Einteilung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern verändern sich Körpermasse und Körperfettanteil im Laufe ihrer Entwicklung und je nach Geschlecht unterschiedlich. Deshalb wird das Gewicht nicht mittels fester BMI-Grenzwerte wie bei Erwachsenen beurteilt, sondern anhand von geschlechtsspezifischen Altersperzentilen für den Body-Mass-Index. Dies ist jedoch nicht unkritisch zu sehen, denn es ist nicht ausreichend bekannt, welcher BMI in welchem Alter zu Erkrankungen führt.

Um das Gewicht eines Kindes bzw. Jugendlichen zu bewerten, wird der individuelle BMI-Wert mit einer Referenzpopulation verglichen. Liegt der individuelle BMI-Wert beispielsweise auf der 50. Perzentile, so heißt das, dass 50 % aller Kinder und Jugendlichen gleichen Geschlechts und Alters der Referenzpopulation einen gleich hohen oder niedrigeren BMI-Wert haben. Für Deutschland gelten derzeit Perzentilen, die überregional aufgrund der Daten von knapp 35 000 Kindern in Deutschland (1985–1999) ermittelt wurden (Kromeyer-Hauschild et al. 2001).

Einteilung des Körpergewichts[4]:
- Starkes Untergewicht: < 3. Perzentile
- Untergewicht: 3. Perzentile bis < 10. Perzentile
- Normalgewicht: 10. Perzentile bis 90. Perzentile
- Übergewicht: > 90. Perzentile bis 97. Perzentile
- Adipositas: > 97. Perzentile

Das gesundheitliche Risiko stellt vor allem die Erhöhung der abdominalen Fettmasse dar. Zur Beurteilung dient zum Beispiel der Taillenumfang. Hierzu liegen seit Kurzem Perzentilenkurven für 6- bis 18-Jährige vor (Kromeyer-

4 In Deutschland wird, wie auch in anderen deutschsprachigen Ländern (Österreich, Schweiz), die Klassifikation nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) genutzt; andere Länder nehmen andere Einteilungen, zumeist die von Cole et al. (2000); daher ist ein Vergleich von Prävalenzen verschiedener Länder nur eingeschränkt möglich.

Hauschild, Gläßer und Zellner 2008). Analog zum BMI wird der Taillenumfang – für Jungen und Mädchen getrennt – in Perzentilen eingeteilt.

2.2 Prävalenz von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

In Europa sind schätzungsweise 14 Millionen Kinder und Jugendliche übergewichtig, davon 3 Millionen adipös (Lobstein et al. 2004). In Deutschland liegen durch den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts erstmals bundesweite repräsentative Zahlen zum Gewicht für alle Altersgruppen vor (www.kiggs.de). Sie werden ergänzt durch Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und des Leipziger CrescNet-Systems (www.crescnet.org), das seit 1998 Daten von Kindern erfasst.

Normalgewichtig sind, so KiGGS, 78 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren; 5,1 % liegen unter dem Normalgewicht, 1,9 % haben starkes Untergewicht. In der Altersgruppe 11 bis 13 Jahre ist der Anteil der untergewichtigen (6,2 %) wie der stark untergewichtigen Kinder (2,4 %) am größten (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Bei 15 % aller 3- bis 17-Jährigen in Deutschland liegt der BMI über der 90. Perzentile. Übergewichtig sind 8,7 % aller Kinder und Jugendlichen, adipös sind 6,3 %. Bei älteren Kindern (11 bis 13 Jahre) findet sich ein höherer Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern. Bei den Jugendlichen ab 14 Jahren ist der Anteil der Übergewichtigen wieder niedriger, jener der Adipösen steigt jedoch nochmals auf 8,5 % (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestehen nicht.

Daten aus verschiedenen Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2003, 2004 und 2005 zeigen, dass es erhebliche regionale Schwankungen im Hinblick auf die Prävalenz von Übergewicht gibt. Während in Mecklenburg-Vorpommern 13,6 % der Einschulkinder übergewichtig (> P 90) sind, liegt der Anteil in Thüringen bei 7,2 %. Insgesamt ist ein nationales Nord-Süd-Gefälle, aber kein Ost-West-Unterschied zu beobachten. Die Prävalenz kann jedoch auch innerhalb eines Bundeslandes, einer Region oder in einer Stadt erheblich schwanken (Moß et al. 2007).

Ein maßgeblicher Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas und dem sozialen Status bzw. dem Migrationshintergrund ist zu sehen: Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien sind dreimal so häufig adipös

wie Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Auch Kinder mit Migrationshintergrund haben häufiger Übergewicht und Adipositas als Kinder ohne Migrationshintergrund. Im Jugendalter ist dieser Unterschied abgeschwächt: So sind beispielsweise 5,4 % der 7- bis 10-Jährigen ohne Migrationshintergrund adipös im Vergleich zu 11 % mit Migrationshintergrund; 8,3 % der 14- bis 17-Jährigen ohne Migrationshintergrund und 9,4 % jener mit Migrationshintergrund sind adipös (Robert Koch-Institut und BZgA 2008).

Entwicklungstendenzen

In einer Untersuchung zur Entwicklung von Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei Kindern und Jugendlichen in Europa stellten Jackson-Leach und Lobstein (2006) eine höhere jährliche Zunahme der Prävalenz in den späten 1990er-Jahren im Vergleich zu den 1980er-Jahren fest. Schreitet diese Entwicklung in gleichem Maße fort, erwarten die Autoren bis 2010 eine jährliche Zunahme um bis zu 1,9 %. Die Vergleichbarkeit der Länderdaten ist jedoch durch die Nutzung unterschiedlicher Klassifikationssystem methodisch erschwert; so stellen Cattaneo et al. (2010) keine zunehmende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern in Europa fest. Neue Daten aus den USA zeigen, dass die Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in den letzten zehn Jahren im Allgemeinen nicht zugenommen hat, mit Ausnahme der 6- bis 19-jährigen adipösen Jungen. Die Adipositasprävalenz scheint aktuell ein Plateau erreicht zu haben (Ogden et al. 2010).

In Deutschland gibt es bislang keine repräsentative Verlaufsbeobachtung zur Gewichtsentwicklung von Kindern. Bei der Fortsetzung der KiGGS-Studie, die 2009 begonnen wurde und bis 2012 in Form von Telefoninterviews durchgeführt wird, werden Kinder und Jugendliche an der Basiserhebung erneut einbezogen. So lassen sich Aussagen über zeitliche Verläufe einzelner Parameter der körperlichen und psychischen Gesundheit treffen. Alle verfügbaren Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen weisen auf die Zunahme der Prävalenz seit Beginn der 1980er-Jahre hin (Kromeyer-Hauschild und Wabitsch 2008). Setzt man die repräsentativen KiGGS-Daten mit den Referenzwerten von Kromeyer-Hauschild – trotz deren bekannter Mängel[5] – in Beziehung, so zeigt sich, dass von einer Zunahme des Anteils übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher auszugehen ist. Nach Schuleintritt und bei den 14- bis 17-Jährigen stieg der Anteil stark. Die Zahl der Adipösen hat sich

5 Nicht repräsentativ, unterschiedliche Altersgruppen, unterschiedliche Stichprobenumfänge, verschiedene Methoden.

verdoppelt, in der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren sogar verdreifacht. Auch das Ausmaß der Adipositas hat zugenommen (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Darauf deuten auch die Daten der 14- bis 17-Jährigen aus der Nationalen Verzehrsstudie II hin (Max Rubner-Institut 2008). Steigende Tendenzen bestätigen auch Auswertungen der CrescNet-Daten von 1999 und 2006, die allerdings nicht repräsentativ sind. Auch hier hat der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen über alle Altersgruppen zugenommen. Bei den Mädchen zeigt sich allerdings auch, dass der Anteil derer mit einem starken Untergewicht leicht gestiegen ist (Meigen et al. 2008).

Die oben beschriebene Stagnation wird durch Schuleingangsuntersuchungen in einigen Bundesländern bestätigt. In Brandenburg geht seit dem Jahr 2000 die Zahl der adipösen Jungen in dieser Altersgruppe zurück. Eine Stagnation bzw. ein nur langsamer Anstieg in den letzten fünf Jahren ist in Nordrhein-Westfalen zu beobachten (Moß et al. 2007). Auch in Schleswig-Holstein sind die Raten an adipösen und übergewichtigen Kindern stabil (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2006). Aufgrund der wenigen Daten und der unterschiedlichen Datenerhebung kommen Moß et al. (2007) jedoch zum Schluss, dass die Daten „mit dem nötigen Maß an Vorsicht zu betrachten“ seien. Weitere Beobachtungen sind notwendig. Kritisch muss ergänzt werden, dass ein Vergleich der Daten zum Gewicht und zur Körperzusammensetzung von normalgewichtigen Schulkindern aus Jena zwischen 1975 und 2005/2006 darauf hinweist, dass sich das Gewicht nach oben verschiebt. Auch die relative Fettmasse steigt signifikant, vor allem bei den Jungen; bei den Mädchen steigt sie in den oberen Altersgruppen (Kromeyer-Hauschild 2008).

Fazit:
Auch wenn es Tendenzen in Richtung Stagnation der Übergewichtsraten gibt, so bleibt der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen doch auf einem hohen Niveau. Hinzu kommt, dass sich auch bei bestehendem Normalgewicht die Körperkomposition zuungunsten einer Steigerung der Körperfettmasse verändert. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention sind daher notwendig.
Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozialem Status und Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention müssen diese Kinder besonders erreichen.

2.3 Mögliche gesundheitliche Folgeerscheinungen

Die Gewichtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter liefert Hinweise auf den Ernährungs- und Gesundheitszustand des Kindes. Sowohl ein zu hohes wie auch ein stark erniedrigtes Gewicht können sich negativ auf die Gesundheit auswirken. So kann ein starkes Untergewicht auf eine chronische Unterversorgung mit Nährstoffen hinweisen, aber auch Ausdruck einer Magersucht sein. Ein mäßiges Untergewicht bedeutet bei normalem Körperwachstum noch kein erhöhtes gesundheitliches Risiko (Müller 2007).

Ein zu hohes Gewicht ist mit vielen Folgen verknüpft. Für Erwachsene sind die Zusammenhänge zwischen Adipositas und Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Fettstoffwechselstörungen etc. gut belegt (Wirth 2008). Bei der Beurteilung des individuellen gesundheitlichen Risikos reicht allerdings die Beurteilung des Parameters Gewicht allein nicht aus, da auch andere Faktoren das Erkrankungsrisiko steigern und zum Teil synergistisch wirken (u. a. eine genetische Veranlagung, mangelnde Bewegung, Fehl- oder Überernährung, Stress, Rauchen).

Körperliche Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit

Ungefähr die Hälfte der adipösen Kinder und Jugendlichen weist in einer deutschen Untersuchung mindestens einen kardiovaskulären Risikofaktor auf. Je ausgeprägter das Übergewicht ist, desto größer ist das gesundheitliche Risiko für erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Triglyzeridspiegel, einen gestörten Kohlenhydratstoffwechsel und niedrige HDL-Werte. Mit zunehmendem Übergewicht steigt die Zahl der Risikofaktoren (l'Allemand et al. 2008). Im Rahmen der European Youth Heart Study (Ruiz et al. 2006 und 2007, Rizzo et al. 2008) zeigt sich eine positive Korrelation zwischen einer Insulinresistenz und dem Körperfettanteil.

Darüber hinaus geht Übergewicht mit einer reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit einher. Übergewichtige und adipöse Kinder schneiden in Tests zu Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit und Kraft schlechter ab als ihre normal- und untergewichtigen Altersgenossen (Graf et al. 2004 und 2007). Die motorischen Defizite können einen Circulus vitiosus in Gang setzen, wenn aus Frustration Bewegung noch stärker vermieden und inaktive Freizeitbeschäftigung bevorzugt wird.

Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann orthopädische Störungen – zum Beispiel im Fuß- und Kniegelenk – begünstigen. Es kann die Pubertätsentwicklung beeinträchtigen (Reinehr 2005). Auch im Hinblick auf gestörtes Essverhalten zeigen übergewichtige und adipöse Kinder häufiger Auffälligkeiten (Hölling und Schlack 2007). Widersprüchliche Ergebnisse gibt es zu Aussagen im Hinblick auf eine verkürzte Lebenserwartung. Hier werden Variablen wie zum Beispiel körperliche Aktivität oft nicht berücksichtigt (Bjørge et al. 2008, Adami und de Assis Guedes de Vasconcelos 2008).

Seelische Gesundheit

Für die Betroffenen spielen insbesondere die psychosozialen Folgen eine zentrale Rolle. Hänseleien, ein erniedrigtes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen beeinträchtigen die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen und führen dazu, dass sie sich (noch weiter) zurückziehen (Dyer et al. 2007). Eschenbeck et al. (2009) konstatieren höhere Raten zur psychischen Erkrankung bei krankhaft übergewichtigen Kindern.

Doch nicht nur bei den tatsächlich Übergewichtigen ist die Lebensqualität beeinträchtigt, sondern auch – und das sogar in stärkerem Maße – bei Normalgewichtigen, die sich für „viel zu dick" halten. Das sind fast 50 % der bei KiGGS befragten normalgewichtigen Mädchen und 26 % der normalgewichtigen Jungen (11 bis 17 Jahre) (Kurth und Ellert 2008). Das Gefühl, übergewichtig zu sein, beeinflusst unabhängig vom tatsächlichen Gewicht die Gesundheit (Schulz et al. 2010).

Hohe Persistenz

Je älter das adipöse Kind und je höher das Ausmaß der Adipositas, desto mehr steigt das Risiko, auch im Erwachsenenalter adipös zu sein. Bei 55 % der adipösen Kinder zwischen 6 und 9 Jahren und bei bis zu 75 % der adipösen Jugendlichen bleibt das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen. Die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter noch adipös zu sein, steigt an, wenn zumindest ein Elternteil ebenfalls adipös ist (Whitaker et al. 1997). Auch die Daten von KOPS (Kiel Obesity Prevention Study) weisen auf die hohe Persistenz der Adipositas hin. Sie beträgt bei Kindern vor der Pubertät 79 % (Danielzik, Pust und Müller 2007). Die Persistenz der Adipositas vom Kindes- ins Erwachsenenalter belegen ebenfalls die Daten der Bogalusa Heart Study (Freedman et al. 2005). Beginnt Adipositas im Kindesalter, ist sie im Erwachsenenalter stärker ausgeprägt und geht mit einer höheren Morbidität und Mortalität einher (Seidell et al. 1996).

Fazit:
Starkes Übergewicht kann zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Daher sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht Kinder und Jugendliche zu einer gesunden Lebensweise befähigen und damit auch einen normalen Gewichtsverlauf begünstigen.

3. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Begriffsbestimmungen

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein umfassender Ansatz, der die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen analysiert und stärkt sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf ab, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern (Empowerment) (WHO 1986 und 1998). Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.

Unter *Prävention* sind vorbeugende Maßnahmen zu verstehen, um Krankheiten zu verhüten. Genauso wie Gesundheitsförderung hat sie Gesundheit und Wohlbefinden zum Ziel. Je nach angesprochener Zielgruppe wird unterschieden in:

- *Universelle Prävention* – sie verfolgt einen sehr breiten Ansatz. So werden nicht nur normalgewichtige Kinder, sondern alle – auch unter-, übergewichtige und adipöse – Kinder sowie ihre Eltern, ggf. werdende Eltern, unabhängig von ihrem Gewichtsstatus angesprochen. Auch im Hinblick auf den soziokulturellen Hintergrund sind Zielgruppen der universellen Prävention gemischt, wie zum Beispiel in Schulen, Kindertagesstätten oder Stadtteilen. Vielfach wird unter dem Begriff universelle Prävention auch die Primärprävention subsumiert; ihr Ansatz ist allerdings im Gegensatz zur universellen Prävention weniger weit gefasst und hat eine mehr „krankheitsvermeidende“ Orientierung. Im Sinne dieser Qualitätskriterien ist mit Primärprävention universelle Prävention gemeint.
- *Selektive Prävention* sowie *gezielte Prävention* – sie richtet sich an bestimmte Gruppen; zum Beispiel an Kinder und Jugendliche, die besonders gefährdet sind, Übergewicht zu entwickeln (beispielsweise Kinder mit

Migrationshintergrund, normalgewichtige Kinder übergewichtiger Eltern) oder Kinder, die bereits übergewichtig sind. Es handelt sich dabei eher um Maßnahmen, die der Sekundär- und Tertiärprävention zugeordnet werden können.

- *Verhältnisprävention* – sie zielt auf das Umfeld, den Kontext, ab. Dazu gehören räumliche, soziale, aber auch wirtschaftliche, technologische oder gesetzlich vorgegebene Strukturen. Sie beeinflussen die Lebensbedingungen von Familien, ihre Ernährung, das Bewegungsverhalten und damit indirekt auch das Gewicht der Kinder. Verhältnispräventive Interventionen nehmen zum Beispiel Einfluss auf städtebauliche Maßnahmen, um mehr sichere Bewegungsräume zu schaffen, ferner auf das Schulverpflegungsangebot, auf Entspannungsangebote in der Schule oder auf finanzielle Unterstützung der Schulverpflegung für sozial benachteiligte Kinder. Es können aber auch fiskalische Maßnahmen sein.
- *Verhaltensprävention* – sie bezieht sich auf das individuelle Verhalten. Maßnahmen der Verhaltensprävention stärken individuelle Kompetenzen und Ressourcen, um Risiken zu vermindern und einen gesunden Lebensstil zu führen. Dies kann zum Beispiel im Rahmen eines Gesundheitsunterrichts in der Schule sein oder durch eine Motivationskampagne.

3.2 Aktuelle Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Primärprävention

Erfolg versprechende Konzepte und Strategien kombinieren die Abschwächung von Risiken und die Förderung von Schutzfaktoren (Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann 2008). Sie haben sowohl krankheitsspezifische als auch unspezifische Belastungen und Ressourcen im Blick und versuchen, den gesundheitsrelevanten Kontext zu verändern.

Der Lebensweltansatz gilt als das Instrument der Umsetzung der Ottawa-Charta in die Praxis. Das bedeutet: Die Maßnahme findet in der Lebenswelt der Zielgruppe statt. Nicht nur der einzelne Mensch, sondern das gesamte System wird in den Prozess einbezogen (Partizipation). Die individuellen Kompetenzen werden dabei gestärkt und die Zielgruppe wird befähigt, sich in der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt einzubringen. Wird Verhaltensprävention durch Verhältnisprävention verstärkt, ist die Wahrscheinlichkeit für die Erreichung dieser Ziele und eine effektive Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention größer (Graf, Starke und Nellen 2008).

Für den Sachverständigenrat sind „Zwischenformen" der Prävention zwischen den Extremen „reiner" Verhaltensprävention (zum Beispiel Information) bzw. Verhältnisprävention (gesundheitlicher Verbraucherschutz) richtungsweisend. Sie lassen sich als kontextorientierte Verhaltensprävention bezeichnen. Der Lebensweltansatz ermöglicht die Integration der Verhältnis- und Verhaltensprävention oder Gesundheitsförderung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005). Auch für www.gesundheitsziele.de zählen Lebensweltansätze, Empowermentansätze, problemzentrierte und ressourcenorientierte Ansätze bzw. Ansätze der Kompetenzförderung zu den erfolgreichen Konzepten. Information, Aufklärung und Beratung reichen als Maßnahme der Gesundheitsförderung und Primärprävention – vor allem bei sozial benachteiligten Zielgruppen – nicht aus (Rosenbrock 2005).

Für die Vermittlung der Inhalte über Kampagnen hat sich eine Kombination verschiedener Techniken als vorteilhaft erwiesen. Die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung erhöht sich, wenn die Zielgruppe mit mehreren unterschiedlichen Angeboten erreicht wird. Neben einer Ansprache über Medien (Poster, Flyer, Massenmedien etc.) können das persönliche Gespräch und soziale Netze zusätzlich helfen, die Bedeutung des Themas Gesundheit für die betroffene Gruppe zu erhöhen, zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren und es nachhaltig zu verankern. Im Idealfall ergänzen sie sich mit gleichlautenden Botschaften (massenkommunikative Mehrebenenkampagne) (Pott 2007).

Fazit:
Gesundheitsförderung und Primärprävention bedeuten: Förderung eines gesunden Lebensstils durch Senkung der Belastungen und Stärkung der Ressourcen, insbesondere Befähigung zu einem eigenen gesundheitsförderlichen Verhalten (Empowerment) sowie Partizipation.
Kontextorientierte Verhaltensprävention im Lebensweltansatz ist richtungsweisend.

3.3 Strategien auf internationaler und nationaler Ebene zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Vor dem Hintergrund des weltweit zunehmenden Übergewichts verabschiedete die WHO 2004 die Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Darin fordert sie ihre Mitgliedsstaaten auf, nationale Strategien zur Prävention von den durch Lebensstil mitverursachten, nicht übertragbaren Krankheiten durch gesundheitsfördernde Ernährung und mehr Bewegung zu entwickeln (WHO 2004). Im November 2006 hat die WHO-Ministerkonferenz in Istanbul eine Charta zur Bekämpfung der Adipositas für die europäische WHO-Region unterzeichnet. Der darin umrissene Handlungsrahmen: „Die Maßnahmen sollten auf Mikro- wie auf Makroebene und in unterschiedlichen Umgebungen erfolgen. Eine besondere Bedeutung kommt Umfeldern wie Haus und Familie, Gemeinschaften, Kindergärten, Schulen, Arbeitsplätzen, Verkehrsmitteln, Städten, Wohnungen, Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge sowie Freizeiteinrichtungen zu. Zwar bleiben Information und Aufklärung wichtig, doch sollte der Handlungsschwerpunkt auf ein breites Spektrum von Optionen verlagert werden, die auf eine Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und räumlichen Umwelt zur Begünstigung gesunder Lebensweisen angelegt sind." (WHO 2006)

Auch auf europäischer Ebene erfolgt bereits seit vielen Jahren eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Übergewicht". Im Dezember 2005 legte die Kommission das „Grünbuch – Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten" vor. Es regte die Diskussion über Initiativen zur Übergewichtsprävention an. Darauf stützt sich das im Mai 2007 vorgelegte Weißbuch[6] „Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa". Darin weist die EU-Kommission darauf hin, dass die Strategie bereichsübergreifend integriert werden muss und betont die Notwendigkeit, die soziale Dimension des Übergewichts besonders zu beachten. Als vorrangige Zielgruppe sieht die Kommission „Kinder und Jugendliche", denn

6 Weißbücher enthalten Vorschläge für ein Tätigwerden der EU-Gemeinschaft in einem bestimmten Bereich. Sie dienen dazu, diesen Bereich zu entwickeln. Weißbücher folgen manchmal auf Grünbücher, die einen Konsultationsprozess auf europäischer Ebene einleiten.

Kindheit sei ein wichtiger Lebensabschnitt, in dem eine Vorliebe für gesunde Verhaltensweisen und die dazu erforderlichen Alltagsfähigkeiten erlernt werden können. Die Schulen spielen dabei eine wichtige Rolle. Deshalb sind „Schulen" der vorrangige Ort für entsprechende Maßnahmen. Die Arbeit sollte sich vordringlich auf die Erziehung zur gesunden Ernährung und zur körperlichen Bewegung konzentrieren.

Im Juni 2008 verabschiedete das Bundeskabinett den Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung". Er hat zum Ziel, positive Ansätze für gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung zu bündeln, um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Es werden Strategien und Maßnahmen entwickelt, die das individuelle Verhalten einbeziehen und die regionale und nationale Ebene berücksichtigen. Darüber hinaus werden Strukturen geschaffen, die es Menschen ermöglichen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen. Der Nationale Aktionsplan hat somit Verhalten und Verhältnisse im Blick (www.in-form.de).

Die Maßnahmen fokussieren auf fünf Bereiche: Bund, Länder und Kommunen als Vorbild, Informationen über Ernährung, Bewegung und Gesundheit, Bewegung im Alltag, Qualitätsverbesserung bei der Verpflegung außer Haus, Impulse für die Forschung. Mehr als 100 Maßnahmen umfasst der Nationale Aktionsplan. Dazu gehören beispielsweise die „Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung", der aid-Ernährungsführerschein oder die Vernetzungsstellen Schulverpflegung. Im Rahmen des Förderschwerpunkts „Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten" des Bundesministeriums für Gesundheit konnten 25 lokale Vorhaben ihre Arbeit aufnehmen. In allen Ländern wurden Zentren für Bewegungsförderung eingerichtet, die vorhandene Aktivitäten besser vernetzen, gute Praxisbeiträge bekannt machen und als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Bereits im Juli 2003 rief das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz die Kampagne „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT" mit Maßnahmen in den Bereichen Ernährung in der Schule, in Kindergärten und Kindertagesstätten und in der Familie ins Leben. 2006 starteten die Projekte zur Prävention von Übergewicht bei Kindern von der Geburt bis zum Ende des Grundschulalters in 24 KINDERLEICHT-Regionen, die gefördert, wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurden (http://www.besseressenmehrbewegen.de).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nimmt als nachgeordnete Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für den Bund wichtige Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. In der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen verfolgt die BZgA einen integrierten Ansatz zur Ernährung, Bewegung und Stressregulation und setzt diesen über die Aktionen „GUT DRAUF“ und „Unterwegs nach Tutmirgut“ überall dort um, wo sich Kinder und Jugendliche aufhalten, das heißt in Schulen, Ausbildungsstätten, Sportvereinen, Jugendzentren oder auf Reisen (Mann-Luoma et al. 2002). Im Bereich Übergewicht und Adipositas setzt die BZgA auf Qualitätssicherung.

Um die Qualität in der Prävention und Behandlung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu sichern, wurde – auch im Hinblick auf die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten – von der BZgA ein Qualitätssicherungsprozess eingeleitet. Es wurden Qualitätskriterien für Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zusammengetragen; darüber hinaus wurde eine multizentrische Beobachtungsstudie initiiert, um Langzeiteffekte der kindlichen Adipositasbehandlung zu beschreiben (www.bzga-kinderuebergewicht.de).

Seit Wiedereinführung der Leistungen zur primären Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihr Engagement zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung (vielfach auch kombiniert) kontinuierlich gesteigert. Vor allem die Präventionsaktivitäten in Betrieben, Kindertagesstätten, Schulen und Gemeinden wurden stark ausgeweitet. Für alle primärpräventiven und gesundheitsfördernden Leistungen hat die GKV einheitliche, verbindliche Qualitätsanforderungen bezüglich Bedarf, Wirksamkeit, Ziele, Zielgruppen, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation definiert (die jeweils aktuelle Fassung des GKV-Leitfadens Prävention steht unter www.gkv-spitzenverband.de als Download zur Verfügung). Darüber hinaus haben sich die Krankenkassen und ihre Verbände auf gemeinsame Ziele zur Primärprävention und Gesundheitsförderung verständigt. In Übereinstimmung mit der Ausrichtung des Nationalen Aktionsplans IN FORM hat die GKV das Ziel formuliert, die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen nach dem Lebensweltansatz für Kinder, Jugendliche und junge Eltern mit dem Schwerpunkt Bewegung und Ernährung deutlich zu verstärken. Bei der Umsetzung wird ein besonderes Augenmerk auf diejenige Lebenswelt gelegt, in der überproportional viele sozial benachteiligte Versicherte anzutreffen sind (zum Beispiel in Hauptschulen).

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) ist ein wichtiger Repräsentant der Zivilgesellschaft in der Prävention und Gesundheitsförderung, die eng mit Ländern, kommunalen Spitzenverbänden, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie mit den Organisationen der Sozialversicherung auf Bundesebene kooperiert. Sie unterstützt den Nationalen Aktionsplan IN FORM über ihre Mitgliedsorganisationen (www.bvpg.de) und setzt einen Schwerpunkt auf „Gesunde Kinder und Jugendliche".

Prävention von Übergewicht und Gesundheitsförderung steht auch für die Plattform Ernährung und Bewegung an erster Stelle. Sie wurde im September 2004 auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie sieben weiteren Gründungsmitgliedern ins Leben gerufen. Zu den Mitgliedern zählen wissenschaftliche Institutionen, Interessenvertretungen, gesellschaftliche Initiativen und eine Vielzahl an Unternehmen. Im Zentrum der Plattformarbeit steht die Vernetzung bereits laufender Aktivitäten in diesem Themenfeld. Zusätzlich entwickeln peb, ihre Mitglieder und ihre Partner eigene Aktionen und führen Veranstaltungen durch. Positive und motivierende Botschaften und alltagspraktische Handlungshilfen für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und viel Bewegung stehen im Vordergrund. Besondere Berücksichtigung erfahren soziale Risikofaktoren. Um das peb-Logo für ein Projekt zu nutzen, müssen die Akteure verschiedene Kriterien erfüllen. Dazu zählen Integration von Ernährungs- und Bewegungsansätzen, Lebensweltansatz, Empowermentansatz sowie Berücksichtigung von Risikogruppen (peb 2006 und 2008).

Fazit:
Auf internationaler wie nationaler Ebene sind Strategien zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten formuliert. Sie geben einen Handlungsrahmen vor, in dem Maßnahmen durchgeführt werden können.

3.4 Wirksamkeit von Maßnahmen zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung

Ein Cochrane-Review von 2005 (Summerbell et al. 2005) beleuchtet die Wirksamkeit von Programmen der Adipositasprävention im Kindesalter, die in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität und/oder Lebensstil sowie sozialer Unterstützung ansetzten. Dabei wurden 22 Interventionsmaßnahmen (randomisierte kontrollierte Studien und kontrollierte klinische Studien) ausgewertet, darunter zehn Langzeitstudien mit einer Dauer von mindestens 12 Monaten und zwölf Studien mit einer Dauer von 12 Wochen bis zu 12 Monaten. Ergebnis: Von acht Kurzzeitstudien und sechs Langzeitstudien mit Ernährungs- und Bewegungsinterventionen zeigte nur eine einzige Langzeitstudie positive Effekte auf das Gewicht. Dies betraf aber nur die Mädchen, nicht die Jungen. Zwei Langzeitstudien setzten ausschließlich bei der Ernährungsschulung an und erbrachten im Hinblick auf das Gewicht keine Verbesserung.

Von den Maßnahmen, die auf Bewegung fokussierten, zeigte eine schulbasierte Langzeitstudie positive Effekte, die nach 18 Monaten zumindest bei den Mädchen noch zu sehen waren. Zwei Kurzzeitstudien mit Bewegungsförderung führten zu einer geringen Senkung des Übergewichtsstatus. Wirkungsvolle Ansätze (im Hinblick auf das Gewicht) können die Autoren aufgrund der heterogenen Studien nicht ausmachen. Sie merken aber methodenkritisch an, dass die große Vielfalt der Studien keine abschließende Aussage erlaubt.

Der HTA-Bericht (Fröschl et al. 2009) zur Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhaltens- und Verhältnisprävention) fragt nach der Effektivität und der Effizienz von verschiedenen Maßnahmen und Programmen zur Primärprävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit einer Interventionsdauer von mindestens einem Jahr. Im Fokus dieser Analyse stand explizit der Effekt auf den Gewichtsstatus. Ausgewertet wurden zehn Primärstudien mit sieben Interventionen und 19 Reviews, zwei Studien zu Effizienz und drei Studien zum sozioökonomischen Status. Ergebnis des Berichts: Keine der sieben Interventionen zeigte Erfolge bei allen Subgruppen; drei Studien zeigen insgesamt keine Effekte, vier Studien haben Effekte bei bereits adipösen Kindern (meistens Mädchen). Keine der Interventionen wirkt bei normalgewichtigen Jungen.

Ebenfalls ohne einen erkennbaren Erfolgsfaktor bleibt die Sichtung der 19 systematischen Übersichtsarbeiten. Einzelne Interventionen haben Erfolg bei Mädchen, nicht bei Jungen. Die Autoren des Berichts stellen fest, dass zielgruppenspezifische Interventionen (zum Beispiel für sozial Benachteiligte) unterrepräsentiert sind und weisen darauf hin, dass spezifisch konzipierte und ausschließlich auf sozial benachteiligte Kinder und/oder Jugendliche ausgerichtete Maßnahmen eher positive Effekte erreichen als breiter angelegte Studien oder hinsichtlich Sozialstatus unspezifische Interventionen.

In weiteren Meta-Analysen wird eine Reduktion der sitzenden Tätigkeit als vielversprechend eingeordnet, doch eine ausreichende Evidenz liegt nach dem HTA-Bericht nicht vor. Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass sich – unter Berücksichtigung der methodischen Herangehensweise – keine Hinweise auf explizite Erfolgsfaktoren ergeben.

Die Meta-Analyse von Harris et al. (2009) beleuchtet die Effekte von überwiegend amerikanischen Schulinterventionen (mindestens über 6 Monate bis zu 3 Jahren), die den Fokus auf Bewegung legen. 18 Studien mit über 18 000 vorwiegend Grundschülerinnen und -schülern wurden berücksichtigt. Es konnte keine Verbesserung des BMI nachgewiesen werden. Auch Maßnahmen, die gleichzeitig in anderen Bereichen ansetzten, schnitten nicht besser ab. Inwiefern allerdings der BMI ein geeignetes Zielkriterium für diese Form der Intervention darstellt, muss kritisch hinterfragt werden.

Kamath et al. (2008) untersuchten in ihrem Review ebenfalls die Effektivität von Lifestyle-Interventionen zur Vorbeugung von Übergewicht. 34 randomisiert kontrollierte Studien wurden eingeschlossen. Auch hier ließen sich keine signifikanten Effekte im Hinblick auf den BMI zeigen. Allerdings gingen die Autoren auch der Frage nach, inwieweit Verhalten verändert wurde. Die erreichten Verhaltensänderungen waren jedoch gering. Es zeigte sich eine geringe signifikante Zunahme der körperlichen Aktivität sowie ein ebenfalls geringer signifikanter Rückgang der körperlichen Inaktivität; die Förderung des gesunden Essverhaltens war jedoch nicht signifikant. Ein geschlechtsbezogener Unterschied konnte nicht nachgewiesen werden.

Einige Übersichtsarbeiten zeigen Unterschiede im Hinblick auf das Geschlecht. Mädchen scheinen mehr von den Programmen zu profitieren als Jungen (Stice, Shaw und Marti 2006, Doak et al. 2006, Gortmaker et al. 1999). Allerdings sind Maßnahmen nur für Jungen im Vergleich zu Mädchenprogrammen selten (Flynn et al. 2006). Die Einbindung der Eltern scheint mög-

licherweise ein Erfolgsfaktor zu sein. So sind Präventionsprogramme für Kinder effektiver, wenn auch Eltern angesprochen werden (Stice, Shaw und Martin 2006, Doak et al. 2006, Campbell und Hesketh 2007, Sharma 2006).

Kritische Anmerkungen zu den Ergebnissen

- Der durchschnittliche BMI als objektive Maßzahl für den Erfolg ist kritisch zu hinterfragen, denn er gibt nur Veränderungen der Gesamtgruppe wieder. Die Randverteilungen finden oft wenig Beachtung.
- Die Interventionszeiträume sind oft kurz, Nachbetreuungen gibt es selten. Doch der Zeitpunkt, an dem sich die Wirksamkeit der Maßnahme im Hinblick auf die Adipositasprävalenz und Inzidenz zeigt, liegt oft erst nach Abschluss der Maßnahme. Möglicherweise sind Messparameter und Interventionsdauer nicht stimmig.
- Nicht alle Maßnahmen differenzieren ihr Ergebnis nach Geschlecht. Die möglicherweise unterschiedlichen Ergebnisse für Mädchen und Jungen können sich „bei Kombination" im Gesamtergebnis aufheben (Thomas 2006). Berücksichtigung des Geschlechts in Präventionsprogrammen ist ein Qualitätsaspekt. Denn was für Jungen geeignet ist, muss für Mädchen noch lange nicht gut sein. In der Raucherprävention konnten Unterschiede belegt werden (Kolip 2008). Unklar ist aber, welchen Einfluss Gender in verschiedenen Altersstufen hat.
- Der soziale Status kann den Erfolg einer Maßnahme beeinflussen. Die Daten aus KOPS zeigen, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von einer Präventionsmaßnahme profitieren. Ein niedriger sozialer Status erschwert präventive und therapeutische Maßnahmen (Langnäse et al. 2004).
- Die Umsetzung des Programms wirkt sich auf die Ergebnisse aus (Thomas 2006). Das bestätigt zum Beispiel das schulbasierte Präventionsprogramm CHILT (Children's Health International Trial) der Kölner Sporthochschule. Insgesamt konnten im Rahmen des Programms Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht zwar nicht beeinflusst werden, jedoch war der Anstieg des BMI in Schulen, die das Programm wenig engagiert durchführten, größer (Graf, Starke und Nellen 2008).
- Präventionsprogramme können durchaus nicht nur die Übergewichtsprävalenz senken, sondern auch die Untergewichtsprävalenz erhöhen. Unerwünschte Wirkungen bleiben in vielen Studien unberücksichtigt (Doak et al. 2006, Simonetti D'Arca et al. 1986).
- Die Kostenfrage wird so gut wie nie untersucht. Nur zwei Studien des HTA-Berichts werteten die ökonomische Effizienz aus (Fröschl, Haas und Wirl 2009).

- Übergewicht entsteht in einem äußerst komplexen Netzwerk vieler Einflussfaktoren. Interventionsprogramme fokussieren aber oft nur auf wenige. Umwelteinflüsse und soziale Rahmenbedingungen, die sich auf die Nachhaltigkeit dieser Interventionen auswirken, werden so gut wie nicht berücksichtigt. Die Bedeutung der Verhältnisprävention – vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche – wird jedoch in vielen Studien betont (Summerbell et al. 2005).

Empfehlungen, die die Autoren und Autorinnen aus den Übersichtsarbeiten und Studien ableiten:

- Kurzzeitinterventionen sind keine effektive Strategie, wenn nicht begleitende, die Nachhaltigkeit fördernde Maßnahmen ergriffen werden (Summerbell et al. 2005).
- Nachhaltigkeit und Umweltveränderungen sollten immer mit Maßnahmen einhergehen, die auf Verhaltensmodifikationen abzielen (Summerbell et al. 2005, Fröschl, Haas und Wirl 2009).
- Familien, Schulen und andere Akteure sollten eingebunden werden, um Nachhaltigkeit zu fördern (Summerbell et al. 2005, Fröschl, Haas und Wirl 2009).
- Eine geschlechtersensible Vorgehensweise ist notwendig (Fröschl, Haas und Wirl 2009).
- Individuelle Ansätze brauchen Ergänzung durch das Public-Health-Modell, das auf mehreren Ebenen ansetzt und auch indirekten Einflussfaktoren Rechnung trägt (Lobstein 2006).
- Präventionsmaßnahmen sollten auch unerwünschte Wirkungen im Blick haben und ihnen keinen Vorschub leisten (Doak et al. 2006, Simonetti D'Arca et al. 1986).
- Präventionsprogramme sollten systematisch erfasst werden, um leichter Erfolgskriterien zu formulieren (Fröschl, Haas und Wirl 2009). (Anmerkung: Die vorliegenden Qualitätskriterien unterstützen dies.)
- „Solange keine guten Primärstudien vorliegen, sollte im Zweifelsfall auf die beste verfügbare Evidenz zurückgegriffen werden, um eine einigermaßen brauchbare Entscheidungsgrundlage in Hinsicht auf durchzuführende Interventionen zu haben." (Fröschl, Haas und Wirl, S. 6)

Diese Empfehlungen flossen in die erarbeiteten Qualitätskriterien ein.

Fazit:
Empfehlungen mit „proven evidence“, welche Art der Intervention für welche Zielgruppe im Hinblick auf Übergewichtsprävention am wirkungsvollsten ist, können aufgrund der heterogenen Studien nicht gegeben werden. Es besteht Forschungsbedarf.
Für Empfehlungen zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen gilt: best evidence available. Eine systematische Erfassung unterstützt die Ermittlung von Erfolgskriterien in der Zukunft und trägt zur Qualitätsverbesserung bei.

4. Anforderungen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

4.1 Empfehlungen der Fachgesellschaften

Die evidenzbasierte Leitlinie für Prävention und Therapie der Adipositas (DAG, DDG, DGE, Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2007) sieht in Kindern und Familien mit erhöhtem Adipositasrisiko eine sinnvolle Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen. Ein gesunder Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Bewegung und Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wird als sinnvoll angesehen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Die Prävention der Adipositas stellt aber auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auf die Änderung adipositasfördernder Lebensbedingungen zielen muss.

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) sieht als Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen Schwangere, Familien, Kinder, Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, sozial Benachteiligte, Migranten und Migrantinnen sowie die Allgemeinbevölkerung an. Die Arbeitsgemeinschaft spricht sich in ihren Leitlinien für die Schaffung gesunder Lebensräume aus, die bildungs- und gesundheitspolitische Entscheidungen und daraus resultierende Aktivitäten notwendig machen. Darüber hinaus macht sie individuelle Präventionsziele fest. Dazu gehören u. a. Verbesserung des Wissens und Einstellung zu Ernährung, Körpergewicht und Essverhalten, Umsetzung im Hinblick auf Lebensstilverbesserungen und Steigerung der Lebensqualität. Die Präventionsmaßnahmen sollen die Stärkung der persönlichen Autonomie und die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen ermöglichen. Gesundheitsförderndes Verhalten im Sinne der Eigenverantwortlichkeit soll in allen Altersgruppen deutlich entwickelt und gestärkt werden (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter 2009).

Die British Medical Association, Board of Science, und die International Obesity Task Force betonen ebenfalls die Bedeutung des sozialen und kulturellen Kontextes: Familien- oder Schulinterventionen müssen mit Veränderun-

gen im sozialen und kulturellen Umfeld einhergehen, damit die Wirkung nachhaltig ist und verstärkt wird. Präventionsstrategien verlangen deshalb eine koordinierte Anstrengung auf allen Ebenen (Gesundheitswesen, Lehrkräfte, Eltern, Lebensmittelproduzenten, Handel, Kantinen, Medien, Werbung, Städteplaner, Politiker und Politikerinnen etc.). Rahmenbedingungen, die zu einem gesunden Essverhalten und zu einem aktiven Lebensstil ermutigen, sind lebenswichtig, denn sie ermöglichen der Öffentlichkeit, eine gesunde Wahl zu treffen (British Medical Association 2005).

Fazit:
Fachgesellschaften sind sich einig, dass ein gesunder Lebensstil und eine Lebensstiländerung nicht nur in der Verantwortung jedes Einzelnen liegen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind.
Die Eigenverantwortung und die persönliche Autonomie sind zu stärken, aber auch gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen sind zu schaffen.

4.2 Handlungsbereiche von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen setzen an den Faktoren an, die auf das Körpergewicht Einfluss nehmen.

Der Einfluss der Gene ist unbestritten, wie Zwillingsstudien zeigen (Stunkard et al. 1990). Doch in welchem Ausmaß sie das Gewicht im Einzelfall steuern, ist individuell verschieden und lässt sich aus Studien nicht ableiten. Monogene Formen der Adipositas sind eher selten. Wahrscheinlich handelt es sich eher um eine polygene Vererbung, und die Veranlagung zu Übergewicht setzt sich aus einer Vielzahl kleiner Effekte zusammen (Hebebrand, Wermter und Hinney 2005). Fakt ist: Ein positiver Zusammenhang zwischen dem Gewicht der Eltern und dem der Kinder ist häufig zu beobachten. Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS kann Übergewicht/Adipositas der Eltern als stärkster Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas beim Kind ausgemacht wer-

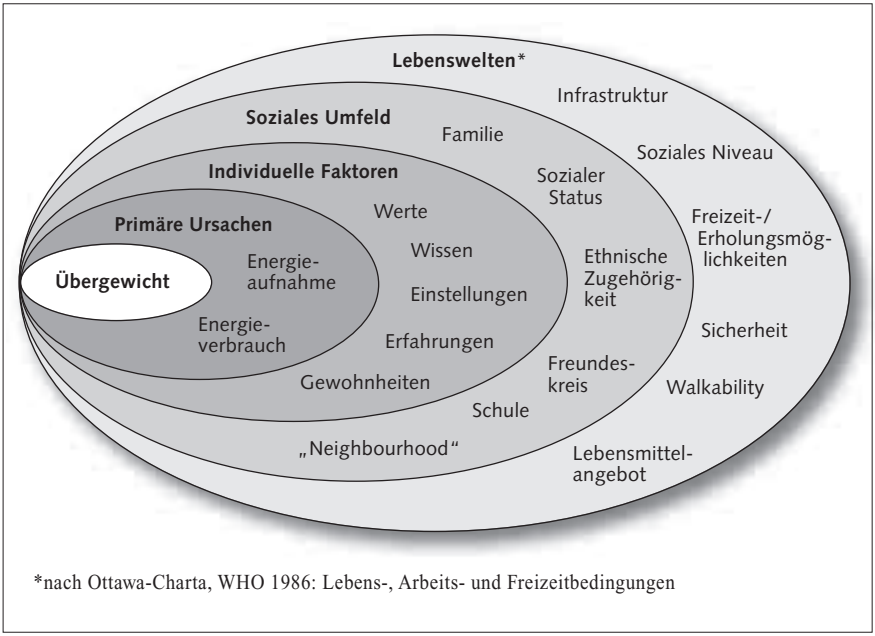


Abb. 2: Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ernährungs-Umschau 2/10, S. 82) (Quelle: Müller MJ)

den. Dieser Zusammenhang kann durch genetische, aber auch durch Verhaltens- oder Umfeldfaktoren erklärt werden. Gene und Sozialisierung sind nicht zu trennen.

Neben den biologischen Faktoren, wie der genetischen Veranlagung, moduliert die Energiebilanz das Gewicht. Sie ergibt sich aus Energieaufnahme minus Energieverbrauch. Der Lebensstil – also Ernährungs-, Bewegungs- und Medienverhalten, Umgang mit Stress – nimmt darauf Einfluss. „Gesunde“ und „ungesunde“ Verhaltensweisen in den einzelnen Lebensstilbereichen können dabei individuell auf ganz unterschiedliche Weise kombiniert werden. Doch Lebensstile bilden sich nicht im „luftleeren“ Raum aus. Die Lebensverhältnisse, Gewohnheiten, Erfahrungen, Freundeskreis, Familie, Gesellschaft, Arbeitsbedingungen etc. wirken darauf ein. Das folgende Modell macht deutlich, wie komplex das Phänomen Übergewicht ist und warum es keine einfachen Antworten darauf gibt (Müller 2010; Zusammenhänge unterschiedlichster Einflussfaktoren zeigt auch das Modell von Schneider et al. 2009).

Fazit:
Gene bedingen das Auftreten von Übergewicht mit.
Lebensumstände (Verhältnisse) und Verhalten des Einzelnen sind entscheidend, ob es zu einer Manifestation des Übergewichts kommt. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen müssen diese Faktoren berücksichtigen.
Familie, Eltern, Schule und Peers nehmen Einfluss auf den Lebensstil. Sie können Zielgruppen von Maßnahmen sein.

Im Folgenden werden einzelne Faktoren beleuchtet, die auf das Gewicht und eine gesunde Gewichtsentwicklung Einfluss nehmen und daher mögliche inhaltliche Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen sein können. Dazu gehören Stillen, Ernährung, körperliche Aktivität, Stress, Konsum elektronischer Medien sowie Rauchen in der Schwangerschaft.

4.2.1 Ernährung

Ernährung der werdenden Mutter

Einfluss auf das Gewicht
Bereits im Mutterleib werden die Regelsysteme u. a. für den Stoffwechsel, die Nahrungsaufnahme und das Körpergewicht programmiert und damit die Weichen für die weitere Gewichtsentwicklung des Kindes gestellt. Ernährung und hormonelle Faktoren in der Schwangerschaft haben darauf Einfluss und können zu einer Fehlprägung führen (Lindsay et al. 2006, Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008). Erste Hinweise gaben Langzeitbeobachtungen von Kindern, deren Mütter einen Diabetes während der Schwangerschaft entwickelten. Diese Kinder kommen eher mit einem höheren Geburtsgewicht auf die Welt, sind später häufiger übergewichtig und haben ein höheres Risiko für einen Typ-2-Diabetes (Harder et al. 2007). Zusammenhänge zwischen einem hohen Geburtsgewicht (über 4000 g) und einem erhöhten Risiko für Übergewicht belegen auch die Auswertungen der KiGGS-Daten (Robert Koch-Institut und BZgA 2008).

Der Ernährungsbericht 2008 geht ausführlich auf das Thema „Ernährung und frühe kindliche Prägung“ ein. Der Bericht zeigt, dass eine übermäßige

Gewichtszunahme während der Schwangerschaft das Übergewichtsrisiko des Kindes um 60 bis 70 % erhöht. Auch die Zusammenhänge zwischen hohem Geburtsgewicht und relativem Körpergewicht im Erwachsenenalter sind positiv. Für die These, dass ein vermindertes Geburtsgewicht mit einem erhöhten Übergewichtsrisiko einhergeht, sprechen nur wenige Studien (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008).

Empfehlung
Übergewicht sowie eine übermäßige Gewichtszunahme und Energieaufnahme in der Schwangerschaft sollten vermieden werden (nicht für zwei essen). Die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sollte sich nach dem BMI vor der Schwangerschaft richten. Hier können die Empfehlungen des Institute of Medicine eine Orientierung geben (Gewichtszunahme von 12,5–18 kg für untergewichtige Frauen, 11,5–16 kg für normalgewichtige Frauen, 7–11,5 kg für übergewichtige Frauen und 5–9 kg für adipöse Frauen (Institut of Medicine of the National Academies 2009).

Fazit:
Da Bedingungen im Uterus und vor der Geburt einen Einfluss auf die spätere Gewichtsentwicklung haben, sollten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht möglichst frühzeitig beginnen. Schwangere, junge Frauen und Eltern mit Kinderwunsch sollten Zielgruppen von Maßnahmen sein.

Ernährung des Säuglings

Einfluss auf das Gewicht
Die Art der Säuglingsernährung hat Einfluss auf die Gewichtsentwicklung. Stillen wirkt protektiv und kann das Risiko für späteres Übergewicht des Kindes senken (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008). Daten einer bayerischen Querschnittsstudie weisen darauf hin, dass 3 bis 5 Monate lang gestillte Kinder bei Schuleintritt ein 35 % geringeres Adipositasrisiko haben (von Kries et al. 1999). In anderen Studien liegt der protektive Effekt bei etwa 20 %, wenn biologische und sozioökonomische Faktoren berücksichtigt werden. (Koletzko, von Rosen und Demmelmair 2007). Auch der Ernährungsbericht 2008 diskutiert die Langzeiteinflüsse der neonatalen Energiezufuhr auf das Körpergewicht und verweist auf eine Meta-Analyse, nach der Stillen im Ver-

gleich zu Nichtstillen das Risiko für Übergewicht im Erwachsenenalter um 25 % senkt. Jeder Monat des Stillens mehr erhöht die Risikosenkung für späteres Übergewicht um 4 %. Bei einer Stilldauer von 7 bis 9 Monaten wird jedoch ein Plateau erreicht (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008). Die Ergebnisse des KiGGS bestätigen den Schutzeffekt – allerdings nur, wenn das Stillen allein betrachtet wird. Berücksichtigt man noch andere Einflussfaktoren wie das Übergewicht der Eltern und die soziale Schicht, geht die Bedeutung des Stillens zurück (Robert Koch-Institut und BZgA 2008).

Situation

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) konnte zeigen, dass 76,7 % der Kinder gestillt wurden. Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund stillen ihre Kinder etwas häufiger als Mütter ohne Migrationshintergrund. Während fast alle Mütter mit hohem Sozialstatus stillen (90,5 %), stillen nur 67,3 % der Mütter mit niedrigem sozialem Status. Im Durchschnitt lag die Stillzeit bei knapp 7 Monaten, doch der soziale Status beeinflusst auch die Stilldauer. Mütter mit hohem Sozialstatus stillen länger, jene mit niedrigem Sozialstatus kürzer. Im Durchschnitt wurden die Kinder über alle befragten Geburtsjahrgänge 4,6 Monate voll gestillt. Während in Westdeutschland nach 4 Monaten noch 51 % voll stillen, sind dies in Ostdeutschland 39 % der Mütter (Lange, Schenk und Bergmann 2007).

Empfehlung

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE), die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) empfehlen, 4 bis 6 Monate voll zu stillen.

Handlungsempfehlungen zur Ernährung im ersten Lebensjahr sowie zur Allergieprävention, die über alle relevanten Fachverbände abgestimmt sind, liegen seit Juni 2010 vor. Sie sind im Rahmen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ veröffentlicht (Koletzko et al. 2010). Die Empfehlung lautet: „Im 1. Lebenshalbjahr sollten Säuglinge gestillt werden, mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich.“

Fazit:
Stillen kann das Risiko für Übergewicht senken. Daher kann Stillförderung Ziel und inhaltlicher Baustein einer Maßnahme sein.

Ernährung von Kindern und Jugendlichen

Einfluss auf das Gewicht

Die Energiebilanz nimmt direkt auf das Gewicht Einfluss. Mit der Ernährung wird Energie aufgenommen, über Bewegung und Sport wird Energie verbraucht. Entsteht ein Energieüberschuss, dann kann Übergewicht entstehen. Lebensmittelauswahl, Zubereitung, Art und Rhythmus von Mahlzeiten charakterisieren das Essverhalten etc. Fehlernährung kann eine der Ursachen für Übergewicht sein (Deutsche Adipositas-Gesellschaft 2007).

Es gibt viele Studien, die den positiven Zusammenhang zwischen Softdrinkkonsum und erhöhtem Gewicht bei Kindern und Jugendlichen nachweisen (Brown, Kelly und Summerbell 2007, Vartanian, Schwartz und Brownwell 2007, Kleiser et al. 2009, Nagel et al. 2009). In der DONALD-Studie ist der Zusammenhang zwischen der Menge an süßen Getränken und einem höheren Gewicht zumindest bei Mädchen belegt (Libuda et al. 2008). Die Ernährungskommissionen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie empfehlen deshalb vorwiegend energiefreie oder energiearme Getränke (Ernährungskommissionen der DGKJ, ÖGKJ, SGP 2008).

Auch Zusammenhänge zwischen Fast-Food-Verzehr und Übergewicht können in einigen Studien belegt werden (Kersting und Sichert-Heller 2006, MacFarlane et al. 2009). In der KiGGS-Studie können signifikante Zusammenhänge zwischen dem Verzehr von energiedichten Lebensmitteln und Getränken und Übergewicht bzw. Adipositas ausgemacht werden (Kleiser et al. 2009). Korrelationen zwischen keinem Frühstück am Morgen und Übergewicht bzw. Adipositas sind ebenfalls in Studien zu sehen (Nagel et al. 2009).

Einige Autoren vermuten in den steigenden Portionsgrößen eine der Ernährungsdeterminanten für die zunehmende Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher. So können größere Portionen bei älteren Kindern und Erwachsenen die Kalorienaufnahme signifikant erhöhen. In den ersten Lebensjahren dagegen beeinflusst die Portionsgröße die Verzehrsmenge nicht (Ello-Martin, Ledikwe und Rolls 2005; Fox et al. 2006).

Obwohl es nachweisbare Zusammenhänge zwischen einigen wenigen Ernährungsfaktoren und Übergewicht gibt, sind in den meisten Studien keine Korrelationen zwischen einer „gesunden“ oder „ungesunden“ Ernährung und dem

Gewicht zu sehen. Dies könnte daran liegen, dass die Erhebungsmethoden meist nicht fein genug sind, um exakte Aussagen über die genaue Energieaufnahme (bzw. den Energieverbrauch) treffen zu können. Das geringe tägliche Kalorienplus von 50 bis 100 kcal (entweder durch vermehrte Kalorienaufnahme oder durch verringerten Verbrauch), das genügt, um langfristig zuzunehmen (Müller 2010), können sie nicht erfassen.

Kausale Aussagen zur Entwicklung von Übergewicht lassen sich aus erhobenen Querschnittsdaten nicht ableiten, da sie nicht die Frage beantworten, ob die Ernährungsfaktoren Ursache für das Übergewicht oder Folge des Übergewichts sind.

Situation

Die durchschnittliche Energiezufuhr der Kinder hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten kaum geändert und liegt ungefähr im Rahmen der Empfehlungen (Mensink et al. 2007, Kersting et al. 2004). Allerdings unterscheidet sich das Spektrum der verzehrten Lebensmittel von den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kindererziehung (FKE). Insgesamt essen Kinder zu viele energiedichte Lebensmittel. Neben Brot und Milch sind Süßigkeiten die Hauptenergiequelle. Bei Süßigkeiten (inkl. Limonade) überschreiten mehr als 80 % der Kinder und Jugendlichen die Empfehlung des FKE von maximal 10 % der täglichen Energiemenge; der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen nimmt mehr als das Doppelte zu sich. Grundnahrungsmittel wie Brot, Kartoffeln, Nudeln etc. sowie Gemüse und Obst essen viele zu wenig. Fleisch und Wurst werden dagegen mehr als reichlich gegessen.

Fast Food ist vor allem für Jugendliche von Bedeutung. Im Mittel nehmen sie damit knapp 7 % ihrer Energiezufuhr auf, Jungen allerdings die doppelte Kalorienmenge der Mädchen. Jeder Zehnte nimmt sogar 19 % seiner täglichen Kalorien durch Fast Food zu sich. Bemerkenswert ist, dass diese Jugendlichen generell deutlich mehr Energie zu sich nehmen, im Mittel fast 4200 kcal pro Tag. Vergleicht man das Ernährungsverhalten von Mädchen und Jungen, so essen Mädchen tendenziell gesünder, doch mit zunehmendem Alter wird das Ernährungsverhalten bei beiden Geschlechtern ungünstiger (Mensink et al. 2007).

Der Sozialstatus beeinflusst die Ernährung. Dabei spielen sozioökonomische, strukturelle, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren eine Rolle (Muff und Weyers 2010). Eine kanadische Studie mit nahezu 5000 Schülerinnen und Schülern konnte zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien grö-

ßere Portionen Pommes frites und Chips essen als jene aus nicht benachteiligten Familien (Colapinto et al. 2007). Auch die Daten aus der deutschen Untersuchung „EsKiMo“ im Rahmen des KiGGS bestätigen ein ungünstigeres Ernährungsverhaltensmuster bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus (Stahl et al. 2008). Das geringe Einkommen könnte die Ursache dafür sein. Untersuchungen von Kersting und Clausen (2007) ergaben, dass die Leistungen im Rahmen des Arbeitslosengeldes II für Kinder und Jugendliche nicht ausreichen, um die Lebensmittel für eine ausgewogene, vollwertige Ernährung in gängigen Einkaufsstätten zu erstehen. Nimmt das Kind in Kindergarten oder Schule eine kostenpflichtige warme Mahlzeit zu sich, kann sich das finanzielle Defizit für die Verpflegung zu Hause verschärfen. Aber nicht nur das geringe Einkommen, sondern häufig auch fehlendes Wissen über Ernährung bzw. gesundheitliche Zusammenhänge und Fertigkeiten bei der Verarbeitung von Lebensmitteln sind für ein weniger gesundheitsbewusstes Ernährungsverhalten verantwortlich (Lehmkühler 2002). Einflüsse aus dem Wohnumfeld (Anwesenheit von Einkaufsgelegenheiten, Snack-Food-Restaurants etc.) können sich ebenfalls auswirken (Muff und Weyers 2010).

Essen und Trinken sind kulturell geprägt. Wie, was und wann gegessen wird, ist je nach Migrationshintergrund verschieden. Vor allem türkischstämmige und russlanddeutsche Kinder zeigen teilweise ein ungünstiges Ernährungsverhalten. Zwar verzehren türkischstämmige Kinder und Jugendliche die größten Mengen an Obst, Nudeln/Reis und Fisch, aber eben auch an Softdrinks, Weißbrot, Schokolade und Knabberartikel (Robert Koch-Institut 2008).

Empfehlung

Die Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sind richtungsweisend. Sie lauten: reichlich pflanzliche Lebensmittel, mäßig tierische Lebensmittel und sparsam fettreiche Lebensmittel und Süßigkeiten. Bei Getränken sind kalorienfreie Getränke wie Wasser oder ungesüßte Tees zu bevorzugen (Forschungsinstitut für Kinderernährung, aid infodienst und DGE 2005).

Fazit:
Es besteht Forschungsbedarf über den konkreten Einfluss von Ernährung auf die Entstehung von Übergewicht. Der Einfluss der Ernährung ist plausibel, jedoch in Querschnittsstudien kaum nachzuweisen.
Softdrinks, Fast Food, energiedichte Lebensmittel, große Portionen und Snacking können Übergewicht begünstigen.

Ernährung ist Teil des Lebensstils und sollte ein inhaltlicher Baustein von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sein (promising evidence). Maßnahmen sollen ein gesundes Ernährungsverhalten nach den Empfehlungen des FKE und der DGE fördern.

4.2.2 Körperliche Aktivität

Einfluss auf den Gewichtsstatus

Wer körperlich aktiv ist, verbraucht Kalorien und wirkt damit einer positiven Energiebilanz entgegen. Wer sich dagegen zu wenig bewegt, kann einer negativen Energiebilanz und damit Übergewicht Vorschub leisten. Ausreichende körperliche Aktivität gilt als einer der Schlüsselfaktoren, um Übergewicht vorzubeugen (zum Beispiel Brown, Kelly und Summerbell 2007). Eine Zwillingsstudie aus Finnland verglich über 30 Jahre lang die Auswirkung von körperlich aktivem Lebensstil mit einem inaktiven Lebensstil. Sie konnte zeigen, dass jene Zwillingspaare, die bereits am Anfang der Studie körperlich aktiver waren, aktiver blieben und erheblich weniger gesundheitlich ungünstiges Fettgewebe (viszerales, intramuskuläres Fett und Fett in der Leber) hatten (Leskinen et al. 2009).

Eine schwedische Untersuchung belegte für Kinder und Jugendliche, die sich wenig körperlich und nur mit geringer Intensität bewegen, ein höheres Risiko, übergewichtig zu werden (Ortega, Ruiz und Sjöström 2007). Die Daten aus der Querschnittsstudie KiGGS zeigen – betrachtet man den Faktor „sportliche Aktivität“ isoliert –, dass Kinder und Jugendliche mit mittlerer bis hoher sportlicher Aktivität seltener übergewichtig sind. Werden jedoch andere Einflussfaktoren wie Medienkonsum, Sozialstatus etc. berücksichtigt, so lässt sich der Zusammenhang zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und Adipositas nicht mehr nachweisen (Robert Koch-Institut und BZgA 2008).

Blickt man auf die Zusammenhänge zwischen Body-Mass-Index und motorischen Fähigkeiten, so schneiden übergewichtige Kinder und Jugendliche bei Kraft, Ausdauer und Koordination häufig schlechter ab. Auch die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit ist oft reduziert. Je älter die Kinder werden, desto deutlicher treten die Unterschiede zwischen normal- und übergewichtigen Kindern zutage. Allerdings machen die Ergebnisse des Motorikmoduls der KiGGS-Studie deutlich, dass der Zusammenhang zwischen motorischer Leis-

tungsfähigkeit sowie körperlich-sportlicher Aktivität und dem Body-Mass-Index bei Kindern und Jugendlichen differenziert zu betrachten ist. Es zeigt sich, dass bei Übergewicht und Adipositas eine deutliche Beziehung mit konditioneller Leistungsfähigkeit, aber kein Zusammenhang mit feinmotorischen Fähigkeiten besteht (Bös et al. 2009, Opper et al. 2009).

Neben Freizeitaktivitäten wird auch Alltagsaktivitäten ein großer Einfluss auf das Körpergewicht zugeschrieben. Allerdings ist das Ausmaß von Alltagsbewegung (ebenso wie das anderer Bewegungsformen) methodisch schwer exakt zu erfassen.

Der Einfluss der körperlichen Aktivität auf das Gewicht ist plausibel, doch kausale Aussagen lassen sich mit Querschnittsstudien nicht begründen. Die Zusammenhänge können in beide Richtungen interpretiert werden, das heißt, Bewegungsmangel kann Übergewicht hervorrufen, aber andererseits auch durch Übergewicht entstehen (Metcalf et al. 2010). Von einer Verbesserung der Fitness durch körperliche Aktivität kann man aber ausgehen, und davon profitieren Kinder. Ein Ansatzpunkt für mehr Bewegung kann der Schulsport sein. Allerdings muss die Intervention gezielt geplant und durchgeführt werden, damit sie Wirkungen auf Gesundheitsparameter hat (Tittlbach et al. 2010). 2 Stunden zusätzlich pro Woche, dazu Bewegungspausen und „sportliche Hausaufgaben“, führten in einer Schweizer Studie (Kriemler et al. 2010) zu einer Verbesserung der körperlichen Fitness sowie zu einer Verbesserung von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Situation

Der natürliche Bewegungsdrang der Kinder ist biologisch bedingt. Doch das Ausmaß der körperlichen Aktivität hängt auch von Umweltfaktoren wie dem familiären Lebensstil ab (Graf und Dordel 2007). Weniger als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen ist mehr als 60 Minuten pro Tag sportlich aktiv. Jedes vierte Kind zwischen 3 und 10 Jahren treibt nicht regelmäßig, jedes achte Kind nie Sport (Bös et al. 2006). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich vor allem bei Jugendlichen (11 bis 17 Jahre). Zwar sinkt mit zunehmendem Alter bei allen Jugendlichen die Anzahl derer, die fast täglich oder mehrmals in der Woche sportlich aktiv sind, doch der Anteil nimmt bei Mädchen weitaus stärker ab. 10 % der Jungen, aber 21,5 % der Mädchen treiben weniger als einmal pro Woche Sport (Lampert et al. 2007). Untersuchungen im Rahmen des Motorikmoduls (KiGGS) zeigen, dass ein deutlicher Einschnitt in der Alltagsaktivität beim Übergang in weiterführende Schulen ab dem 10. Lebensjahr zu sehen ist. Sport treiben viele in einem Sportverein. 58 % der 4- bis 17-jäh-

rigen Kinder und Jugendlichen sind darin Mitglied, doch nur etwa die Hälfte davon trainiert einmal pro Woche (Bös et al. 2006).

Rees et al. 2006 mutmaßen, dass körperliche Aktivität offensichtlich weniger zum „Frau-Werden" dazuzugehören scheint. Die Übergangsphase von Kind zum Jugendlichen ist für das Bewegungsverhalten eine kritische Phase, da sich hier inaktives Verhalten dramatisch vergrößert, vor allem der Umgang mit Medien wie TV (Floriani und Kennedy 2008).

Bei Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren haben Sozialstatus und Migrationshintergrund kaum Einfluss auf das Bewegungsverhalten, bei gleichaltrigen Mädchen umso stärker. Mädchen aus der niedrigsten Statusgruppe und solche mit Migrationshintergrund sind häufiger inaktiv. Bei Kindergarten- und Grundschulkindern (3–10 Jahre) sind Jungen wie Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund sportlich inaktiver, aber auch in dieser Altersgruppe ist die Passivität von Mädchen etwas größer (Lampert et al. 2007). Dies könnte damit erklärt werden, dass religiös-sittliche Gründe für Mädchen mit Migrationshintergrund nicht vereinbar mit Sport sind (Schmidt und Eichhorn 2007).

Damit Kinder sich bewegen, brauchen sie geeignete Bewegungsräume (Burrmann 2008), die ihnen Entfaltungsmöglichkeiten und gleichzeitig auch Entwicklungsanreize bieten (Zimmer 2008). Auch die Umgebung spielt eine Rolle: Spurrier et al. (2008) belegen für Vorschulkinder einen signifikanten Zusammenhang zwischen aktiver Spielzeit im Freien und dem Vorhandensein eines großen Gartens. Auch der Schulweg ist als Bewegungsraum von Bedeutung. Kinder, die zur Schule zu Fuß gehen und mit dem Fahrrad fahren, neigen mehr dazu, Sport zu treiben (Davison, Werder und Lawson 2008). Die Bedeutung der lokalen, regionalen Infrastruktur spiegelt sich auch in den EU-Leitlinien 2008 für körperliche Aktivität wider. Sie greifen in den vorgeschlagenen Handlungsmaßnahmen die Planung und Schaffung geeigneter Infrastrukturen auf, die es möglich machen, den Weg zur Schule und zur Arbeit körperlich aktiv zu gestalten.

Empfehlung

Wie viel Bewegung soll es sein? Die WHO empfiehlt Kindern und Jugendlichen täglich eine Stunde Bewegung (WHO 2010). Für mindestens 60 Minuten körperliche Betätigung von mäßiger Intensität für Jugendliche sprechen sich die europäischen Leitlinien zur körperlichen Aktivität aus (Europäische Union 2008). Das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch

2006) rät Jugendlichen ebenfalls zu einer Stunde körperlicher Aktivität pro Tag, Kinder dagegen sollen sich deutlich mehr bewegen. Auch Andersen et al. (2006) kommen im Rahmen der European Youth Heart Study zu dem Ergebnis, dass Kinder mehr als eine Stunde pro Tag körperlich aktiv sein sollten. In Deutschland gibt es keine offiziellen Empfehlungen.

Mit der Kinder-Bewegungspyramide liegt seit 2005 ein Modell vor, das Kinder zu mehr Bewegung anregt und die Bedeutung von Alltagsbewegung sowie moderater und intensiver sportlicher Bewegung bewusst macht. Sie lehnt sich mit ihren Empfehlungen an die Ergebnisse von Andersen et al. (2006) an. Nach der Kinderbewegungspyramide sollte das Kind täglich ½ Stunde intensiv aktiv (Vereins- und Schulsport sowie alle anderen körperlichen Aktivitäten, die Kinder zum Schwitzen und außer Atem bringen), 1 Stunde moderat aktiv (zum Beispiel freie Spiele, mit Freunden und Freundinnen draußen toben, Fangspiele) und 30 bis 60 Minuten mit Alltagsaktivitäten (zum Beispiel Treppensteigen, zur Schule gehen, Mithelfen im Haushalt) in Bewegung sein. Die Inaktivität hat die Bewegungspyramide ebenfalls im Blick. Inaktivität in Form von Fernsehen und PC sollte je nach Alter auf 1 bis 2 Stunden begrenzt sein (Graf et al. 2007).

Auch in der Schwangerschaft hat Bewegung Vorteile und kann zum Beispiel – zusammen mit einer bedarfsgerechten Ernährung – einer übermäßigen Gewichtszunahme vorbeugen (Mottola et al. 2010). Konkrete Bewegungsempfehlungen für Schwangere liegen derzeit von deutschen Fachgesellschaften nicht vor. Der American Congress of Obstetricians and Gynecologists empfiehlt, mindestens 30 Minuten pro Tag an den meisten, wenn nicht an allen Tagen, körperlich aktiv zu sein (www.acog.org).

Fazit:
Körperliche Aktivität (Sport und Bewegung im Alltag) begünstigt eine normale Gewichtsentwicklung. Querschnittsdaten lassen zwar keine gesicherten Aussagen über den Einfluss von körperlicher Aktivität auf die Gewichtsentwicklung zu, doch der Einfluss ist plausibel (promising evidence).
Maßnahmen sollen ein gesundes Bewegungsverhalten (körperliche Aktivität und Sport) in Freizeit und Alltag nach den Empfehlungen der Kinder-Bewegungspyramide fördern und Inaktivität vermeiden.

4.2.3 Stress

Einfluss auf das Gewicht

Stress ist eine natürliche und sinnvolle Antwort des Körpers, auf besondere Herausforderungen mit erhöhter „Alarmbereitschaft“ zu reagieren. Ob dies positiv oder negativ erlebt wird, hängt nicht nur vom auslösenden Stressor oder Reiz ab, sondern vor allem von der subjektiven Bewertung des Geschehens und der Verfügbarkeit individueller Ressourcen und Strategien, um die stressauslösende Situation bewältigen zu können.

Stress gilt als eine der Ursachen für Übergewicht und Adipositas (Deutsche Adipositas-Gesellschaft 2007). Er kann Lebensstilfaktoren beeinflussen. Wer zum Beispiel auf Stress häufig mit Essen reagiert, kann die Entwicklung von Übergewicht begünstigen. Familiäre Bedingungen wie Scheidung, Krankheit, Suchtverhalten in der Familie oder Vernachlässigung können bei Kindern und Jugendlichen solche Stressfaktoren sein. Koch, Sepa und Ludvigsson (2008) beobachteten in einer Studie mit nahezu 7500 schwedischen Familien, dass Kinder aus Familien mit mehr psychischem Stress (zum Beispiel Schicksalsschläge, Erziehungsstress, Mangel an sozialer Unterstützung, Sorgen der Eltern) ein höheres Risiko haben, übergewichtig zu werden. Insgesamt ist die Datenlage zu vermehrtem Essen bei Stress bei Kindern aber widersprüchlich. Es könnte sein, dass die Art des Stressors und die individuelle Stressreaktion eine Rolle spielt. Stressoren können auch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und Sorgen um die Figur sein.

Stress wirkt sich auch auf den Lebensstilfaktor körperliche Aktivität aus, doch die Beziehung ist wechselseitig, denn körperliche Aktivität wirkt stressabbauend. In einer norwegischen Längsschnittstudie konnte bei 15-jährigen Schülern eine enge Verbindung zwischen schulbezogenem Stress und geringer körperlicher Aktivität nachgewiesen werden (Haugland, Wold und Torsheim 2003). Röthlisberger, Calmonte und Seiler (1997) bestätigen, dass sich Sport positiv auf das Stresserleben auswirkt. Nach Schmidt (2003) weisen sportliche Jugendliche eine größere Stressresistenz auf als inaktive Jugendliche.

Möglicherweise wirkt Stress direkt auf den Energiestoffwechsel. Nach der Selfish-Brain-Theorie kann chronisch starker Stress die Kontrollzentren des Gehirns, die seine Versorgung mit Energie regulieren, aus dem Gleichgewicht bringen. Obwohl ausreichende Energie zur Verfügung steht, meldet der „Regler“ Mangel. Das eigennützige (selfish) Gehirn regt den Mensch zu (mehr) Nahrungsaufnahme an (Fehm, Kern und Peters 2006).

Situation

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass Stress im Zuge einer drastischen Beschleunigung moderner Gesellschaften zugenommen hat und weiter zunehmen wird. Einerseits stehen dem Individuum viele Möglichkeiten offen, sein Leben zu gestalten, andererseits wird eine hohe Eigenverantwortung, Leistungsorientierung und Flexibilität gefordert (Beck 1986). Epidemiologischen Studien zufolge sind bereits Kinder und Jugendliche durch Stress belastet (Hampel und Petermann 2001a, Ziegler 1996) und zeigen Reaktionen in den Bereichen Gefühle (kraftlos, müde), Gedanken (nicht abschalten können), Verhalten (weniger Bewegung, mehr rauchen) und Stressreaktionen (erfolgen schneller) auf (Hofmann 2001). Die Zunahme chronischer Erkrankungen, psychischer Störungen und psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann 1994, Palentien 1997) deutet darauf hin, dass sie immer mehr Belastungen ausgesetzt sind, die ihre Bewältigungskapazität übersteigen.

Stressauslöser sind in Abhängigkeit vom Alter verschieden. Während Jugendliche interne und externe Faktoren wie Nervosität, Überforderung, Leistungs- und Zeitdruck sowie Streitereien als Stressoren angeben, überwiegen bei Grundschulkindern externe Faktoren wie zum Beispiel Probleme mit Eltern oder mit Freunden (Kallus, Veit und Moser 2001). Neben diesen psychischen Stressoren können auch physikalische Stressoren, wie zum Beispiel Lärm und Luftverschmutzung, Stressreaktionen auslösen. In dieser Hinsicht kommt vor allem dem Wohnumfeld große Bedeutung zu. Da sozial benachteiligte Gruppen häufig auch in belasteten Stadtgebieten leben, ist zu vermuten, dass die soziale Lage über die Wohnortwahl zu einer Verdichtung von Stressauslösern und -symptomen führt.

Empfehlung

Um Stress zu bewältigen und besser mit ihm umgehen zu können, sind Fähigkeiten im Hinblick auf Erkennen des Problems, Lösungsversuche, Entscheidungsfindung und Erprobung/Bewertung von Lösungen gefragt. Sie werden bereits frühzeitig erworben. Hierin sollten Kinder und Jugendliche unterstützt werden. Darüber hinaus muss die Arbeit darauf abzielen, die Entwicklung ihres Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit zu fördern.

Daneben tragen soziale Faktoren dazu bei, Belastungen abzumildern. Dies impliziert zum Beispiel Freundschaften schließen, eine eigene Identität entwickeln und soziale Anerkennung finden (Jerusalem und Mittag 1994). Ein gutes Familienklima gilt als ein bedeutender Schutzfaktor. Eine gute innerfa-

miliäre Kommunikation kann dazu beitragen, Stressoren frühzeitig zu identifizieren und belastende Situationen durch Gespräche abzumildern oder zu verhindern. Deshalb ist es sinnvoll, die Kommunikationsfähigkeit sowohl seitens der Kinder und Jugendlichen wie auch seitens der Eltern zu stärken.

Allgemeine Lebenskompetenzen (Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit, Gefühls- und Stressbewältigung, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit) sind wichtige Ressourcen, um Alltagsbelastungen und entwicklungstypische Anforderungen angemessen bewältigen zu können und nicht auf Risikoverhalten zurückzugreifen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung kommen deshalb an der Stärkung des Individuums im Umgang mit Stress bzw. an der Förderung der Lebenskompetenzen nicht vorbei. Die BZgA liefert einen fundierten Überblick über Programme und Kurse zur Lebenskompetenzförderung in der Reihe „Gesundheitsförderung konkret“ mit dem Band 6 „Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ aus dem Jahr 2005 (Bühler und Heppekausen 2005).

Fazit:
Stress und Emotionen können Lebensstilfaktoren wie Ernährung, körperliche Aktivität oder Medienkonsum beeinflussen, aber möglicherweise auch direkt auf die Energiebilanz wirken.
Daher sollen Bewältigungsfertigkeiten von Stress erlernt sowie personale, soziale und familiäre Ressourcen gestärkt werden.

4.2.4 Konsum elektronischer Medien

Einfluss auf das Gewicht
Der statistische Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum/Medienkonsum und der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas konnte in vielen Studien nachgewiesen werden (Gortmaker et al. 1996, Robert Koch-Institut und BZgA 2008, Must und Tybor 2005) und zeigt sich schon bei Kleinkindern (Reilly et al. 2005) und Erstklässlern (Graf et al. 2004). KiGGS belegt: Kinder mit einem höheren Medienkonsum haben ein doppelt so hohes Adipositasrisiko. Allerdings muss zwischen den Medien unterschieden werden. 11- bis 17-jährige Jungen, die mehr als 3 Stunden pro Tag fernsehen, sind mehr als doppelt so häufig adipös. Bei Mädchen ist der Einfluss auf das Gewicht nicht so stark

ausgeprägt. Genau umgekehrt verhält es sich bei der Nutzung von Computer und Internet. Mädchen, die diese Medien mehr als 3 Stunden täglich nutzen, sind 2,8-mal häufiger adipös, bei Jungen hat eine derartig lange Nutzungszeit dagegen kaum Einfluss auf das Gewicht (Lampert, Sygusch und Schlack 2007).

Klesges, Shelton und Klesges (1993) konnten zeigen, dass der Grundumsatz beim TV-Konsum tiefer sinkt als bei sonstigen sitzenden Tätigkeiten. Dies konnte eine weitere Studie zwar nicht bestätigen, doch eine signifikante Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen steigender wöchentlicher Fernsehzeit und sinkendem Grundumsatz war zu sehen (Cooper et al. 2005). Das allein kann die Zusammenhänge von TV-Konsum und Gewicht allerdings nicht erklären, so die Autoren.

Fernsehkonsum kann sich auf andere Lebensstilfaktoren auswirken und zum Beispiel indirekt zu einer erhöhten Energiezufuhr beitragen. Vor allem energiedichte Lebensmittel und gesüßte Getränke scheinen bevorzugt vor dem Bildschirm konsumiert zu werden (Blass et al. 2006, Bellissimo et al. 2007). Kinder, die täglich vor dem Fernseher snacken, haben einen höheren BMI – so Dubois et al. (2008), die die Gewohnheiten von 1549 kanadischen Kindern untersuchten. Sie essen weniger Obst und Gemüse und trinken häufiger Softdrinks als Kinder, die nie vor dem Fernseher snacken. Kinder, die viel vor dem Fernseher sitzen, sind in verstärktem Maße Werbung ausgesetzt. Beworben werden vor allem jene Lebensmittel, bei denen Fachgesellschaften einen maßvollen bis sparsamen Verzehr empfehlen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2004). Werbung beeinflusst das Ernährungswissen, die Vorlieben, das Kaufverhalten und den Verzehr. Das Ausmaß des Einflusses ist aber schwierig zu bemessen (WHO 2006, Caroli et al. 2004).

Die Vermutung liegt nahe, dass Kinder, die länger vor dem Bildschirm sitzen, weniger aktiv sind und deshalb das Gewicht steigt. Doch offensichtlich ist Zeit für beides da. Ein Zusammenhang zwischen Medienzeit und sportlich-körperlicher Inaktivität zeichnet sich erst ab einer Nutzungsdauer von 4 Stunden pro Tag ab, statistisch bedeutsam ist er ab 5 bis 6 Stunden (Lampert et al. 2007). Auch Biddle et al. (2004) weisen darauf hin, dass die Zeit, die Jugendliche für Fernsehen und Videospiele aufbringen, nicht negativ mit dem Ausmaß an körperlicher Aktivität korreliert. Neuere elektronische Spiele, die die Spielerinnen und Spieler in Bewegung bringen, könnten sogar dazu beitragen, das Ausmaß an Bewegung zu erhöhen. Studien bei Kindern und Jugendlichen gibt es dazu allerdings derzeit keine.

Situation

Handy, Fernseher, Computer, Spielkonsole, Radio und andere elektronische Medien gehören zum Alltag von Kindern und Jugendlichen. Bereits 44 % der 6- bis 13-Jährigen besitzen einen eigenen Fernseher, jeder bzw. jede Zweite besitzt eine Spielkonsole und ein Sechstel einen eigenen Computer. Von den 12- bis 19-Jährigen besitzen 67 % einen eigenen Fernseher, genauso viele einen Computer und 45 % eine Spielkonsole. Nicht nur in der Freizeit werden die Medien genutzt. Sowohl Jungen als auch Mädchen arbeiten täglich oder wöchentlich mehrmals am Computer für die Schule. Jungen spielen aber fast ebenso häufig damit, für Mädchen dagegen sind Computerspiele weitaus weniger attraktiv (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2006, 2007). Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KiGGS wurde das Ausmaß der Nutzung elektronischer Medien untersucht: 11- bis 17-jährige Jungen nutzen Fernsehen, Computer, Video und/oder Spielkonsole 3,8 Stunden, gleichaltrige Mädchen 2,7 Stunden pro Tag.

Beim Fernsehen sind alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede nicht stark ausgeprägt. Bei Nutzung von Spielkonsole, Computer und Internet ist das anders: Jungen nutzen sie häufiger und länger. Etwa jeder fünfte Junge sitzt täglich 1 bis 2 Stunden vor der Spielkonsole, dagegen nur 4,3 % der Mädchen. 22,8 % der 14- bis 17-Jährigen beschäftigen sich mehr als 3 Stunden täglich mit dem Computer. Die meisten Mädchen nutzen ihn etwa 30 Minuten pro Tag.

Im Medienkonsum zeigen Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund Unterschiede. Vor allem Jungen aus Familien mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund gehören zu den starken Nutzern der audiovisuellen elektronischen Medien. Bei den Mädchen geht ein niedriger Sozialstatus mit längeren Fernseh-/Videozeiten einher. Unterschiede in der Nutzung von Computer/Internet zwischen Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund sind statistisch nicht signifikant (Lampert et al. 2007).

Verhältnisse beeinflussen Verhalten: Ein Fernseher im Kinderzimmer erhöht die Fernsehzeit und damit das Risiko für Übergewicht (Dennison, Erb und Jenkins 2002).

Empfehlung

Die Empfehlungen der BZgA, veröffentlicht in der Broschüre „Gut hinsehen und zuhören“, sind richtungsweisend:

- Babys und Kleinkinder sollten möglichst nicht fernsehen.
- Vorschulkinder zwischen 3 und 5 Jahren: maximal ½ Stunde Fernsehen, Computer, Spielkonsolen etc.
- Grundschulkinder zwischen 6 und 10 Jahren: maximal 45 Minuten Fernsehen, Computer, Spielkonsolen etc. am Tag.
- Kinder bis 13: maximal 1 Stunde Fernsehen, Computer etc. am Tag.

Fazit:
Statistische Zusammenhänge zwischen dem Konsum elektronischer Medien und dem Gewicht sind nachzuweisen. Der indirekte Einfluss auf die Gewichtsentwicklung ist plausibel.
Maßnahmen sollten auf Senkung der Inaktivität, speziell TV-/PC-Konsum abzielen.

4.2.5 Rauchen in der Schwangerschaft

Einfluss auf das Gewicht
Studien zeigen, dass die Häufigkeit von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen erhöht ist, wenn die Eltern rauchen. Dabei ist der Einfluss des Rauchens der Mutter, vor allem während der Schwangerschaft, etwas stärker als der des Vaters (Robert Koch-Institut und BZgA 2008, Al Mamun et al. 2006, Bergmann et al. 2009, Gorog et al. 2009, Kleiser et al. 2009, Nagel et al. 2009). Der risikoerhöhende Effekt lässt sich auch dann nachweisen, wenn andere Faktoren mitberücksichtigt werden.

Unklar ist, welche Mechanismen hier zugrunde liegen. Diskutiert wird der Einfluss von Nikotin, der den Stoffwechsel des Kindes beeinträchtigt. So wurden zum Beispiel niedrigere Konzentrationen von Leptin im Nabelschnurblut von Neugeborenen rauchender Mütter festgestellt (Leptin = Hormon, das Sättigungssignale vermittelt) (Mantzoros et al. 1997). Niedrige Spiegel dieses Hormons können die Entwicklung von Übergewicht möglicherweise begünstigen. Es ist aber auch davon auszugehen, dass Rauchen ein Indikator für ein allgemein wenig gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern ist.

Situation
Rauchen ist immer noch weit verbreitet. Etwa ein Drittel der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren raucht, Männer etwas häufiger als Frauen, Jüngere

häufiger als Ältere. Erst im mittleren Lebensalter geht die Prävalenz des Rauchens zurück. Unterschiede im Rauchverhalten finden sich in Bezug auf die soziale Schichtzugehörigkeit. Männer und Frauen mit niedrigem sozialem Status rauchen häufiger als jene mit einem höheren sozialen Status. Auch bei den Schwangeren hängt die Raucherquote vom Sozialstatus ab. Während 20 % der ungelernten Arbeiterinnen rauchen, greifen nur 4 % der Frauen im höheren Dienst und Management regelmäßig zur Zigarette. Bei nicht erwerbstätigen schwangeren Hausfrauen liegt die Raucherquote bei 17 % (Deutsches Krebsforschungszentrum 2008). Möglicherweise ist der soziale Status ein Bindeglied zum Einflussfaktor Rauchen der Mutter auf das Gewicht des Kindes.

Empfehlung

- Frauen sollten in der Schwangerschaft nicht rauchen.
- Aufgrund der Vielzahl an negativen Folgen und unter Berücksichtigung der Vorbildfunktion sollte generell auf Rauchen verzichtet werden.

Fazit:
Kinder und Jugendliche, deren Eltern rauchen, sind häufiger von Übergewicht betroffen.
Maßnahmen sollten darauf abzielen, das Nichtrauchen der Eltern – vor allem während der Schwangerschaft – zu fördern.

5. Zusammenfassung

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer frühen universellen Prävention wird nicht bestritten. Doch ist zurzeit sehr unklar, welche Präventionsmaßnahmen wirksam sind und in welchem Alter sie am besten durchgeführt werden sollten.

In den vorangegangenen Abschnitten wurden unterschiedliche Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sowie Einflussfaktoren auf das Gewicht betrachtet. Fasst man die Schlussfolgerungen zusammen, so können folgende übergewichtsspezifische Empfehlungen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention formuliert werden:

1. Der Zeitpunkt der Maßnahmen sollte möglichst früh erfolgen.
2. Hauptziel sollte sein, Kinder zu einer gesunden Lebensweise zu befähigen und damit auch einen normalen Gewichtsverlauf zu begünstigen. Dabei sind die Schutzfaktoren/Lebenskompetenzen zu stärken bzw. die Erziehungskompetenzen der Eltern zu fördern.
3. Zielgruppen entsprechender Maßnahmen sind Kinder, Jugendliche, Eltern und Schwangere, insbesondere Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status und aus Familien mit Migrationshintergrund.
4. Der Lebensweltansatz ist zu bevorzugen (Kindertagesstätte, Schule, Familie, Jugendzentren, Verein).
5. Verhaltenspräventive Maßnahmen sollen Verhältnisprävention integrieren.
6. Inhaltliche Bausteine können Ernährung (inkl. Stillen), Bewegung, weniger TV-/Medienkonsum, besserer Umgang mit Stress sowie Nichtrauchen in der Schwangerschaft sein.

6. Ausblick

Mit dem vorliegenden Fachheft liegen erstmals Kriterien vor, nach denen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen systematisch beurteilt und auch geplant werden können. Darüber hinaus erlauben sie die Möglichkeit einer systematischen und methodisch einheitlichen Erfassung ausgewählter Kriterien. Dies ist erforderlich, um einen Überblick über die Qualität und Quantität der in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zu erhalten, des Weiteren, um Good-Practice-Modelle zu beschreiben. In einem weiteren Schritt könnten die umgesetzten Maßnahmen dokumentiert und evaluiert werden, um Erkenntnisse über die kurz- und langfristige Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen und damit über Erfolgsprädiktoren zu erlangen. Eine systematische Erhebung sowie Wirkungsevaluation existierender Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen gibt es derzeit für Deutschland nicht.

II.

QUALITÄTSKRITERIEN FÜR MASSNAHMEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRIMÄRPRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

1. Präambel

Der Nachweis von Qualität und Wirksamkeit wird für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention immer stärker gefordert. Seit den 1990er-Jahren sind verschiedene Modelle (QIP, EQUIP, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten u. a.) entwickelt worden, die sich allgemein an gesundheitsfördernde Maßnahmen richten. Auf diesen bauen die vorliegenden Kriterien auf.

Welche Ziele haben die Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen?
Die Kriterien haben zum Ziel, die Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu sichern und weiterzuentwickeln. Sie definieren einen gewissen Qualitätsstandard in diesem Arbeitsfeld und machen Maßnahmen, die diesem Standard folgen, besser vergleichbar. So können sie Erkenntnisse fördern, was Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen erfolgreich macht. Good-Practice-Maßnahmen können ermittelt werden.

Für welche Maßnahmen sind die Qualitätskriterien geeignet?
Die vorliegenden Kriterien zielen auf jegliche Maßnahmen und Entwicklungsprozesse ab, die zur Gesundheitsförderung und zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen konzipiert sind und konzipiert werden. Der Weg zur Durchführung der Maßnahme kann ein Lebensweltansatz, ein Individualansatz oder eine Kampagne sein.

Menschen – egal welchen Alters – sind aber nicht losgelöst von Systemen und Organisationen zu betrachten, in denen sie leben, arbeiten, Sport treiben etc. In Familien, Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen, Stadtteilen etc. entscheidet sich, ob sie gesund bleiben oder werden. Deshalb sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung immer auch zum Ziel haben, diese Organisationen im Sinne der Gesundheit weiterzuentwickeln. Sogenannte zeitlich und inhaltlich begrenzte Projekte können diesen Prozess durchaus ansteuern. Doch der nachhaltige Erfolg der Gesundheitsförderung als eine neue gesellschaftliche Aufgabe ist daran geknüpft, das Thema Gesundheit in Organisationen zu platzie-

ren, aber nicht auf der Ebene von Gesundheiterziehung stecken zu bleiben, sondern sich in Richtung gesunde Organisationen zu entwickeln. Einzelmaßnahmen sind dann in ein gesundheitsförderndes Konzept der Organisation eingebunden. Durch Vernetzung entstehen gesundheitsfördernde Stadtteile, Städte, Regionen etc. Deshalb sollte in jeder Maßnahme die Entwicklung des Systems/der Organisation als Selbstveränderung mitbedacht werden. (Mehr zu Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung bei Grossmann und Scala 2001).

Wer kann die Qualitätskriterien nutzen?

Die Qualitätskriterien bieten Entscheidungsträgern auf unterschiedlichen Ebenen eine Möglichkeit, Maßnahmen zu beurteilen. Die Prüfung der Qualität einer Maßnahme kann sowohl von Außenstehenden (zum Beispiel finanziellen Entscheidungsträgern) als auch von innen beurteilt werden. Zu den Entscheidungsträgern gehören einerseits Entscheidungsträger in Ministerien, Krankenkassen, Verwaltungen von Kommunen und Kreisen sowie Verbänden, andererseits Entscheidungsträger in Kindertagesstätten (zum Beispiel Trägerverein oder Leitung), Schulen (Schulkonferenz), Vereinen (zum Beispiel Vorstand oder Spartenleitung) etc. Für die Letztgenannten stellen die Qualitätskriterien auch eine Planungshilfe dar. Gerade in der Planungsphase sind die Qualitätskriterien hilfreich, um alle wichtigen Punkte und Schritte des Prozesses, den eine Maßnahme durchläuft, von vornherein mitzubedenken. Wer die Kriterien in der Planungsphase nutzt, sollte sich nicht an der ergebnisorientierten Formulierung der Kriterien stören, sondern sie sprachlich zukunftsorientiert „übersetzen".

Die Qualitätskriterien können darüber hinaus Grundlage sein, damit sich alle Mitwirkenden über die Qualität der Maßnahme austauschen können.

2. Die Maßnahme im Gesamtverlauf

Das in Abbildung 3 gezeigte Modell, das den vorliegenden Qualitätskriterien zugrunde liegt, folgt dem systematischen Verlauf einer gesamten Maßnahme. Es macht deutlich, dass der Begriff „Maßnahme" nicht auf die „reine" Aktivität, die Umsetzung der inhaltlichen Bausteine, beschränkt bleibt, sondern weiter gefasst ist und den gesamten Prozess einschließt. Eine (Gesamt-)Maßnahme beginnt mit der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und der Bedarfserhebung; darauf folgen die Planung (mit Zielgruppenbestimmung, Zielsetzung, Konzepterstellung), die Umsetzung in die Praxis sowie die Auswertung von Ergebnis und Prozess. Die Erkenntnisse daraus münden in die Fortführung der Maßnahme ein, in deren Verlauf wiederum die Bedarfserhebung am Anfang steht. Dieser „Entwicklungskreislauf" beschreibt das gesamte Vorgehen im Rahmen von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Maßnahmen. Er ist Grundlage für den Aufbau der vorliegenden Qualitätskriterien.

- Die Entwicklung eines *gemeinsamen Gesundheitsverständnisses* ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwicklung des Konzepts und seiner Umsetzung. Der Austausch zwischen den Beteiligten gibt Antwort auf die Fragen: Was hält uns gesund? Was bedeutet Gesundheit für die Mitwirkenden persönlich, in ihrer Arbeit, für die Kinder, Jugendlichen, Familien etc.? Wie ist das Image des Gesundheitsthemas? Was wollen wir ansteuern?
- Jede Maßnahme zur Gesundheitsförderung sollte mit der *Analyse des Bedarfs*, der Situation vor Ort, in der Einrichtung, der *Aufnahme des Bestands* beginnen. Sie steht am Anfang der Planung. Sie gibt Antwort auf die Fragen: Wie ist die Situation/die Ausgangslage vor Ort? Wo stehen wir? Was läuft gut? Wo könnte Verbesserung erfolgen? Was wollen wir angehen?
- Die *Zielsetzung* betrifft die Bestimmung der Zielgruppe, ihre Besonderheiten, ihre Auswahl, ihre Einbindung und die Definition der Ziele. Sie gibt Antwort auf die Frage: Was wollen wir erreichen und mit wem?
- Im *Konzept* werden alle Aspekte der Maßnahme bedacht und schriftlich niedergelegt. Es ist Grundlage für die Umsetzung. Es gibt Antwort auf die Frage: Um welche konkreten Ziele geht es, und wie wollen wir sie gemeinsam erreichen?
- Für die *Umsetzung* ist die Qualität der Zugangswege, der Vermittlung, des pädagogischen Ansatzes und der personalen, organisatorischen, strukturel-

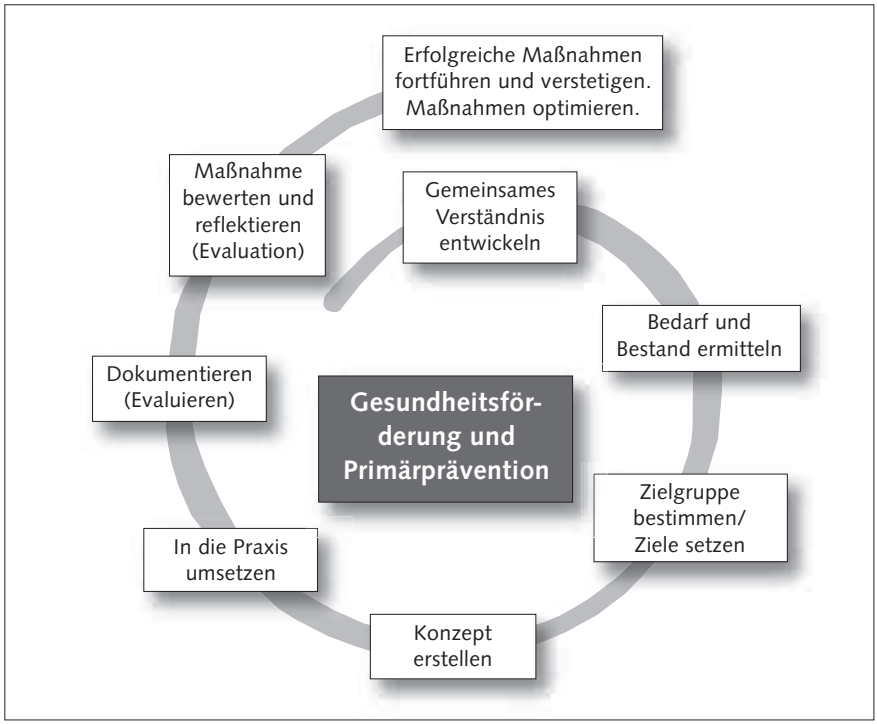


Abb. 3: Gesamtverlauf von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe der BZgA: M. Cremer, C. Goldapp, C. Graf, D. Grünewald-Funk, R. Mann, U. Ungerer-Röhrich, C. Willhöft)

len und finanziellen Rahmenbedingungen von Bedeutung. Folgende Frage steht im Mittelpunkt: Welche Bedingungen sind notwendig, um die Maßnahme erfolgreich durchzuführen?

- Die *Dokumentation/Evaluation* begleitet den Prozess der Umsetzung; Daten werden im Verlauf der Umsetzung und am Abschluss der Maßnahme erhoben und analysiert. Die Evaluation kann die Frage beantworten: Haben wir unser Ziel erreicht? Welche Veränderungen sind eingetreten? Sind wir auf dem richtigen Weg?
- Dokumentation und Evaluation sind Voraussetzung, um die *Maßnahme* zu *bewerten*, zu reflektieren und diese Bewertung für die weitere Planung zu nutzen.

- *Erfolgreiche Maßnahmen werden fortgeführt,* weniger erfolgreiche müssen optimiert werden. Um die Nachhaltigkeit der Maßnahme zu sichern, wird sie in die Organisationen implementiert. Neue Maßnahmen kommen hinzu, bauen darauf auf und starten wiederum mit einer Bedarfserhebung. Auf dem Weg der Organisationsentwicklung wird nach und nach die Gesundheitsqualität der Einrichtung gesteigert.

3. Qualitätskriterien im Überblick

Die Hintergrundinformationen zu den einzelnen Qualitätskriterien finden Sie im Anschluss an die Checkliste (siehe Seite 66–68). Sie erläutern die Kriterien, zeigen auf, warum sie für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wichtig sind und weisen auf besondere Aspekte hin. Die jeweiligen Reflexionsfragen helfen, das Kriterium im Hinblick auf die zu beurteilende Maßnahme zu überdenken und sich damit auseinanderzusetzen. Sie dienen als Anhaltspunkte, müssen aber nicht alle berücksichtigt werden.

Wichtiger Hinweis:
Die Qualitätskriterien sind ergebnisorientiert formuliert, zum Beispiel: „ist erwiesen/erfolgt/beschrieben/bestimmt“ etc. Diese Art der Formulierung bedeutet aber nicht, dass die Qualitätskriterien nur am Ende einer Maßnahme – sozusagen rückblickend – angewendet werden können, um die Maßnahme abschließend zu beurteilen. Die Qualitätskriterien sind bereits in der Planungsphase hilfreich und können in dieser Phase als Checkliste dienen, um alle wichtigen Punkte von Anfang an mitzu(be)denken und auch später nicht aus den Augen zu verlieren. Wer die Qualitätskriterien in der Planungsphase einer Maßnahme nutzt, formuliert sie „gedanklich“ zukunftsorientiert; „zum Beispiel wird entwickelt, beschrieben, bestimmt“. Schreitet die Maßnahme voran, ändert sich der Blickwinkel von der zukunftsorientierten auf die ergebnisorientierte Betrachtungsweise. Denn was geplant war, wurde umgesetzt.

		GEMEINSAMES VERSTÄNDNIS ENTWICKELN	Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
1		**Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit, ihrer Einflussfaktoren und den verschiedenen Ebenen der Prävention ist unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.**	☐	☐	➡ S. 69

		BEDARF UND BESTAND ERMITTELN	Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
2	**A**	**Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit und einer normalen Gewichtsentwicklung ist erwiesen und dokumentiert.**	☐	☐	➡ S. 71
	B	**Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der Einrichtung/in der Lebenswelt[7] und im Umfeld ist erfolgt.**	☐	☐	➡ S. 74

		ZIELGRUPPE BESTIMMEN/ZIELE SETZEN	Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
3		**Die Zielgruppe ist vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.** *Primäre Zielgruppen können sein:* – Schwangere und ihr soziales Umfeld – Kinder und ihr soziales Umfeld (Familie/Betreuungspersonen) – Jugendliche und ihr soziales Umfeld (Familie und/oder Peers) – Eltern/Betreuungspersonen – Multiplikatoren/Multiplikatorinnen	☐	☐	➡ S. 76
4		**Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind erkannt und beschrieben.**	☐	☐	➡ S. 81
5		**Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung und Durchführung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).**	☐	☐	➡ S. 84
6		**Hauptziele und Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.** Die Handlungsbereiche, für die Ziele benannt werden sollten, sind (bitte ankreuzen): ☐ Unterstützung eines gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens (Förderung des Stillens bei Säuglingen) und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ☐ Förderung von körperlicher Aktivität und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen	☐	☐	➡ S. 86

		☐ Stärkung der psychischen Gesundheit/Stärkung im Umgang mit Stress und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ☐ Senkung von Inaktivität, speziell TV-/PC-Konsum, und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ☐ Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen ☐ Weiterer Baustein/weitere Bausteine ..... (bitte benennen und begründen) **Ein integrierter Ansatz wird verfolgt.**			

KONZEPT ERSTELLEN/IN DIE PRAXIS UMSETZEN			Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
7		**Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.**	☐	☐	➡ S. 91
8		**Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist bedacht.**	☐	☐	➡ S. 93
9		**Die Maßnahme berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten[8].**	☐	☐	➡ S. 96
10	**A**	**Die Maßnahme ist niederschwellig[9] angelegt.**	☐	☐	➡ S. 99
	B	**Zugangswege und Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt.**	☐	☐	➡ S. 99
11		**Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme (Empowerment).**	☐	☐	➡ S. 103
12	**A**	**Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).**	☐	☐	➡ S. 108
	B	**Zuständigkeiten und Verantwortung sind mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.**	☐	☐	➡ S. 109
	C	**Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden ausreichend qualifiziert.**	☐	☐	➡ S. 110
13		**Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und das Erreichen der Ziele.**	☐	☐	➡ S. 112
14		**Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind sichergestellt.**	☐	☐	➡ S. 114

DOKUMENTIEREN (EVALUATION)			Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
15	**A**	**Die Inhalte und der Verlauf der Maßnahme sind dokumentiert (Prozessdokumentation).**	☐	☐	➡ S. 116
	B	**Es ist dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat (Ergebnisdokumentation).**	☐	☐	➡ S. 116
	C	**Veränderungen sind dokumentiert (Verhalten, Strukturen, Prozess etc.).**	☐	☐	➡ S. 116

MASSNAHME BEWERTEN UND REFLEKTIEREN (EVALUATION)			Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
16	**A**	**Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind gegenübergestellt, kritisch betrachtet und bewertet.**	☐	☐	➡ S. 119
	B	**Die Prozesse sind kritisch betrachtet und bewertet.**	☐	☐	➡ S. 119
17		**Aufwand und Wirkungen sind gegenübergestellt und kritisch betrachtet.**	☐	☐	➡ S. 122

ERFOLGREICHE MASSNAHMEN FORTFÜHREN UND VERSTETIGEN/MASSNAHMEN OPTIMIEREN			Kriterium erfüllt? Ja	Nein	
18		**Es werden Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt (Vernetzung).**	☐	☐	➡ S. 123
19		**Erfolgreiche Maßnahmen werden in der Organisation/ von den Beteiligten weitergeführt (Verstetigung).**	☐	☐	➡ S. 125
20		**Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nach außen getragen (Übertragbarkeit/Transparenz).**	☐	☐	➡ S. 127

7 Menschen gehen in sozial-räumlichen Strukturen (= Lebenswelten) ihren Tätigkeiten nach, zum Beispiel in Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen, Familien, am Arbeitsplatz, in Vereinen.

8 Die Maßnahme sollte auch eine Veränderung im räumlich-sozialen, wirtschaftlichen Umfeld etc. anstreben, zum Beispiel Radfahrwege, gute Verpflegungsangebote, gesundheitsfördernde Einrichtungen etc.

9 Niederschwellige Maßnahmen bauen keine Barrieren auf, um an der Maßnahme teilzunehmen. Die Zielgruppe kann sie leicht erreichen.

4. Qualitätskriterien

Gemeinsames Verständnis entwickeln

Qualitätskriterium 1
Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit, ihrer Einflussfaktoren und den verschiedenen Ebenen der Prävention ist unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.

Was ist darunter zu verstehen?

Alle, die in einer Maßnahme mitwirken und durch sie betroffen sind, tauschen sich über die genannten Themen aus.

Jeder, der sich für das Thema Gesundheit oder die geplante Maßnahme engagieren will, ist ein wertvoller Mitstreiter bzw. eine wertvolle Mitstreiterin. Um ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihrer Einflussfaktoren zu entwickeln, treten die Mitwirkenden in einen Gesundheitsdialog. Kommuniziert wird über die eigene Meinung, die Erwartungshaltungen, die Befürchtungen, die Regeln, die Werte, die Einstellungen, aber auch über Einschätzungen, Ideen und Visionen rund um das Thema Gesundheit, Gesundheitsförderung sowie Gewichtsentwicklung. Darüber hinaus wird über die Bedeutung von Prävention kommuniziert und sich über die Maßnahme verständigt. Der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1997) folgend sollte dabei vor allem im Vordergrund stehen, was Menschen gesund hält, welche schützenden Faktoren dazu notwendig sind und wie sie gestärkt werden können.

Das Kriterium bedeutet nicht, dass alle in einer Organisation in eine direkte Kommunikation treten müssen. Für die Teilnahme ist vielmehr entscheidend, wie sehr der Einzelne an der geplanten Maßnahme beteiligt und von ihr betroffen ist (zum Beispiel Direktion, Eltern, Hausmeister etc.). Wichtig und wünschenswert ist es, bereits in dieser Phase auch die Zielgruppe zu beteiligen.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Informelle Strukturen wirken sich auf Prozesse in Organisationen aus.

Jede Art von Maßnahme beeinflusst auch die Organisation (zum Beispiel Kindertagesstätten, Schulen, Jugendzentren) und führt zu Veränderungen. Auf

dem Weg in Richtung „gesundheitsfördernde Organisation“ muss die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Beteiligten am Anfang stehen. Denn die Veränderung kann nur gelingen, wenn die Mitwirkenden die Veränderung gemeinsam tragen und auch zu Veränderungen in der Organisationskultur bereit sind. Informelle Strukturen sind mindestens genauso wirksam wie die offiziellen Rollen und Abläufe in einer Organisation. Deshalb ist die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für eine nachhaltige Veränderung sehr wichtig.

Spezielle Aspekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Gewichtige Vorurteile

Häufig werden übergewichtige Menschen – ob groß oder klein – negativ bewertet. Vorurteile sind alles andere als selten, werden bewusst oder unbewusst vermittelt. Selbst Lehrer und Lehrerinnen sowie Eltern haben manchmal Vorurteile. Die Stigmatisierungen haben Folgen für die Seele, und die können schwerer wiegen als die Folgen für die körperliche Gesundheit (Hebebrand und Simon 2008). Ein Gesundheitsdialog richtet den Blick weg vom Gewicht als Defizitfaktor hin zu den Stärken des Kindes/der Zielgruppe.

Reflexionsfragen

- Welche Bedeutung hat das Thema Gesundheitsförderung in der Lebenswelt der Zielgruppe?
- Wie häufig tauschen sich die Beteiligten über Gesundheit aus?
- Welche persönlichen Erfahrungen verbinden die am Dialog Beteiligten mit Gesundheit und Gewicht?
- Haben alle Beteiligten ein Bewusstsein für dieses Thema? Sind sie offen für die Maßnahme? Welche Motivation oder Barrieren bringen sie mit?
- In welchen Bereichen der Organisation erachten die Beteiligten Ernährung, Bewegung oder Stressregulation als wichtig?
- Werden/wurden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit vorgegeben (zum Beispiel durch die Führungsebene, von außen)? Wenn ja, welche?
- Gibt es bereits Maßnahmen in der Organisation, die zusammen mit der Basis entwickelt wurden (zum Beispiel in Kindertagesstätten unter Mitarbeit der Eltern)? Wenn ja, welche?
- Was bedeutet für die Beteiligten eine „gesunde Kindertagesstätte“, „gesunde Schule“ oder ein „gesunder Verein“ etc.?

Bedarf und Bestand ermitteln

Qualitätskriterium 2 A
Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit und einer normalen Gewichtsentwicklung ist erwiesen und dokumentiert.

Was ist darunter zu verstehen?

Eine Bedarfsanalyse erfasst in erster Linie die Ausgangslage im direkten Arbeitsfeld der Maßnahme. Der Sachverhalt sollte so umfassend wie möglich dokumentiert und bewertet werden.

Ein allgemeiner Bedarf ist empirisch belegt: Gesundheit bildet die Basis, damit Kinder gut aufwachsen, sich entwickeln und bilden können. Sie zu fördern, ist sinnvoll. Damit geht die Förderung einer normalen Gewichtsentwicklung einher. Der Bedarf ist angesichts der hohen Prävalenzzahlen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter sowie den Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit vielfach erwiesen. Darüber hinaus wurden besondere Risikogruppen ermittelt (siehe Kapitel 2.2).

Die Bedarfsanalyse baut auf diesen allgemeinen Erkenntnissen auf, blickt jedoch auf den Sachverhalt in der Lebenswelt, in der die Maßnahme erfolgen soll, zum Beispiel in der zu betreuenden Familie, in der Region, in der Organisation oder im geplanten Kampagnenumfeld. Dazu gehören eine Analyse der Häufigkeit, die Verteilung und Entwicklung bestimmter Verhaltensweisen oder gesundheitlicher Merkmale, eine Betrachtung besonderer Zielgruppen, ihres Umfelds, ihrer Stärken etc. Entwicklungsfelder werden im Rahmen der Organisationsentwicklung bestimmt. Die Daten der Fachliteratur helfen, die jeweilige Situation einzuordnen und zu bewerten.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Eine Bedarfsanalyse ist die Grundvoraussetzung für passgenaue Maßnahmen.

Gesundheit wird durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst. Nicht in jedem Umfeld wird das Gleiche „gebraucht“. Die Bedarfsanalyse spezifiziert die Ausgangslage. Sie stellt fest, ob besondere Gruppen einen besonderen Bedarf haben und wo ihre Stärken und Entwicklungspotenziale liegen. Sie legt damit auch die Grundlage für einen effizienten Einsatz von Personal und Geldmitteln.

Spezielle Aspekte für Maßnahmen der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Gewichtsentwicklung vor Ort hinterfragen

Die Prävalenzzahlen für Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen haben allgemein ein hohes Niveau erreicht. Zwar zeichnet sich ein Stillstand der Zuwachsraten ab, doch überregionaler Stillstand sollte nicht missinterpretiert werden und zu einem Stopp der Präventionsmaßnahmen führen. Denn Daten aus Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass es erhebliche regionale Schwankungen gibt. Die Unterschiede können von Bundesland zu Bundesland, von Stadtteil zu Stadtteil, von Schule zu Schule, von Verein zu Verein etc. beträchtlich sein (siehe Kapitel 2.2).

Einflussfaktoren auf das Gewicht in den Blick nehmen

Die Bedarfsanalyse sollte sich nicht auf die Gewichtsentwicklung beschränken. Vor allem die Risiko- und Schutzfaktoren für eine normale Gewichtsentwicklung im Umfeld, in dem die Maßnahme geplant ist, sollten recherchiert und analysiert werden. Sie sind äußert vielfältig. Dazu gehören Ernährungs- und Bewegungsverhalten, psychische Faktoren, die Familiensituation, die Umfeldbedingungen etc. So kann für das jeweilige Umfeld die Veränderung des einen oder anderen Einflussfaktors von größerem Sinn sein.

Reflexionsfragen

Die Ausgangslage kann anhand von vorhandenen Daten (zum Beispiel Daten des Gesundheitsamtes, Schuleingangsuntersuchungen, Routinedaten der Krankenkasse, Ergebnissen von Teambesprechungen, Erkenntnissen aus der praktischen Arbeit, Austausch mit der Zielgruppe) beurteilt werden, oder es werden gezielt für die jeweilige Lebenswelt Daten erhoben.

Ermittlung bzw. Sichtung von Daten zur Beurteilung der Ausgangslage

- Welche Daten liegen vor? Welche Daten sollten erhoben werden?
- Auf welcher Ebene liegen Daten vor (Daten des Bundeslands, der Region, der Gemeinde, dem Stadtteil, der Kindertagesstätte/Schule etc.)?

Beschreibung der Ausgangslage/des Ist-Zustands anhand der Daten

- Wie stark sind besondere Gruppen in dem ins Auge gefassten Arbeitsfeld vertreten (zum Beispiel Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, Schwangere etc.)? Wie entwickeln sie sich?
- Wie ist das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen im definierten Arbeitsumfeld (Einrichtung, Stadtteil etc.) zu beurteilen (zum Bei-

spiel was, wann, wie, wo gegessen wird; kulturelle Unterschiede, Genderunterschiede, Grad der Nutzung von Angeboten der Organisation, Stilldauer etc.)?
- Wie ist das Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen im definierten Arbeitsfeld zu beurteilen (zum Beispiel Bewegungszeiten und Bewegungsräume, motorische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, Grad der Nutzung von Fuß- und Radwegen im Umfeld, kulturelle Unterschiede, Genderunterschiede etc.)?
- Wie ist die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im definierten Arbeitsfeld zu beurteilen (zum Beispiel Stressbelastung, Entspannungszeiten und -orte etc.)?
- Wie kann das Medienverhalten (TV-/PC-Konsum) der Kinder und Jugendlichen im definierten Arbeitsfeld charakterisiert werden (zum Beispiel Zeiten, Art der Medien, Art der konsumierten Formate etc.)?
- Wie groß sind die gesundheitlichen Belastungen für Kinder und Jugendliche in der Region, der Schule, der Kindertagesstätte, der Familie etc.?

Analyse der Rahmenbedingungen
- Wie ist die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen? Welche Rahmenbedingungen für gesundheitsförderndes Essen, Bewegung, Stressbewältigung, wenig Medienkonsum etc. können im definierten Arbeitsfeld ausgemacht werden?
- Welche Akteure im Umfeld haben ein Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vor Ort (zum Beispiel Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Krankenkassen, Politiker und Politikerinnen der Kommune, Pädagoginnen und Pädagogen, Lehrkräfte, Sportvereine etc.)?
- Auf welche Weise zeigen die Eltern Interesse für das Thema? Wie kann die Einrichtung die Eltern für eine Mitarbeit gewinnen?
- Wo liegen Stärken und Schwächen im definierten Arbeitsfeld/in der betreffenden Organisation? Was läuft bereits gut? Was müsste verbessert werden, um gesundheitsfördernde Bedingungen zu schaffen und eine normale Gewichtsentwicklung zu fördern?
- Ist die Maßnahme Teil eines Gesamtplans wie EU- und WHO-Programm oder IN FORM?

Sichtung von Literatur
- Wurde die Fachliteratur gesichtet? Wenn ja, welche (Artikel in Fachzeitschriften oder Zeitschriften der Berufsverbände, ggf. Recherche in entsprechenden Datenbanken wie www.dimdi.de oder www.pubmed.gov)?

Qualitätskriterium 2 B
Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der Einrichtung/in der Lebenswelt[10] und im Umfeld ist erfolgt.

Was ist darunter zu verstehen?

Eine Bestandsaufnahme recherchiert und erfasst die lokale Versorgungslage und die Situation in der Einrichtung bzw. in der Lebenswelt.

Dazu gehört die Erfassung bestehender örtlicher bzw. regionaler Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen: kontinuierliche Maßnahmen, laufende, aber zeitlich und inhaltlich begrenzte Projekte, bereits abgeschlossene Projekte in dem jeweiligen Themenfeld, vorhandene „gesunde Organisationen" (gesunde Schule, gesunde Kindertagesstätte etc.). Die Bestandsaufnahme blickt aber auch auf die eigene Einrichtung, die lokale Lebenswelt. Bereits bestehende Aktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden reflektiert, die Organisationsstrukturen werden beleuchtet und die Stärken und die Entwicklungspotenziale bewusst gemacht.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Bedarfslücken und nicht realisierte Möglichkeiten können ermittelt und die Maßnahme kann passgenau für diesen Raum entwickelt werden. Synergien können genutzt werden.

Selbstverständlich kann man an Maßnahmen, die erfolgreich arbeiten, lernen bzw. daran anknüpfen. Innovativ zu sein bedeutet nicht immer, „das Rad ganz neu zu erfinden", aber neue Antworten für Schwachstellen von Präventionsmaßnahmen zu finden und zu praktizieren. In Organisationen ist eine Bestandsaufnahme Grundlage, um weitere Entwicklungsfelder auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Einrichtung zu beschreiten.

Reflexionsfragen

Recherchieren der Versorgungslage

- Welche Koordinationsstellen können kontaktiert werden, um mehr über gesundheitsfördernde Strukturen in der Region zu erfahren?

10 Menschen gehen in sozial-räumlichen Strukturen (= Lebenswelten) ihren Tätigkeiten nach, zum Beispiel in Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen, Familien, am Arbeitsplatz, in Vereinen.

- Welche Maßnahmen gibt es in der Region zur Förderung einer gesunden Ernährung, von genügend körperlicher Aktivität und zur Stärkung psychosozialer Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen?
- Welche Maßnahmen vor Ort unterstützen junge Familien?
- Wer bietet Maßnahmen an (Sportverein, Beratungsstellen, Schulen etc.)?
- Ergänzt die Maßnahme das bestehende Angebot in der Stadt, der Region etc.? Welche Chancen bietet die Maßnahme für das Arbeitsfeld?

Bestandsaufnahme in der eigenen Einrichtung/Lebenswelt

- Welche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung laufen schon in der betreffenden Einrichtung/Lebenswelt?
- Was können die Beteiligten in der Einrichtung/Lebenswelt tun, damit die Maßnahmen Bestandteil des Alltags werden?
- Wie kann die Organisation/Einrichtung von einem Aneinanderreihen von gesundheitsbezogenen Projekten hin zu einer gesunden Einrichtung/Organisation etc. kommen?
- Ist die Maßnahme mit bereits vorhandenen Aktivitäten abgestimmt?
- Gibt es bereits Erfahrungen mit bestimmten Methoden der Zielgruppenansprache?

Zielgruppe bestimmen/Ziele setzen

Qualitätskriterium 3
Die Zielgruppe ist vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.

Primäre Zielgruppen können sein:
– Schwangere und ihr soziales Umfeld
– Kinder und ihr soziales Umfeld (Familie/Betreuungspersonen)
– Jugendliche und ihr soziales Umfeld (Familie und/oder Peers)
– Eltern/Betreuungspersonen
– Multiplikatoren/Multiplikatorinnen

Was ist darunter zu verstehen?

Es wird die Zielgruppe bestimmt, an die sich die Maßnahme direkt (primär) richtet, sowie jene Zielgruppen, die im sozialen Umfeld (sekundär) beteiligt sind.

Kinder und Jugendliche sind die Endadressaten aller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Doch muss sich die Maßnahme nicht immer direkt (primär) an Kinder und Jugendliche richten. Auch Menschen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen – Eltern, Familien, Gleichaltrige (Peers) u. a. – kommen als Primärzielgruppe in Betracht, denn sie beeinflussen und prägen das Verhalten von Kindern und Jugendlichen durch Vorbild und Erziehung; sie vermitteln bewusst oder unbewusst Einstellungen und Werte etc. Auch Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher, Übungsleiterinnen und -leiter, andere pädagogische Fachkräfte, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte etc.) können primäre Zielgruppen sein, denn sie sind in Lebenswelten tätig, in denen sich Kinder und Jugendliche über einen verhältnismäßig langen Zeitraum aufhalten. Sie haben selbst Vorbildfunktion, sie können gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrem Arbeitsfeld, ihren Organisationen initiieren und durchführen. Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wird dann mittelbar gefördert. Es kommt auf das Konzept der Maßnahme – basierend auf der Bedarfsanalyse – an, welche Zielgruppe angesprochen werden soll.

Neben der primären Zielgruppe sollten die sekundären Zielgruppen im sozialen Umfeld in der Planungsphase bestimmt und mit in die Maßnahme einbezogen werden. Häufig wird zur Umsetzung einer Maßnahme die Unter-

stützung vieler Personengruppen gebraucht (zum Beispiel durch die Beteiligung von Schulleitung, Hausmeister bzw. Hausmeisterin, Eltern, Kinder, Lehrkräfte etc.).

Warum ist das Kriterium wichtig?

Eine klare Festlegung der Zielgruppe ist Voraussetzung, um Ziele für die Maßnahme formulieren zu können und das Konzept zu erstellen.

Die Zielgruppendefinition ist Grundlage, um die Lebensweise der Zielgruppe zu analysieren und Strategie und Konzept der Maßnahme danach passgenau auszurichten. Die Festlegung einer Zielgruppe erfordert außerdem die Überlegung, welche Einschluss- und Ausschlusskriterien zum Beispiel bei Individualmaßnahmen gelten.

Spezielle Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Zielgruppe Schwangere

Schwangere kommen als Primärzielgruppe in Betracht, da der Ernährungszustand und die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft die Gewichtsentwicklung und den Stoffwechsel des Kindes prägen können (siehe Kapitel 4.2.1). Auch andere Lebensstilfaktoren in der Schwangerschaft – wie zum Beispiel Rauchen – haben Einfluss. Die Schwangeren können auch über Hebammen, Ärztinnen und Ärzte oder andere Multiplikatoren und Multiplikatorinnen erreicht werden.

Zielgruppe Eltern

Eltern haben eine Schlüsselrolle

Faktoren rund um das Gesundheitsverhalten in der Familie und das Familienklima prägen das Verhalten der Kinder und spielen nach Auswertungen der KiGGS-Studie die größte Rolle bei der Entwicklung von Übergewicht beim Kind (Robert Koch-Institut und BZgA 2008). Deshalb ist es sinnvoll, das familiäre Umfeld bei Maßnahmen für Kinder und Jugendliche immer zu berücksichtigen und die Eltern systematisch einzubeziehen. Eltern können aber auch primäre Zielgruppe einer Maßnahme sein.

Eltern wirken auf mehreren Ebenen auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Medienverhalten der Kinder ein: Sie sind Vorbild, sie setzen Regeln und sie kontrollieren deren Einhaltung. Außerdem ermöglichen sie den Zugang zu entsprechenden Angeboten. Zusammen mit emotionaler Unterstützung, Ermutigung und Bestärkung sind sie wichtige Determinanten der familiären Verhaltensmuster, die auf die Gesundheit Einfluss nehmen (Gruber und Haldeman

2009). So kann das Verständnis und die Akzeptanz für diese Lebensstilfaktoren bei den Kindern gesteigert werden (Haerens et al. 2008, Keimer, Hebestreit und Hassel 2008). Untersuchungen zeigen beispielsweise, dass häufigere Familienmahlzeiten ein wünschenswertes Essverhalten (mehr Obst, Gemüse, Getreide, calciumreiche Lebensmittel, weniger Softdrinks) begünstigen (Hill 2002, zusammengefasst auch bei Golan und Crow 2004) oder dass ein frühes Angebot von Obst und Gemüse die Vorliebe für diese Lebensmittel und damit ihren Verzehr fördern kann (Patrick und Nicklas 2005).

Im Hinblick auf die Förderung des Bewegungsverhaltens spielt nach Ansicht einiger Autorinnen und Autoren vor allem die elterliche Unterstützung (Transport zu den Aktivitäten, die Förderung bei der Auswahl der Aktivitäten, das Beobachten der Kinder bei den Aktivitäten, die Wertschätzung der körperlichen Aktivität) für Kinder eine große Rolle (Trost et al. 2003, Golan und Crow 2004, Lindsay et al. 2006, Davison et al. 2008, Trudeau, Laurencelle und Shephard 2004).

Wie sinnvoll die Unterstützung und Einbindung der Eltern ist, zeigen beispielsweise Studien zur Effektivität frühkindlicher Bildung in Kindertagesstätten. Familienbildende Angebote und eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern wirkten sich positiv aus. Sie konnten die Qualität der familiären Lernumgebung verbessern (Sylva et al. 2003). Eltern können auf unterschiedliche Weise eingebunden werden, von passiver Mitarbeit (sie fügen sich einer Maßnahme) bis hin zur Umstellung des eigenen Verhaltens. Klein et al. (2010) konnten im Rahmen eines niederschwelligen Kindergartenprojekts zeigen, dass die Einbindung der Eltern zu einer BMI-Reduktion bei den Kindern führt.

Interessierte Zielgruppe „Junge Familien“

Junge Familien sind besonders motiviert und interessiert. Eine repräsentative Befragung in Entbindungskliniken in Deutschland ergab, dass etwa die Hälfte der jungen Familien gern oder unbedingt zu einem breiten Spektrum von Themen beraten werden möchte. Zu diesen Themen gehören zum Beispiel optimale Ernährung, langfristige Gesundheit und langes Leben (Bergmann et al. 2009).

Zielgruppe Jugendliche

Mit steigendem Alter gehen die elterlichen Einflüsse zurück und die Peergruppe, die Gleichaltrigen, gewinnt an Bedeutung. Je nach Zusammensetzung und Aktivitäten kann die Peergruppe Risiko- oder Schutzfaktor für ein gesundheitsförderndes Verhalten sein. Doch der Lebensstil des Elternhauses hat

weiterhin prägenden Einfluss (Gerhards und Rössel 2003). So werden die Hauptmahlzeiten nach wie vor hauptsächlich zu Hause eingenommen. Innerhalb der Peergruppe spielt das Essen eine untergeordnete Rolle, es geht eher um das Zusammensein mit Gleichaltrigen und Gleichgestellten. Der Lebensmittelverzehr von Jugendlichen außer Haus beschränkt sich vor allem auf die Bereiche Süßigkeiten und Fast Food (Bartsch 2008).

Maßnahmen, die sich an Jugendliche richten, sollten den Einfluss der Peers mit einbeziehen. Der Peer-Education-Ansatz spricht den Gleichaltrigen eine besondere Bedeutung zu. Sie teilen Informationen, Werte und Verhalten zur Gesundheit mit anderen Mitgliedern der gleichen Alters- und Statusgruppe und werden als „Laienmultiplikatoren" angesprochen und eingebunden (mehr dazu siehe: BZgA 2002).

Von der 0. bis zur 100. Perzentile

Da sich Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention an „alle" in einer Lebenswelt, einer Region etc. richten, finden sich in den Zielgruppen der jeweiligen Maßnahmen Kinder, Jugendliche bzw. Erwachsene mit unterschiedlichsten BMI-Werten, die von der 0. bis zur 100. BMI-Perzentile reichen können. Eine Selektion der Zielgruppe im Hinblick auf das Gewicht oder auf Risikofaktoren für Übergewicht schließt sich per Definition aus.

Reflexionsfragen

Bestimmung der Primärzielgruppe:

- Welche Zielgruppe ist nach Sichtung der vorhandenen/erhobenen Daten/Erkenntnisse die wichtigste für die Gesundheitsförderung bzw. Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in dem definierten Arbeitsfeld? Welche Daten/Erkenntnisse wurden bei der Bestimmung der Zielgruppe berücksichtigt?
- Welche Kriterien wurden für die Auswahl und die Eingrenzung der Zielgruppe zugrunde gelegt? Wie sind sie begründet?
- Welche Besonderheiten spielen bei der Auswahl der Zielgruppe eine Rolle (Alter [Kleinkinder, Grundschulkinder, Jugendliche etc.], Gesundheitszustand)?
- Wie groß ist der Anteil von Kindern, Jugendlichen, Familien mit Migrationshintergrund?
- Wie groß ist der Anteil von Kindern, Jugendlichen, Familien mit sozialer Benachteiligung?
- Wie groß wird die Zielgruppe in unserem Arbeitsfeld sein?

Bestimmung weiterer Zielgruppen

- Für wen ist die Maßnahme von Interesse? Wer könnte/sollte einbezogen werden?
- Welche Gruppen im Umfeld der Zielgruppe sollten bedacht/integriert werden?
- Was haben die Akteure getan, damit sich Eltern als Partner eingebunden fühlen?
- Wie können Peers eingebunden werden?
- Welche Gruppen/Personen müssen berücksichtigt werden, wenn sich die Organisation in Richtung gesunde Organisation weiterentwickeln soll?
- Wie können Gruppen „eingeladen" werden, sich an der Entwicklung der Organisation zu beteiligen?

Qualitätskriterium 4
Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind erkannt und beschrieben.

Was ist darunter zu verstehen?

Ein genauer Blick auf die Zielgruppe, ihre Lebensweise, ihre Stärken und ihre Besonderheiten ist gefordert.

Besonderheiten sind alle Merkmale, die die Zielgruppe näher kennzeichnen, worin sich Zielgruppen unterscheiden etc. Dazu gehört zum einen das Geschlecht. Darüber hinaus sind Alter bzw. Altersspanne, der körperliche Zustand (wie Behinderung oder Erkrankungen), die religiös-ethische Orientierung, ethnisch-kulturelle Merkmale oder Bildung von Bedeutung. Aber auch Faktoren, die bei Kindern und Jugendlichen eher über das Elternhaus oder das Lebensumfeld bestimmt sind – wie sozialer Status, Einkommen, Normen, Werte, Lebenswelt (Infrastruktur, Freizeitmöglichkeiten, Lebensmittelangebot etc.), Gesundheit und Gesundheitsverständnis, Motivation und andere Besonderheiten der Lebensweise – zählen zu den besonderen Merkmalen von Zielgruppen. Auf den Stärken der Zielgruppe (der Kinder und Jugendlichen, Eltern, Schwangeren etc.) baut die Maßnahme auf. Dazu gehören Fähigkeiten, Erfahrungen, Einstellungen, Wissen, Verhalten, familiäre Res-sourcen (wie zum Beispiel das Erziehungsverhalten oder die Unterstützung durch Eltern) oder soziale Ressourcen (wie zum Beispiel Netzwerke durch Freunde/Freundinnen, in der Nachbarschaft), die die Gesundheit schützen und fördern (Ressourcen siehe auch Qualitätskriterium 11).

Warum ist das Kriterium wichtig?

Um die Maßnahme auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zuzuschneiden, muss man ihre Besonderheiten und Stärken kennen.

Nicht alle profitieren gleichermaßen von einer Maßnahme. Was etwa für Jungen geeignet ist, muss es für Mädchen noch lange nicht sein. Maßnahmen, die Kinder mit hohem sozialem Status erreichen, wirken nicht zwangsläufig bei Kindern aus benachteiligten Familien. So zeigen Daten aus KOPS (Kieler Adipositas Präventionsstudie), dass ein niedriger sozialer Status präventive und therapeutische Maßnahmen erschwert (Langnäse et al. 2004). In Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention findet keine Selektion statt und Akteure treffen in den Lebenswelten und Organisationen, die zum Beispiel auch den kommunalen Raum umfassen, immer auf gemischte Gruppen. So sind zum Beispiel in Schulen meist Kinder aus verschiedenen Kulturkreisen

und mit unterschiedlichem sozialem Status anzutreffen. Diese Mischung ist wiederum von Schulklasse zu Schulklasse unterschiedlich ausgeprägt.

Eine Maßnahme braucht ein grundlegendes Verständnis der Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen der Zielgruppen, sonst bleiben diese oder ein Teil davon fern, oder ihre Einstellungen und Lebensweisen werden eher bestärkt als verändert. Gehen Maßnahmen auf die Zielgruppen ein, bauen sie auf vorhandene Stärken in ihrer Vielfalt auf, so werden sie leichter angenommen und die Zielgruppen sind eher bereit, ggf. dauerhaft mitzuwirken. Gerade für Menschen, die schwerer erreichbar sind, ist es wichtig, ihre Besonderheiten, Wünsche und gesundheitsbezogenen Lebensstile zu kennen, um sie anzusprechen und zu motivieren. Deshalb müssen Zielgruppen genau definiert werden und ihre Vielfalt muss in den Konzepten und Maßnahmen Berücksichtigung finden.

Spezielle Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Sozialer Status und Migrationshintergrund stehen mit dem Gewicht in Beziehung

Übergewicht kommt in verschiedenen Sozialgruppen unterschiedlich häufig vor. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger übergewichtig als Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem sozialem Status. Die Schulbildung der Eltern, ihre berufliche Stellung und das Haushaltsnettoeinkommen – alle Faktoren haben Einfluss auf das Auftreten von Übergewicht. Auch Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig. Doch es gibt Unterschiede: Kinder aus Familien mit türkischer Herkunft, Jungen aus Polen, Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sind besonders oft davon betroffen. Unterschiede im Sozialstatus können die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund nicht ganz erklären (Robert Koch-Institut und BZgA 2008). Maßnahmen speziell auf diese Zielgruppen auszurichten, könnte eher positive Effekte erreichen als breiter angelegte Studien oder hinsichtlich Sozialstatus unspezifische Maßnahmen, so die Ergebnisse der HTA-Analyse (Fröschl, Haas und Wirl 2009), die die Wirkung von Präventionsmaßnahmen von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen untersuchte.

Sozialer Status und Migrationshintergrund wirken sich auf die Lebensstilfaktoren aus

Der kulturelle Hintergrund beeinflusst die Ernährung, die Einstellung zu Bewegung, Sport, Familie, die Bewertung des Körperbildes etc. So können traditionsgemäße fettreiche Ernährungsweisen stark verankert sein, „wohlge-

nährt“ kann eher mit „gesund“ gleichgesetzt und „normalgewichtige“ Kinder dann als „zu dünn“ bewertet werden (Robert Koch-Institut 2008). Doch generelle Aussagen können nicht gemacht werden. Selbst innerhalb der verschiedenen Ethnien können die Unterschiede je nach Herkunftsland und -gebiet, Art der Migration, Aufenthaltsstatus, Bildungsniveau, Grad der Integration etc. groß sein.

Auch zwischen sozialem Status und Lebensstil lassen sich Zusammenhänge festmachen (siehe Einleitung „Lebensstilfaktoren“). Die Ursachen sind vielfältig. Ökonomische/finanzielle, strukturelle, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren können zum Beispiel beim Zustandekommen einer schichtspezifischen Ernährung eine Rolle spielen. Dazu gehören Erwerbstätigkeit, Lebensmittelpreise, gute oder schlechte Erreichbarkeit von frischen Lebensmitteln, Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Unterstützung, ein Bewusstsein für gesunde Ernährung etc. (Muff und Weyers 2010).

Vielfältig sind die Einflussfaktoren und ihre Verknüpfung. Deshalb ist der „genaue Blick“ auf die ins Auge gefasste Zielgruppe unabdingbar. Vertreter und Vertreterinnen der Zielgruppe können helfen, soziokulturelle Unterschiede und die Ressourcen der Zielgruppe besser kennenzulernen.

Reflexionsfragen

Besonderheiten der Zielgruppe:

- Welche sozialen, kulturellen, gesundheitlichen Besonderheiten der Zielgruppe sind vorhanden?
- Woher stammen die Informationen über Besonderheiten und über das soziokulturelle Umfeld der Zielgruppe?
- Welche Ressourcen bringt die Zielgruppe mit (Zeit, Fähigkeiten, Wissen, familiäre Unterstützung, soziale Netzwerke etc.)?
- Welche Erwartungen und ggf. Befürchtungen bringt die Zielgruppe mit?

Folgerungen für die Maßnahmengestaltung:

- Werden die Besonderheiten der Zielgruppe (Vermittlung, didaktische Materialien, Ansprache, Zugang etc.) berücksichtigt?
- Wie wird die Zielgruppe zum Mitwirken eingeladen?
- Welche Kulturübersetzerinnen bzw. -übersetzer können bei Zielgruppen, zu denen Migrantinnen und Migranten gehören, einbezogen werden?
- Welche Multiplikatoren und Multiplikatorinnen können vermitteln und haben einen guten Zugang zur Zielgruppe bzw. genießen ihr Vertrauen? Wie können sie einbezogen werden?

Qualitätskriterium 5
Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung und Durchführung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Was ist darunter zu verstehen?

Unter Partizipation (Teilhabe) wird eine partnerschaftliche Kooperation mit der Zielgruppe bezeichnet.

Partizipation kann unterschiedliche Ausprägung annehmen (nach Wright, Block und von Unger 2008):

Stufe 1: Instrumentalisierung (Zielgruppenmitglieder partizipieren nur pro forma, haben aber kein Mitspracherecht)
Stufe 2: Anweisung (Die Lage der Zielgruppe wird wahrgenommen, aber ihre Meinung wird nicht berücksichtigt)
Stufe 3: Information (Die Meinung der Zielgruppe wird berücksichtigt, um die Akzeptanz der Maßnahme zu erhöhen)
Stufe 4: Anhörung (Die Entscheidungsträger interessieren sich für die Sichtweise der Zielgruppe)
Stufe 5: Einbeziehung (Die Entscheidungsträger lassen sich von Mitgliedern der Zielgruppe beraten)
Stufe 6: Mitbestimmung (Mitglieder der Zielgruppe haben ein Mitspracherecht)
Stufe 7: Teilweise Übertragung der Entscheidungskompetenz
Stufe 8: Entscheidungsmacht
Stufe 9: Selbstorganisation (im Rahmen der Verstetigung von Maßnahmen)

Je stärker die Zielgruppe einbezogen wird, desto besser für die Maßnahme bzw. deren Akzeptanz und/oder Wirksamkeit. Von Stufe 6 bis 8 findet echte Partizipation statt. Damit Zielgruppen partizipieren können, haben sich u. a. Gruppenfähigkeit, Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen, Wünsche und Bedürfnisse als hilfreiche Kompetenzen erwiesen.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Durch die Teilhabe werden die individuellen Kompetenzen gestärkt und die Zielgruppe wird befähigt und motiviert, sich in der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt einzubringen.

Es genügt nicht, die Zielgruppe lediglich zu informieren oder aufzuklären (Rosenbrock 2005), sondern sie sollte zumindest angehört oder aktiv in die Planung einbezogen werden. In Studien zur Effektivität frühkindlicher Bil-

dung (EPPE und REPEY) zeigte sich, dass Kindertagesstätten dann effektiver waren, wenn u. a. der Selbst- und Mitbestimmung der Kinder ein hoher Wert beigemessen wurde und wenn die Angebote von Fachkräften in den Kindertagesstätten und jene, die die Kinder selbst wählten, im Gleichgewicht standen.

Reflexionsfragen

Grad der Partizipation

- Wird die Zielgruppe aktiv in die Planung einbezogen?
- Wie wirken Zielgruppen oder Betroffene an der Maßnahme mit (an welchen Teilschritten, bei welchen Entscheidungen und mit welchen Arbeitsformen)?
- In welcher Stufe der Partizipation befindet sich die Maßnahme? Wie findet Partizipation statt?
- Welche Stufe der Partizipation ist möglich (in der Phase der Planung, der Umsetzung, der Evaluation etc.)?

Wenn Stufe 1 bis 3 der Partizipation erreicht wird

- Warum engagiert sich die Zielgruppe vermutlich so wenig?
- Falls Zielgruppen oder Betroffene die Maßnahme nicht aktiv mitgestalten, welche Gründe gibt es dafür?
- Was liegt der Zielgruppe vermutlich besonders am Herzen?
- Wie kann ggf. die Zielgruppe aktiv einbezogen werden? Wie kann die Zielgruppe besser erreicht werden?
- Können sich die an der Maßnahme Beteiligten an einen guten Kontakt zur Zielgruppe erinnern? Was hat ihn so gut gemacht?

Wenn Stufe 4 ff. der Partizipation erreicht wird

- Welche Erwartungen hat die Zielgruppe?
- Wie wurde sie „entdeckt“ (durch Bedarfsanalyse, durch Gespräche mit der Zielgruppe, durch Beobachtung, Erfahrung)?
- Wie geht die Maßnahme auf die Erwartungen der Zielgruppen ein?
- Wird das Angebot von der Zielgruppe selbst initiiert?

Qualitätskriterium 6
Hauptziele und Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

Die Handlungsbereiche, für die Ziele benannt werden sollten, sind (bitte ankreuzen):
- ☐ Unterstützung eines gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens (Förderung des Stillens bei Säuglingen) und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen
- ☐ Förderung von körperlicher Aktivität und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen
- ☐ Stärkung der psychischen Gesundheit/Stärkung im Umgang mit Stress und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen
- ☐ Senkung von Inaktivität, speziell TV-/PC-Konsum, und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen
- ☐ Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft und Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen
- ☐ Weiterer Baustein/weitere Bausteine ..... (Bitte benennen und begründen) .....

Ein integrierter Ansatz wird verfolgt.

Was ist darunter zu verstehen?

In Zielen wird festgelegt, was, in welchem Umfang, bis wann, bei wem in einem definierten Handlungsbereich erreicht werden soll. Hauptziele beschreiben die übergeordneten Ziele des Projekts. Teilziele sind auf der Ebene der Maßnahmen angesiedelt.

Ziele können für verschiedene Projektebenen aufgrund der Bedarfs- und Bestandsanalyse formuliert werden. Beispiel: Ein Hauptziel kann zum Beispiel in den Lebenswelten Kindertageseinrichtung oder Schule sein, eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung bei Kindern zu fördern, um Übergewicht zu vermeiden. Die Teilziele beziehen sich auf die einzelnen Maßnahmen und sind auf Verständnis, Wissen, Motivation, Verhalten und Verhältnisse ausgerichtet (siehe auch www.gesundheitsziele.de, Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen).

Ziele sollten nicht einfach nur beschrieben werden. Um die Zielerreichung überprüfen zu können, ist eine „smarte" Formulierung erwünscht (Beispiele siehe unten):
„s" – spezifisch, d. h. situations- und personenorientiert
„m"– messbar, d. h. überprüfbar

„a“ – (modifiziert) aufbauend auf Stärken und Entwicklungspotenzialen der Zielgruppe
„r“ – realistisch, d. h. überschaubar, inhaltlich begrenzt
„t“ – terminiert, d. h. zeitlich festgelegt

Gesundheit umfasst ein sehr breites Themenspektrum. Machen sich Organisationen auf den Weg, eine „gesunde Einrichtung“ zu werden, können sie nicht alles gleichzeitig in Angriff nehmen. Deshalb ist es sinnvoll, die Ziele, die aufgrund der Situationsanalyse formuliert wurden, in einem Referenzrahmen[11] zu erfassen und zu ordnen. Das hilft, sie nicht aus den Augen zu verlieren und die einzelnen Maßnahmen und Prozesse miteinander zu verknüpfen.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, aufgrund der Teilziele Kernbotschaften zu formulieren. Sie machen deutlich, ob die Anzahl der Ziele realistisch oder die Maßnahme mit „guten Absichten“ und Zielen überfrachtet ist und damit eine Erreichbarkeit der Ziele von vornherein infrage gestellt ist.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Eine Definition der Ziele ist für jede Maßnahme der Gesundheitsförderung und Primärprävention unabdingbar, um sie gezielt ansteuern und überprüfen zu können.

Aus den Zielen werden zudem die Maßnahmen abgeleitet (nicht umgekehrt). Sie sind der Weg, mit dem das Ziel erreicht wird. Auf Basis der Ziele werden die Botschaften formuliert und die Überprüfungsindikatoren und -methoden festgelegt. Ohne Zielvorgabe ist keine Bewertung der Ergebnisse möglich.

Spezielle Aspekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Integrative Konzepte bevorzugen

Bewegung, Ernährung, Medienkonsum, Stressbewältigung und Rauchen sind Handlungsbereiche, die den Lebensstil charakterisieren. Sie beeinflussen sich gegenseitig und werden wiederum von anderen Faktoren beeinflusst (siehe Einleitung). Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen können in diesen Handlungsbereichen ansetzen. Ein integrierter Ansatz hat Vorteile: Kinder und Jugend-

11 Ein Referenzrahmen gibt zum Beispiel Schulen einen Gesamtüberblick über die Bereiche und Merkmale, die wesentlich für die Entwicklung der Organisation sind. Mehr dazu unter http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7179.

liche können auf unterschiedlichen Wegen den Zugang zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil finden (Kolip 2004, Thomas et al. 2004). Ein solcher integrierter Ansatz wurde zum Beispiel von der BZgA entwickelt und wird in verschiedenen Lebenswelten umgesetzt (Mann-Luoma et al. 2002). Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen für kindertagesstätten- und schulbezogene Präventionsmaßnahmen der GKV ebenfalls eine multimodale Ausrichtung (mindestens auf zwei Themen aus Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stressbewältigung, Suchtvorbeugung und allgemeiner Lebenskompetenz) (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Die Ziele sollten möglichst nicht nur auf der Verhaltens-, sondern auch auf der Verhältnisebene beschrieben werden.

Richtungsweisende Empfehlungen für inhaltliche Bausteine

Unterstützung eines gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens

- Maßnahmen für Kinder und Jugendliche: Ernährungsempfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE, www.fke-do.de) und Qualitätsstandards der DGE für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder und für die Schulverpflegung sowie aktuelle evidenzbasierte Leitlinien oder Empfehlungen von Fachgesellschaften. Kalorienreduzierte Kostformen, Formuladiäten, Medikamente oder chirurgische Eingriffe dürfen nicht Bestandteil des Konzepts/der Maßnahme sein.
- Maßnahmen für Schwangere: Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) für Schwangere.

Stillen

- Empfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“: Im ersten Lebenshalbjahr sollten Säuglinge gestillt werden, mindestens bis Beginn des 5. Monats ausschließlich.

Körperliche Aktivität (verschiedenste Arten der Bewegung, Alltagsbewegung, Sport etc.)

- Empfehlungen nach der Kinder-Bewegungspyramide: Jedes Kind sollte 2 Stunden am Tag körperlich aktiv sein (täglich ½ Stunde intensiv aktiv – Vereins- und Schulsport sowie alle anderen körperlichen Aktivitäten, die Kinder zum Schwitzen und außer Puste bringen; 1 Stunde moderat aktiv – zum Beispiel freie Spiele, mit Freunden draußen toben, Fangspiele; 30 bis 60 Minuten mit Alltagsaktivitäten beschäftigt sein – zum Beispiel Treppensteigen, zur Schule gehen, Mithelfen im Haushalt) (Graf et al. 2007).

TV-/PC-Konsum

– Empfehlungen zur Mediennutzung der BZgA (Broschüre „Gut hinsehen und zuhören“ 2009, zum Beispiel Mediennutzung für 6- bis 10-Jährige: täglich maximal 45 Minuten Fernsehen, PC, Konsolen, Game Boy u. Ä.; maximal 60 Minuten Hörmedien).

Stärkung im Umgang mit Stress

– Konkrete Empfehlungen von Fachgesellschaften gibt es dazu derzeit keine. Es besteht erheblicher Forschungsbedarf im Hinblick auf die Prävention von Übergewicht. In der Gesundheitsförderung ist die Stärkung im Umgang mit Stress jedoch als elementarer Baustein unumstritten. In www.gesundheitsziele.de, Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (Altgeld et al. 2010) ist er im Rahmen der Förderung von Lebenskompetenz enthalten.

Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft

– Empfehlungen siehe BZgA-Portal www.rauchfrei-info.de (u. a. auch Broschüre „Rauchfrei in der Schwangerschaft“).

Wichtiger Hinweis!

Die Möglichkeiten, wie diese Empfehlungen in den verschiedenen Handlungsfeldern umgesetzt und angestrebt werden können, sind äußerst vielfältig; das Spektrum ist wesentlich breiter als zum Beispiel bei Therapieprogrammen für übergewichtige Kinder und Jugendliche. Konkrete Vorschläge zur inhaltlichen Gestaltung der Bausteine von Maßnahmen können in diesem Rahmen nicht gegeben werden. Anregungen, Ideen, Projektbeschreibungen sowie Empfehlungen bieten Veröffentlichungen der jeweiligen Fachgesellschaften, des aid infodienst (www.aid.de) oder die Materialien der BZgA (www.bzga.de), der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung), des Nationalen Aktionsplanes IN FORM und des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“.

Reflexionsfragen

Festlegung von Zielen

Hauptziel:

- Was ist das Hauptziel der Maßnahme? Ist es in einem gemeinsamen Diskurs mit allen Beteiligten entwickelt worden?
- Was soll mit der Maßnahme bei wem erreicht werden (Wissen erweitern, neue Verhaltensmuster prägen, Lebenskompetenzen entwickeln, dingliche Umwelt gestalten, die Organisation verändern etc.)?

Teilziele:

- Welche Teilziele sollen während des Prozesses erreicht werden?
- Was soll sich bei wem verändern?
- Anhand welcher Parameter werden die Ziele gemessen?
- Auf welche Ressourcen kann die Zielgruppe zurückgreifen, um die Ziele zu erreichen?
- Bis wann sollen die Teilziele und das Hauptziel erreicht sein?
- Welche Teilziele sollen kurz-, welche längerfristig erreicht werden?
- Wie sind die Teilziele im Rahmen der Organisationsentwicklung geordnet?
- Welche Kernbotschaften wurden aus den Teilzielen formuliert?
- Wie viele Kernbotschaften sind im Rahmen der Maßnahme sinnvoll? (Weniger ist häufig mehr!)

Integration von Handlungsbereichen:

- Welche Handlungsbereiche werden durch die Maßnahme abgedeckt?
- Wie offen, wie geschlossen ist die Maßnahme im Hinblick auf einen integrativen Ansatz?
- Wirken die verschiedenen Handlungsbereiche auf dieselben Personen ein oder wirken sie auf verschiedene Personen?

Beispiele für Zielformulierungen

Die folgenden Beispiele sind richtungsweisend für eine „smarte" Formulierung, nicht was die darin genannten Inhalte oder Ziele betrifft.

- *__ Monate nach Ende der Maßnahme erhalten die Kinder der Kindertagesstätte ein Frühstücksangebot gemäß den DGE-Verpflegungsstandards in Tageseinrichtungen für Kinder.*
- *Nach Ende der Maßnahme finden in __% der Klassen, die an der Maßnahme teilnahmen, __ Bewegungspausen à __ Minuten pro Vormittag statt.*
- *__% der Kinder ab 5 Jahren sind am Ende der Maßnahme mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv.*
- *__% der teilnehmenden Jugendlichen haben nach der Hälfte der Maßnahme ihren PC-Konsum um ein Viertel gesenkt.*
- *__% der Mütter haben im Rahmen der Maßnahme mindestens bis zum Beginn des 5. Monats voll gestillt.*
- *__% der pädagogischen Fachkräfte verbinden nach Ende der Maßnahme Bildungsthemen mit Bewegung.*

Konzept erstellen/in die Praxis umsetzen

Qualitätskriterium 7
Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.

Was ist darunter zu verstehen?

In einem Konzept ist die Maßnahme systematisch in allen Aspekten formuliert und schriftlich dargestellt. Es ist die Grundlage für die Umsetzung der Maßnahme.

Ein Konzept umfasst die Beschreibung aller folgenden Punkte. In der Planungsphase werden sie bereits alle bedacht:

- Gemeinsame Definition und Festhalten des gemeinsamen Leitgedankens, von dem die Maßnahme getragen wird
- Ausgangslage und Bedarf sowie die Ergebnisse der Bestandsaufnahme
- Zielgruppe und ihre Besonderheiten sowie Grad der Partizipation (Stand der Entwicklung der Organisation)
- Ziele und Teilziele mit Prioritätensetzung
- Beschreibung der inhaltlichen Bausteine (Stillen, Ernährung, Bewegung etc.; kurze Beschreibung des Wirkungsansatzes und Begründung, Umfang, Inhalt und Anteil der Module, Methoden, Vermittlung, Zugangswege, ggf. vorhandener Nachweis über Wirkungen bei der angestrebten Zielgruppe)
- Projektplan
- erforderliche und vorhandene Rahmenbedingungen (Materialien, Räumlichkeiten, Personal, Zeitbedarf, finanzielle Mittel)
- notwendige bzw. mögliche Strukturen (vorgesehene und vorhandene Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Akteuren vor Ort)
- vorgesehene Evaluationsschritte
- erforderliche Dokumentationsprozesse und Darlegung, welche Optimierungsschleifen geplant sind (Prozessqualität)
- Zeitpunkt der Bewertung
- Verstetigungsstrategie (siehe Qualitätskriterien 19 und 20)

Wer ein festes Programm übernimmt oder als Vorbild nutzt, sollte begründen, warum es für die Erreichung der Ziele und das Arbeitsfeld besonders geeignet ist. Darüber hinaus ist zu beschreiben, welche Teile, Materialien und Schritte ggf. verändert werden und wie die adäquate Umsetzung mit verlässlicher Güte vor Ort sichergestellt wird.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Die systematische, schriftliche Erfassung einer Maßnahme in allen Aspekten zwingt bereits im Vorfeld dazu, die Maßnahme realistisch zu bedenken und zu planen. Ein Konzept macht sie für beteiligte Akteure oder bei Anträgen auf Unterstützung transparent.

Die Erstellung des Konzepts führt zur Präzisierung der Ziele und der Überprüfungsmethoden. Es zeigt deutlich, ob Ziele und Maßnahmen sinnvoll aufeinander aufbauen, ob die zeitlichen Abläufe und das Erreichen der Teilziele realistisch geplant sind. Zudem ist es eine verbindliche Grundlage für die gemeinsame Arbeit verschiedener Akteure in einer Maßnahme. Darüber hinaus ist ein Konzept für Finanzierungsanträge notwendig. Nicht zuletzt kann sich die Zielgruppe (die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Maßnahme) anhand des Konzepts über die Maßnahme informieren bzw. ist bereits an der Konzepterstellung beteiligt und gestaltet sie mit.

Reflexionsfragen

- Enthält das Konzept alle oben genannten Punkte? Welche fehlen? Welche Informationen werden dazu noch benötigt?
- Welchen Zeitanteil nehmen die einzelnen Module/Bausteine an der gesamten Maßnahme ein?
- Welche Schwierigkeiten oder unerwarteten Ereignisse könnten bei der Umsetzung der Maßnahme auftreten? Wie soll damit umgegangen werden?
- Nach welchen Methoden wird die Qualität regelmäßig begutachtet?
- Wie werden die Ergebnisse dokumentiert?
- Wie werden die Dokumentationen ausgewertet?

Qualitätskriterium 8
Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist bedacht.

Was ist darunter zu verstehen?

Diskriminierung und mögliche Nebenwirkungen werden bewusst in den Blick genommen.

Ein Stigma ist eine Eigenschaft, die einen Menschen als abweichend, auffällig oder beeinträchtigt erscheinen lässt. Das betrifft jede Art der Diskriminierung aufgrund des Gewichts, der Figur, des sozialen Status, des Geschlechts, kultureller oder anderer Besonderheiten der Zielgruppe. Wer vor allem auf die Defizite und nicht auf die Ressourcen der Zielgruppe schaut, läuft Gefahr, vorhandene Vorurteile zu verstärken.

Zu potenziellen Nebenwirkungen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht können Störungen des Körperbildes, gestörtes Essverhalten, Untergewicht oder Verstärkung von Übergewicht etc. gehören.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Akteure sollten ihr Tun immer kritisch hinterfragen. So können sie Nebenwirkungen vermeiden oder ihnen adäquat begegnen, wenn sie ggf. auftreten.

Gerade in der Arbeit mit inhomogenen Zielgruppen, wie sie für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention anzutreffen sind, sollten Akteure sensibel für mögliche Stigmatisierungen sein. Die Maßnahmen werden entsprechend so gestaltet, dass diese Nebenwirkungen vermieden werden können. Ein Ansatz, der die Ressourcen der Zielgruppe stärkt, wirkt einer Stigmatisierung entgegen. Er stellt das Positive, die Stärken der Zielgruppe, in den Blick der Akteure und führt sie weg von einer defizitorientierten Denkweise, in der vorwiegend Risiken abgebaut und Schwächen behoben werden.

Spezielle Aspekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Diskriminierung von Übergewicht wirkt sich auf Normalgewichtige aus

Übergewicht wird im Allgemeinen negativ bewertet. Die Stigmatisierung beginnt bereits im Kindergartenalter, doch vor allem ab der Pubertät steigt die Belastung (Eschenbeck et al. 2009). Die Hänseleien belasten die Seele, sie

können am Selbstwertgefühl nagen und das Selbstvertrauen beeinträchtigen (Hölling et al. 2008). Sie können dazu führen, dass sich Übergewichtige und Adipöse stärker zurückziehen (Dyer et al. 2007).

Die negative Bewertung von Übergewicht wirkt sich auf die Selbstwahrnehmung des eigenen Gewichts aus, und auch ein subjektiv empfundenes Übergewicht senkt die Lebensqualität stark. Die Auswertungen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) deuten darauf hin, dass objektiv Normalgewichtige, die sich subjektiv für „viel zu dick" halten – und das sind fast 50 % der befragten normalgewichtigen Mädchen und 26 % der normalgewichtigen Jungen –, ein drastisch verringertes Selbstwertgefühl und eine geringere psychische und familiäre Lebensqualität haben (Kurth und Ellert 2008).

Gesundheit fördern, Gewicht nicht ständig zum Thema machen

Hebebrand und Simon (2008) konstatieren eine Zunahme der Stigmatisierung von Übergewicht, unter der die Menschen häufig mehr leiden als unter den medizinischen Folgen. Präventionsprogramme, die Übergewicht ständig thematisieren, könnten dieser Stigmatisierung weiter Vorschub leisten. Deshalb sollten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen den Fokus auf das Übergewicht bewusst vermeiden. Stattdessen sollten sie die „Stärken stärken" und so die Gesundheit fördern.

Unerwünschte Wirkungen in den Blick nehmen

Auch andere unerwünschte Wirkungen – wie eventuelle Störungen des Körperbildes, gestörtes Essverhalten oder Untergewicht – dürfen entsprechende Maßnahmen nicht fördern. Diesen unerwünschten Wirkungen wird in Programmen zur Prävention von Übergewicht bisher zu wenig Beachtung geschenkt (Doak et al. 2006, Simonetti D'Arca et al. 1986).

Reflexionsfragen

- Welche unerwünschten Wirkungen könnten durch die Maßnahme hervorgerufen werden und wie werden sie erfasst?
- Wie beurteilen die an der Maßnahme Mitwirkenden übergewichtige Menschen – bewusst und unbewusst?
- In welcher Weise werden die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht von den Mitwirkenden thematisiert?
- Wie werden die Mitwirkenden unterstützt, den Fokus zunächst nicht auf die Probleme und Schwierigkeiten, sondern auf die Stärken und Ressourcen zu legen?

- Welche Maßnahmen sind entwickelt worden, um gesundheitlich beeinträchtigte Kinder zu entlasten?
- Wie kann es gelingen, die Selbstwirksamkeitserwartung bei den Betroffenen/der Zielgruppe zu stärken? („Ich glaube an dich, du wirst Veränderungen, die du dir vorgenommen hast, schaffen!“)

Qualitätskriterium 9
Die Maßnahme berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten.

Was ist darunter zu verstehen?

Verhältnisprävention zielt auf das Umfeld ab. Dazu gehören die räumliche, soziale, aber auch die wirtschaftliche, technologische Umwelt oder gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen.

Die räumlich-sozialen Umfelder, in denen Kinder und Jugendliche groß werden, sind ihre Familien, der Stadtteil, die Gemeinde, die Kindertagesstätte oder die Schule, die sie besuchen, der Verein, in dem sie Sport treiben etc. Städtebauliche Maßnahmen – wie zum Beispiel mehr Radfahrwege, ein gesunder Lebensstil in der Familie, ein gutes Verpflegungsangebot in der Kindertagesstätte und/oder Schule, Leitbilder zu Gesundheitsförderung in Einrichtungen – sind Beispiele für Verhältnisprävention (siehe Kapitel 3.1).

Warum ist das Kriterium wichtig?

Verhältnisse können Anreize schaffen oder Barrieren bilden, sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Deshalb müssen für eine effektive Gesundheitsförderung und Primärprävention Verhältnis- und Verhaltensprävention zusammenspielen.

Viele Expertinnen und Experten sehen in der Veränderung von Rahmenbedingungen einen Schlüssel zum Erfolg. So empfehlen die GKV- Spitzenverbände die gleichgewichtige Berücksichtigung der Verhältnisprävention (gesundheitsförderliche Umgestaltung von Strukturen und Abläufen in Kindertagesstätten und Schulen) und der Verhaltensprävention (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008).

Wie effektiv Verhältnisprävention sein kann, beobachtete zum Beispiel Bray (2004): Kariesprophylaxe-Appelle, die sich an Individuen und Familie richten, hatten/haben nur geringen Erfolg. Erst die Verfügbarkeit von Fluortabletten und ggf. die Fluoridierung von Wasser brachten den Durchbruch. Der Bundeselternrat stellte beispielsweise fest, dass Umbaumaßnahmen für mehr Bewegungsfreundlichkeit innerhalb der Einrichtung besonders nachhaltig auf das Bewegungsverhalten der Kinder wirken (Bundeselternrat 2006).

Spezielle Aspekte von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Übergewichtsfördernde Strukturen in den Blick nehmen

Ernährungs-, Bewegungs- oder Freizeitverhalten sind nicht nur Sache der individuellen Gewohnheiten eines Kindes oder einer Familie. Es wird von äußeren Verhältnissen beeinflusst. Das gilt bereits für die Ernährung und Entwicklung im Mutterleib und in den ersten Lebensmonaten. Schon in dieser frühen Phase wirken sich die Verhältnisse (zum Beispiel Überernährung oder Rauchen während der Schwangerschaft, die Entscheidung der Mutter zu stillen) auf die spätere Gewichtsentwicklung aus (siehe Kapitel 4.2.1).

Kinder und Jugendliche wachsen hierzulande in einer Umwelt heran, in der Überangebot, Überfluss und gesellschaftliche Einstellungen und Werte, die dem Konsum, dem Genuss und der Lebensfreude einen hohen Stellenwert beimessen, eine Rolle spielen (Müller, Reinehr und Hebebrand 2006). Preiswerte Nahrungsmittel sind immer und überall verfügbar und es ist leicht, jederzeit Kalorien aufzunehmen. Der Trend zum Außer-Haus-Verzehr nimmt bei Jugendlichen zu (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2004). Dem steht Bewegungsarmut gegenüber. Gärten, Parks, Sport- und Freizeiteinrichtungen sind Bewegungs- und Spielräume und können Voraussetzungen bieten, um aktiv sein zu können (Spurrier et al. 2008, Popkin et al. 2005, Floriani und Kennedy 2008). Doch vor allem in städtischen Gebieten sind sie häufig nicht ausreichend vorhanden, sie regen oft nicht zum Spiel im Freien an oder werden nicht ausreichend genutzt. Vor allem sozial benachteiligte Wohngebiete sind in Deutschland durch weniger Grün- und Freiflächen, höheres Verkehrsaufkommen sowie schlechtere soziale und kulturelle Infrastruktur gekennzeichnet (Lampert und Mielck 2008).

Verhältnisse verbessern und Akzeptanz fördern

Das Vorhandensein von guten Rahmenbedingungen ist wichtig, doch sie müssen auch akzeptiert sein und genutzt werden. Dies wiederum hängt von der Einschätzung der Anwohner und Anwohnerinnen bzw. der potenziellen Nutzer und Nutzerinnen sowie ihrer sozialen Rolle, von Regeln und Normen im Umfeld, vom Geschlecht oder vom Alter ab. Fühlen sich Kinder, Jugendliche oder Familien wohl, wenn sie diese Angebote in Anspruch nehmen? Sind die Angebote angesagt (Papas et al. 2007)? Es zeigt sich, dass Jungen öffentliche Bewegungsräume wieder zurückerobern. Mädchen dagegen bewegen sich lieber in geschützten, überschaubaren Räumen (Wopp 2007). Die Wahrnehmung von Sicherheit ist für Eltern ausschlaggebend, zum Beispiel bei der Wahl des Transportmittels zur Schule (Davison et al. 2008).

Gesunde Verhältnisse müssen in den sozialen Kontext eingebunden sein. Deshalb beschränken sich zum Beispiel die Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und für die Verpflegung in Kindertagesstätten (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2009) nicht nur auf Vorgaben zur Lebensmittelauswahl und Speiseplangestaltung. Sie integrieren auch Rahmenbedingungen und weisen darauf hin, dass die Akzeptanz bei der Zielgruppe aktiv gestaltet werden muss.

Verhältnisprävention kommt meist zu kurz

Die Bedeutung der Verhältnisprävention wird in vielen Studien – vor allem für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche – möglichst in Kombination mit verhaltenspräventiven Maßnahmen betont. Doch Meta-Analysen und Reviews zeigen, dass in Interventionsmaßnahmen Umwelteinflüsse und soziale Rahmenbedingungen so gut wie nicht berücksichtigt werden (Summerbell et al. 2005, Fröschl, Haas und Wirl 2009). Wie effektiv eine Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventivem Ansatz sein kann, konnte die Trinkfit-Studie zeigen. Im Rahmen dieser Maßnahme wurde der Zugang zu Trinkwasser in Schulen erleichtert (Verhältnisprävention) und durch Maßnahmen der Wissensvermittlung zum Trinken (Verhaltensprävention) ergänzt. Das Ergebnis: Die Trinkmenge von Wasser stieg, und die von süßen Getränken reduzierte sich etwas. An Schulen, die diese Maßnahmen umsetzten, wurden weniger Kinder übergewichtig (Muckelbauer et al. 2008 und 2009).

Reflexionsfragen

- Wie hängen Gesundheitsprobleme, Risikoverhalten und Rahmenbedingungen des Gesundheitsverhaltens in dem betreffenden Arbeitsfeld zusammen?
- Wie kann die Maßnahme gesundheitsgerechte Verhältnisse und Rahmenbedingungen im Alltag herbeiführen?
- In welcher Form berücksichtigt das Konzept Verhältnisprävention?
- Ist es möglich, Verhältnis- und Verhaltensebene miteinander zu verknüpfen? Mit welchen Schritten können sie verbunden werden?

Qualitätskriterium 10 A
Die Maßnahme ist niederschwellig angelegt.

Qualitätskriterium 10 B
Zugangswege und Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt.

Was ist darunter zu verstehen?

Niederschwellige Maßnahmen gehen auf die Zielgruppe zu bzw. ermöglichen eine Teilnahme ohne große Hürden. Zugangswege und Vermittlungsmethoden sind dabei entscheidend.

Zugangswege machen auf die Maßnahme aufmerksam. Die Auswahl, die Gestaltung, die Sprache, die Inhalte der Mittel etc. hängen von der Zielgruppe und ihren Bedürfnissen (Alter, Geschlecht, soziale und kulturelle Besonderheiten etc.) ab. Zugangswege können Plakate, Flugblätter, Flyer, aufsuchende persönliche oder telefonische Ansprache, Internetseiten, AGs in Schulen, Videos, Blogs, Radio- und Fernsehspots, Artikel in Zeitungen oder Zeitschriften (zum Beispiel des Vereins, Schülerzeitung), motivierende Interviews etc. sein. Die Einbindung der Zielgruppe hilft, adäquate Zugangswege zu finden (siehe auch Kriterium 5 Partizipation).

Unter *Zielgruppenansprache/Vermittlung* sind verschiedenste Arbeitsmethoden zu verstehen, um Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe zu stärken, Einstellungen zu ändern oder Wissen zu vermitteln. Dazu zählen zum Beispiel Diskussionen in der Gruppe, Videovorführungen, Erfahrungsaustausch, Rollenspiele, Zubereitung von Mahlzeiten, Sinnesübungen und Experimente mit Lebensmitteln, Körperbewusstseinsübungen, Entspannungs- und Bewegungsübungen, Feedback- und Belohnungstechniken, interaktives Lernen, Sozialraumerkundung etc. Welche Vermittlungsmethoden gewählt werden, hängt von der Zielgruppe, der Art der geplanten Maßnahme und den Zielen der Maßnahme ab.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Nur wenn die Maßnahme die gewünschte Zielgruppe erreicht, kann sie ihre Wirkung entfalten. Niederschwellige Maßnahmen sorgen dafür, dass die Mitglieder der Zielgruppe an der Maßnahme teilnehmen können, von ihr angesprochen und motiviert werden.

Kinder bzw. Familien mit niedrigem sozialem Status und/oder Migrationshintergrund bedürfen einer besonderen Ansprache, denn Beratungsangebote mit sogenannter „Kommstruktur" werden von diesen Bevölkerungsgruppen häufig nicht in Anspruch genommen. Der aufsuchenden Gesundheitsförderung und niederschwelligen Angeboten kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu (BZgA 2010).

Wenn ein erprobtes Programm bei gleichartiger Zielgruppe genutzt wird, kann auf entsprechende Evaluationen verwiesen werden. Auch auf Erfahrungen aus Good-Practice-Modellen kann man zurückgreifen. Doch immer ist zu prüfen, ob die Ergebnisse und Erfahrungen auf die Situation der geplanten Maßnahme übertragen werden kann.

Spezifische Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Selbstwirksamkeit fördern und Motivation erhöhen

Eine rein kognitive Wissensvermittlung ist bei Kindern und Jugendlichen umstritten und hat keine Evidenz zur Effektivität (Kahn et al. 2002). Denn Wissen bedeutet nicht gleich Handeln (kognitive Dissonanz), und nicht jede Botschaft wird von jedem wahrgenommen. Lebensstilinterventionen zur Prävention von Übergewicht bei Kindern arbeiten zwar häufig mit „Aufklärung" (passiv oder durch Schulung), diese werden aber ergänzt: Verhaltensorientierte Elemente wie zum Beispiel Belohnung, Aufforderung oder Übungen kommen dazu; kognitive Strategien wie Zielsetzung oder Förderung der Selbstwirksamkeit dagegen seltener (Kamath et al. 2008). In Interventionen zur Änderung des Ernährungsverhaltens sowie in Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich aber Hinweise, dass Selbstwirksamkeit ein guter Mediator für eine Verhaltensänderung ist (Cerin, Barnett und Baranowski 2009, Lubans, Foster und Biddle 2008). Ist man überzeugt, bestimmte notwendige Handlungen durchführen zu können, um ein spezielles Ziel zu erreichen, steigt die Wahrscheinlichkeit, darin erfolgreich zu sein. Eine positive Einstellung fördert die Motivation und damit die Bereitschaft für eine Verhaltensänderung (BZgA 2005).

Spaß und Freude fördern

Ein positiver Tenor steht in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei der Vermittlung der Botschaft im Vordergrund. Kinder und Jugendliche, Schwangere, Familien und Peers – je nach gewählter Zielgruppe – sollten ihre eigenen Kompetenzen und Fortschritte ohne Wettkampfstrukturen und Leistungsgedanken erleben können.

So leitet Heindl (2003) für die Ernährungsbildung in Schulen aus dem Prozess der Leitlinienentwicklung an Schulen folgende Hinweise für die Zielgruppenansprache ab: Spaß und Freude am Essen fördern (bei Auswahl, Zubereitung und Verzehr), Gefühle und Wertschätzung für den eigenen Körper und die Gesundheit wecken, ästhetisch-kulturelle und kommunikative Erfahrungen beim gemeinsamen Essen ermöglichen, verantwortlichen Umgang mit der Nahrung schulen, Zusammenhänge einer gesunden und ausgewogenen Ernährung vermitteln, Entscheidungshilfen für alltägliches Handeln anbieten.

Auch bei der Vermittlung von Sport gehören Spaß, Vergnügen und Zufriedenheit für die teilnehmenden Kinder dazu, aber auch Gelegenheit, mit Freunden und Freundinnen zusammen zu sein sowie zweckmäßige und herausfordernde Aktivitäten. Die Kinder sollten das Gefühl haben, etwas zu lernen, etwas zu erreichen, sich zu verbessern, wichtig genommen und angehört zu werden. Der Sport sollte allen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geben, zu partizipieren und sich zu entwickeln. Aktivitäten, die dem Entwicklungsstand angepasst sind und entsprechend modifiziert werden, Rahmenbedingungen, die dazu ermutigen, sich bei Entscheidungsprozessen einzubringen, gehören dazu (www.sparc.org.nz).

Barrieren abbauen

Mütter nennen als Hinderungsgrund, an Präventionsprogrammen für Übergewicht bei Kindern teilzunehmen: großer organisatorischer Aufwand, finanzielle Belastung, bekannte Inhalte, keine Möglichkeit der Umsetzung in den Alltag und Einschränkung der Zeit für andere Dinge (Warschburger und Richter 2009). Kinder und Jugendliche nennen beispielsweise als Gründe, warum sie keinen Sport treiben: eigene Unsicherheit, negative Reaktionen von Schlüsselpersonen über Wahl der Aktivität, Gefühle der Trägheit und innere Konflikte, elterliche Grenzen, Sorgen über Sicherheit und kulturelle Abgrenzungen, Abneigung gegen zu stark organisierte Aktivitäten (Trost et al. 2003).

Zielgruppengerecht zuschneiden

Zugangswege und Vermittlungsmethoden müssen auf die Zielgruppe abgestimmt werden. Hier spielt das Alter eine Rolle. Bei Kleinkindern, so Studien zur Effektivität frühkindlicher Bildung, wird zum Beispiel die kognitive Entwicklung am intensivsten durch das „sustained shared thinking“ gefördert. Es beschreibt einen Kommunikationsprozess von zwei Partnern (Erwachsener und Kind [oder zwei Kindern]), in den sich beide in gleicher Weise und wechselseitig einbringen. Fachkräfte stimulieren durch offene Fragen die Denkprozesse und Fantasie der Kinder (Textor 2008).

Auch soziokulturelle Besonderheiten müssen in Zugangswegen und Vermittlungsmethoden berücksichtigt werden. So erreichte eine vorausschauende Beratung bei jungen Familien im Rahmen einer kontrollierten Studie mit sechs Seminareinheiten über 18 Monate vor allem Familien der Mittel- und Oberklasse. Familien mit niedrigem sozialem Status waren unterproportional vertreten (Bergmann et al. 2009).

Reflexionsfragen

Verbreitung der Maßnahme (Aufmerksamkeit erzielen, sensibilisieren):

- Wie wird die Maßnahme bekannt gemacht?
- Wird die Maßnahme auch fremdsprachig bekannt gemacht?
- Welche Streuwege werden genutzt?

Zugangswege zu den angestrebten Zielgruppen und Vermittlungsmethoden:

- Wie geht die Maßnahme auf Besonderheiten ein, um Zielgruppen anzusprechen und zur Mitwirkung zu gewinnen?
- In welcher Form findet ein Dialog mit der Zielgruppe statt, um herauszufinden, wie sie am besten erreicht werden können?
- In welchem Umfeld wird die Zielgruppe erreicht (aufsuchend/nicht aufsuchend)?
- Wie wird Niederschwelligkeit im Rahmen der Maßnahme erreicht?
- Wie werden Zielgruppen mit Migrationshintergrund/sozialen Belastungen erreicht?
- Welche Sprache spricht die Zielgruppe?
- Welche Medien und Kommunikationswege nutzt die Zielgruppe?
- Welche vergleichbaren Maßnahmen gibt es, die die Zielgruppe gut erreichten? Ist die Erreichbarkeit in einer ähnlichen Maßnahme schon einmal überprüft worden?
- Was sagt die Fachliteratur (Befunde, Studien) zu Zugangswegen und Vermittlungsmethoden für die ins Auge gefasste(n) Zielgruppe(n) und die Ziele der Maßnahme? Auf welchen Erfahrungen kann ggf. aufgebaut werden?
- Wurde erprobt oder wurden Experten/Expertinnen kontaktiert, um zu erfahren, wie gut die Zielgruppe(n) erreicht werden kann?
- Wurden Zugangswege und die Verständlichkeit der Materialien für Zielgruppen mit niedrigem Bildungsstand getestet?
- Wie könnten Kinder zur Einbindung der Eltern gewonnen/einbezogen werden?

Qualitätskriterium 11
Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme (Empowerment).

Was ist darunter zu verstehen?

Die Maßnahme greift vorhandene Kenntnisse, Kompetenzen, Motive, familiäre oder soziale Beziehungen auf, um sie zu verbessern und für einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu nutzen. Dabei ist die Partizipation der Zielgruppe unerlässlich.

Im Rahmen der Salutogenese, die Gesundheit als Prozess versteht, gewinnt die Frage an Bedeutung, was Kinder, Familien oder den Einzelnen stark macht, um auch unter Belastung gesund zu bleiben. Schutzfaktoren (Ressourcen) rücken damit in den Mittelpunkt von Maßnahmen. Es sind eigenständige Einflussfaktoren, die für unterschiedliche Gruppen und in unterschiedlichen Kontexten verschieden sind (Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann 2008).

- Zu den personalen Ressourcen zählen Kohärenzsinn, die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (Erhard et al. 2007), emotionale Stabilität, die Kompetenz zur Bewältigung von negativen Emotionen und (Dis-)Stress (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005), Empathie, Beziehungsfähigkeiten u. a. (Bühler und Heppekausen 2005).
- Bei den familiären Ressourcen sind Aspekte des Familienklimas von Bedeutung. Dazu gehören familiärer Zusammenhalt, Unterstützung durch die Familie, Erziehungsverhalten (Anregung, Förderung, innerfamiliäre Kommunikation, Vorbildfunktion) (Hölling et al. 2008).
- Die sozialen Ressourcen umfassen Unterstützung von anderen, beispielsweise durch die Peergroup, durch Lehrkräfte und andere Bezugspersonen.

Empowerment stärkt die Ressourcen der Zielgruppe. Dazu müssen Akteure ihre Blickrichtung ändern. Nicht Defizite sind zu verhindern oder zu verändern. Vielmehr bestimmen das Wissen um die Stärken der Menschen und der Glaube an die Fähigkeit, in eigener Regie einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu führen, den pädagogischen Ansatz.

Die Stärken der Menschen in der Zielgruppe sind individuell verschieden; partnerschaftliche Kooperation ist daher unumgänglich. Die Wirksamkeit der professionellen Hilfe hängt davon ab, inwieweit sie das „Gefühl" fördern kann, mehr Kontrolle über die eigene Lebensbedingung zu haben und das Posi-

tive zu sehen. Das bedeutet, positive Aspekte und Qualitäten zu fördern und neue zu entwickeln, der Zielgruppe zu helfen, die positiven Aspekte einer Situation zu erkennen, und nichts Neues entstehen lassen, das als negativ bewertet wird (Auhagen 2004). Empowermentmaßnahmen sind verstehbar, das heißt, sie sind zum Beispiel transparent, lebensweltbezogen und sprechen verschiedene Sinne an. Sie sind machbar und bieten vielfältige und individuelle Anregungen. Sie sind sinnhaft, indem sie beispielsweise selbstbestimmte Handlungen ermöglichen (Paulus 2009).

Gesundheit zu fördern ist ein kontinuierlicher Prozess, und die Ressourcen zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Kontexten sind durchaus unterschiedlich. Der Nachbetreuung kommt deshalb eine große Bedeutung zu.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Empowerment verbessert und vergrößert den individuellen Handlungsspielraum, um sich gesundheitsfördernd zu verhalten.

Ein hohes Maß an Empowerment wird erreicht, wenn Verhaltens- durch Verhältnisprävention verstärkt wird und wenn Akteure, Individuen (Zielgruppe) und Maßnahme eng zusammenwirken.

Spezifische Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Ressourcenstärkung tut not

Die Auswertung der KiGGS-Daten von 11- bis 17-Jährigen zeigte, dass die Schutzfaktoren adipöser Jugendlicher signifikant geringer ausgeprägt sind als bei Normalgewichtigen im gleichen Alter. Sowohl bei den familiären Ressourcen als auch bei der sozialen Unterstützung erreichen adipöse Jugendliche niedrigere Werte. Die personalen Ressourcen unterscheiden sich bei adipösen und normalgewichtigen Jungen, bei den Mädchen jedoch nicht. Auch die Lebensqualität von adipösen Kindern ist nahezu in allen Bereichen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens (Körper, Psyche, Selbstwert, Freundeskreis, Schule) beeinträchtigt. Nur eine Beeinträchtigung ihrer familiären Lebensqualität nehmen die befragten adipösen Kinder und Jugendlichen nicht wahr. Möglich ist, so vermuten die Autoren der Studie, dass das Thema „Übergewicht“ in Familien nicht angesprochen wird, da es – genetisch und verhaltensbedingt – meist mehrere Familienmitglieder betrifft (Hölling et al. 2008).

Familiärer Schutzfaktor „Erziehungsstil“

Maßnahmen, die sich an Eltern richten, haben das Ziel, die Kompetenz der Familien aufzubauen, sich selbst um die Entwicklung und Erhaltung der kör-

perlichen, mentalen und sozialen Gesundheit zu kümmern (Bergmann et al. 2009). Dabei ist die Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern (und ggf. sonstiger Betreuungspersonen) von zentraler Bedeutung. Ein autoritativer Erziehungsstil gehört zu den familiären Schutzfaktoren. Er ist gekennzeichnet durch ein warmes, unterstützendes, wertschätzendes, aber trotzdem forderndes und Grenzen setzendes Elternverhalten, ein emotionales Engagement der Eltern und eine offene, partnerschaftliche Kommunikation mit den Kindern. Geregelte Strukturen in den alltäglichen Abläufen und Rituale sind ebenso von großer Bedeutung (Bengel, Meinders-Lücking und Rottmann 2008).

Im Hinblick auf Ernährung und Bewegung der Kinder ist ein autoritativer Erziehungsstil wahrscheinlich förderlich, doch liegen dazu nur sehr wenige Studien vor (Golan und Crow 2004). Kinder scheinen sich dann gesund zu ernähren, wenn sie ein entschlossenes Anliegen der Eltern spüren, ohne sich diesem blind unterwerfen zu müssen (Klotter 2007). Eine stark kontrollierende und restriktive Esserziehung kann dagegen eher problematisches Essverhalten und Übergewicht begünstigen (Scaglioni, Salvioni und Galimberti 2008, Birch und Davison 2001).

Gleichgültigkeit ist aber genauso kontraproduktiv wie starre Regeln. Auch beim Aufzeigen von Möglichkeiten für körperliche Aktivitäten kommt der familiären und sozialen Unterstützung Bedeutung zu (Rees et al. 2006).

In einem Forschungsprojekt des Bundeselternrates wurde eine ganze Reihe von Maßnahmen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Eltern beurteilt und dokumentiert. Direkt an die Eltern – mit dem Anspruch der „Umstellung" – wendeten sich u. a. erfolgreich: Erziehungsvereinbarungen zum Beispiel zu angemessenem TV- oder Computerkonsum, ausreichender Schlaf oder eine gesunde Frühstücksmahlzeit.

Personale Lebenskompetenzen

Viele personale Lebenskompetenzen werden in frühem Kindesalter geprägt (Schlack 2003) und Erziehung und Lernerfahrungen in der Familie nehmen darauf Einfluss. Der personale Schutzfaktor Selbstwahrnehmung spielt beispielsweise bei der Wahrnehmung von Hunger und Sättigung eine Rolle. Wenn Kinder zunehmend auf äußere Reize bei der Nahrungsaufnahme reagieren, werden interne Signale immer schwächer wahrgenommen. Wenn Eltern Regeln aufstellen, dass der Teller immer leer gegessen werden muss, kann die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung gestört werden.

Auch die Lebenskompetenz „angemessener Umgang mit Gefühlen“ wird durch Erfahrungen beeinflusst, die das Kind in der Familie macht. Dient Essen häufig als Belohnung, als Seelentröster, oder soll es beruhigen (emotionsinduziertes Essverhalten), dann wird die Nahrungsaufnahme von Signalen wie Hunger und Sättigung entkoppelt. Studien zeigen, dass Kinder von übergewichtigen Müttern häufiger dazu neigen, auf unterschiedliche Gefühle mit Essen zu reagieren als Kinder normalgewichtiger Mütter (Jahnke und Warschburger 2008).

Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist gefragt, damit Menschen in unserer Adipositas fördernden Umwelt mit einem Überfluss an Nahrungsmitteln, verführerischer Werbung etc. widerstehen können. Es ist eine Fähigkeit, die hilft, bei einer Fülle von Entscheidungsalternativen bewusst und unbewusst ein gesetztes Ziel, zum Beispiel eine gesunde Lebensmittelmittelauswahl, zu erreichen. Diese Fähigkeit ist angeboren, muss aber in den ersten Lebensjahren gefördert und entwickelt werden (Warschburger 2008).

Reflexionsfragen

- Wie werden das Kind/die Eltern/die Peers/Schwangere/Stillende etc. befähigt, das eigene Leben durch Entwicklung eigener Kompetenzen zu gestalten? Auf welche Weise tragen Konzeption und Methoden zu Empowerment bei?
- Wie nutzt und erweitert die Maßnahme die Ressourcen, die die Zielgruppe mitbringt?
- Wie unterstützt die Maßnahme die Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten?
- Wie geht die Maßnahme auf die Erwartungen der Zielgruppe ein?
- Wie berücksichtigt das Konzept die Individualität der beteiligten Personen?
- Wie stärkt die Maßnahme die Zielgruppe, sich weiterzuentwickeln?
- Wie wird die Zielgruppe befähigt, ihre Ernährungs-, Bewegungs- und Medienkompetenzen zu stärken (zum Beispiel Training mit Alltags- bzw. Handlungsbezug)?
- Wie trägt die Maßnahme zur Stressreduktion bei?
- Mit welcher Methode werden Selbstwirksamkeit und Verantwortungsübernahme gestärkt?
- Welche Bedingungen werden geschaffen, damit sich die Zielgruppe (bei Kindern gemäß ihrem Entwicklungsstand) einbringen kann?
- Was können die Kinder, Eltern, Schwangere, Stillende oder die ins Auge gefasste Zielgruppe zur Umsetzung der Maßnahme beitragen?

- Welchen Zusammenhang sehen die Mitwirkenden zwischen ihrem Verhalten und der Stärkung der Ressourcen? Lassen sich Zusammenhänge ausmachen?
- Setzt die Maßnahme Methoden zur Unterstützung von gesundheitsförderlichen Verhaltensänderungen im Alltag ein (zum Beispiel Nachtreffen, Auffrischungs- und „Verstärker-Sitzungen“, Nachkontakte durch E-Mail oder SMS, Vorbereitung auf Konfliktsituationen durch Rollenspiele, Gruppengespräche über Umsetzungshürden, Beratung zur Umgestaltung des Alltags der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer etc.)?
- Welche weiterführenden Maßnahmen oder Handlungsmöglichkeiten sind angedacht (zum Beispiel Fortsetzungs- oder Vertiefungskurs, Beratung, Bildungsurlaub, individuelles SMS- oder E-Mail-Feedback, Gesundheitszirkel oder Selbsthilfegruppe)?

Qualitätskriterium 12 A
Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).

Was ist darunter zu verstehen?

Um die Maßnahme erfolgreich umzusetzen, müssen ausreichend Personal und ggf. andere Mitwirkende im Team mitarbeiten.

Leitungs- und Fachkräfte – in Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils meist aus verschiedenen Berufsgruppen – gehören dazu. Neben eigenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen können Projektpartner von außen einbezogen und kann internes und externes Personal vernetzt werden. Aber auch Kinder, Schülerinnen und Schüler, Eltern und andere Personen des Systems können an der Umsetzung beteiligt sein.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Genügend Personal und Mitwirkende im Team sind die Grundlage für eine gute Durchführung aller Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (zum Beispiel Störungsfreiheit, kein unnötiger Zeitdruck, wertschätzende Atmosphäre). Das schützt auch vor Burnout und Selbstausbeutung und damit vor dem Verschleiß guter Ansätze.

Reflexionsfragen

- Wie viele Personen stehen für die Umsetzung der Maßnahme in die Praxis zur Verfügung (eigenes und externes Personal)?
- Ist das Personal ausreichend, um die Maßnahme umzusetzen?
- Wie könnten Ressourcen von weiteren Mitgliedern des Systems (Familien, Väter, Kinder, Hausmeister etc.) erkannt und eingebunden werden?
- Wird die soziale Unterstützung durch Netzwerke als Teil der Maßnahme aufgebaut?

Qualitätskriterium 12 B
Zuständigkeiten und Verantwortung sind mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.

Was ist darunter zu verstehen?

Arbeitsbereiche und Aufgaben aller Beteiligten werden gemeinsam definiert und am besten schriftlich festgehalten.

Dazu ist eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten notwendig. Dazu gehört auch, Störungen im Team aktiv zu bearbeiten, denn sie kosten Energie, die für die Umsetzung der Maßnahme verloren geht. Bei der Klärung der Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche sollten der zeitliche Aufwand und die Aufgaben in einem realistischen Verhältnis stehen.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Eine gute Zusammenarbeit im Team erhöht die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und schafft Synergieeffekte.

Alle Mitwirkenden sollten sich über ihre Zuständigkeiten und ihre Rolle bewusst sein und ihre Arbeitsstile aufeinander abstimmen. Wenn alle ihre Arbeit kennen, sie gegenseitig wertschätzen und die Leitungsebene diese Arbeit anerkennt, dann werden Motivation und eine optimistische Grundhaltung gefördert. Sind alle gemeinsam überzeugt, zusammen das Ziel erreichen zu können (kollektive Selbstwirksamkeit), investieren sie mehr Anstrengungen, um die Ziele zu erreichen, und erhöhen damit die Leistung im Team.

Reflexionsfragen

- Wie sind die Aufgaben zwischen allen Beteiligten verteilt? In welcher Form?
- Kennt jedes Teammitglied seine Aufgaben und die der anderen?
- Sind Dienstwege und Hierarchien bekannt?
- Welche Kommunikationswege werden zwischen den Teammitgliedern, zwischen Führungsebene und Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen genutzt?
- Wie häufig gibt es gezielten und dokumentierten Austausch über den Fortgang der Maßnahme?

Qualitätskriterium 12 C
Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden ausreichend qualifiziert.

Was ist darunter zu verstehen?

Die Art der Qualifikation ist vom Aufgabenbereich abhängig. Je nach Mitarbeit im Rahmen der Maßnahme werden andere Ansprüche an die Qualifikation gestellt. Zu den Qualifikationen gehören eine anerkannte berufliche Ausbildung, Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Vermittlung, Erfahrungen mit der Zielgruppe und ggf. weitere Kompetenzen.

Die berufliche Qualifikation ist durch staatlich anerkannte Abschlüsse in den jeweiligen Fachbereichen gegeben. Sie deckt aber häufig nur einen Bereich der erforderlichen Qualifikation ab. So würden beispielsweise junge Eltern von Kinderärzten und -ärztinnen am liebsten Rat annehmen, wie eine bundesweite Repräsentativbefragung zeigte. Doch diese werden auf Themen wie Stillen, angemessene Ernährung, Vermeidung von Übergewicht in ihrer Ausbildung kaum vorbereitet. Andererseits gibt es Berufsgruppen, die Wissen vermitteln können, aber nicht mit den zu vermittelnden Inhalten vertraut sind (Bergmann et al. 2009). Dies zeigt, dass eine berufliche Ausbildung nur die Basis sein kann. Im Sinne von lebenslangem Lernen sind Fort- und Weiterbildungen notwendig, um entsprechende Zusatzqualifikationen zu erlangen. Darüber hinaus sind Erfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe – und je nach Ziel und Lebenswelt weitere Qualifikationen – hilfreich, zum Beispiel im Hinblick auf niederschwellige Elternarbeit in Kindertagesstätten.

Für Individualmaßnahmen werden von den Krankenkassen bestimmte Anforderungen an staatlich anerkannte Abschlüsse gestellt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Die „Rahmenvereinbarung Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und -bildung“ macht ebenfalls Vorgaben für die Qualifikation von Ernährungsfachkräften und weist ausdrücklich auf Fortbildung hin (Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung 2009).

In Maßnahmen nach dem Lebensweltansatz muss ein beruflicher Abschluss in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung oder psychische Gesundheit/ Stressbewältigung etc. nicht für alle Mitwirkenden unbedingte Voraussetzung sein. So kann es zum Beispiel Mitwirkende geben, die einen guten Zugang zur

Zielgruppe haben, aber erst im Rahmen der Maßnahme qualifiziert werden, ggf. kann auch eine Einweisung ausreichen. In Kampagnen sind zum Beispiel auch Expertinnen und Experten der Gesundheitskommunikation gefragt.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Je besser das Personal und die Mitwirkenden qualifiziert sind, je mehr Wissen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über die Zielgruppe haben, desto besser können sie sie unterstützen, die eigenen Ressourcen zu stärken. Ein ganzheitlicher Blick, der die Einzigartigkeit der Zielgruppe in den Blick nimmt, ist dazu notwendig.

Reflexionsfragen

- Welche beruflichen Abschlüsse, Fort- und Weiterbildungen haben die Leitungsebene und die Mitwirkenden des Teams (zum Beispiel Hochschulausbildung in den Bereichen Ernährung, Bewegung, pädagogische Abschlüsse etc.)?
- Welche (Zusatz-)Qualifikationen sind im Hinblick auf die Inhalte der Maßnahme vorhanden?
- Welche (Zusatz-)Qualifikationen sind im Hinblick auf Vermittlung für die Zielgruppe vorhanden?
- Welche Erfahrungen haben die Fachkräfte in der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen/Schwangeren/jungen Familien/Eltern etc.?
- Welche Erfahrungen/Kompetenzen hat die Leitung (Projektmanagement, Finanzhaushalt und Personalführung)? Wie kann sie motivierende Bedingungen für das Team schaffen?
- Welche Erfahrungen haben die Mitwirkenden mit den Anforderungen der Maßnahme? Wie oft haben sie zum Beispiel schon eine ähnliche Maßnahme durchgeführt?
- Reichen die vorhandenen Qualifikationen zur Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Maßnahme?
- Welche Fort- und Weiterbildungen wurden oder werden speziell zur Vorbereitung auf die Maßnahme angeboten?
- Welche Beratung braucht ggf. die Organisation, um die Entwicklung in Richtung „gesunde Organisation“ auf den Weg zu bringen?
- In welcher Form haben die an der Maßnahme Beteiligten Gelegenheit zu regelmäßigem Austausch, gegenseitiger Beratung und fachgerechter Supervision?
- Wie wird der geregelte Ablauf der Bausteine für das Erreichen des Gesamtziels sichergestellt (zum Beispiel Steuerkreis, Koordination, Projektplan etc.)?

Qualitätskriterium 13
Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und das Erreichen der Ziele.

Was ist darunter zu verstehen?

Räume, Arbeitsbedingungen und Materialien passen gut zum Vorgehen und sind für die angestrebten Ziele ausreichend.

Zeitliche und örtliche Bedingungen müssen so beschaffen sein, dass sie die Umsetzung der Maßnahme und die Erreichung der Ziele ermöglichen. Das gilt auch für die räumlichen Bedingungen, die Lage, die Ausstattung, die Atmosphäre der Räume. Sie sollten die Durchführung der Maßnahme nicht nur möglich machen, sondern sozusagen als „dritter Pädagoge" die Zielgruppe anregen, neues Verhalten auszuprobieren.

An ein Manual mit dem inhaltlichen und didaktischen Konzept sowie an Arbeitsmittel oder entsprechende Materialien für die Zielgruppe muss gedacht werden. Wer beispielsweise in der Vermittlung computerbasierte Techniken verwendet, muss dafür Sorge tragen, dass die Zielgruppe auch Zugang zu einem PC hat. Des Weiteren müssen administrative Fragen geklärt sein, zum Beispiel Haftungsfragen, Aufsichtspflicht etc. Kommerzielles Sponsoring von Firmen sollte im Hinblick auf eine mögliche Prägung der Zielgruppe kritisch überdacht werden.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Gute strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen sind die Grundlage für eine gute Umsetzung.

Sie fördern einen störungsfreien Ablauf, sorgen dafür, dass kein unnötiger Zeitdruck entsteht und tragen zu einer guten Atmosphäre bei. Das erleichtert die Arbeit und motiviert die Mitwirkenden genauso wie die Zielgruppe.

Spezifische Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Die inhaltlichen Bausteine (Ernährung, Bewegung, Stressregulation, Senkung von Inaktivität o. Ä.) erfordern unterschiedlichste Rahmenbedingungen für die Umsetzung. Je nach Maßnahme könnten bestimmte Sportgeräte, Medien, Musikanlagen für Entspannungs- oder Körperwahrnehmungsübungen, ein PC, Schreibgeräte, Kochgeräte etc. gebraucht werden. Räume müssen genutzt werden können, die Belegung von Turnhallen, Sportplätzen muss ggf. mit dem ört-

lichen Sportverein oder der Schule abgesprochen werden, die Nutzung der Schulküche muss in den Belegungsplan der Schule passen etc.

Reflexionsfragen

- Welche Medien/Materialien werden ausgegeben oder genutzt (Plakate, Trainermanual, Handout, Broschüre etc.)? Zu welchem Zweck werden sie erstellt? Welchen Inhalt haben sie?
- An wen richten sich die Medien/Materialien? Wie werden sie den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht?
- Sind die Materialien auch für Menschen mit niedriger Bildung leicht verständlich?
- Werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Zielgruppe im Rahmen der Maßnahme oder als weiterführende Maßnahme industrielle Produkte vorgestellt oder nahe gebracht? Wenn ja, welche?
- Welche Absprachen über Räume, Ablauf, Arbeitsteilung sind erforderlich?
- Sind die Räume hinreichend groß, angemessen ausgestattet und für die Zielgruppe gut erreichbar gelegen?

Qualitätskriterium 14
Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind sichergestellt.

Was ist darunter zu verstehen?

Personal-, Betriebs- sowie Sachkosten in der Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase werden kalkuliert. Ihre Finanzierung ist geklärt und gewährleistet.

Für die Durchführung einer Maßnahme sind finanzielle Mittel notwendig. Um sie zu kalkulieren wird ein Finanzierungsplan erstellt. Hierin werden einerseits alle voraussichtlichen finanziellen Aufwendungen für die Maßnahme erfasst. Auch Eigenleistung, zum Beispiel durch Personal der Einrichtung, wird im Finanzierungsplan bedacht. Sie erhöht zwar nicht direkt die Kostenseite der Maßnahme, doch der zeitliche Aufwand geht ggf. zulasten anderer Aufgabenbereiche. Er muss in der Arbeitszeit des internen und externen Personals eingeplant und damit budgetiert werden.

Auf die Budgetierung der zu erwartenden Kosten folgt die Klärung, welche Geldgeber die Maßnahme finanzieren (Institute oder Partner), ob weitere hinzugenommen werden müssen und welche infrage kommen. Hier können ggf. Bundes- oder Landesmittel in Anspruch genommen werden. Gelder können aber auch von Stiftungen, Krankenkassen, kommerziellen oder privaten Sponsoren kommen. Sie können die Maßnahme nicht nur finanziell, sondern auch mit Sachmitteln oder Personal unterstützen. Bei der Finanzierung des Projekts ist zu klären, unter welchen Bedingungen und in welchem Umfang die Unterstützung gewährleistet wird und welche Interessen die Partner dabei verfolgen. Besonders bei kommerziellen Sponsoren kommt diesem Punkt eine besondere Bedeutung zu. Auch die unentgeltliche oder ehrenamtliche Mitarbeit und die Eigenleistung durch Personal der Einrichtung werden im Finanzierungsplan berücksichtigt. Ein Finanzierungsplan beantwortet somit die Fragen: „Wie viele Kosten verursacht das Projekt?“ und „Wie und vom wem wird es finanziell realisiert?“.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Ohne ausreichende finanzielle – genauso wie personelle oder sachbezogene – Grundlage sind Präventionsmaßnahmen nicht realisierbar.

Daher ist es essenziell, sich über die finanzielle Realisierung Gedanken zu machen. Ein Finanzierungsplan macht zudem Geldgeber transparent und sagt etwas über die Nachhaltigkeit einer Maßnahme aus.

Reflexionsfragen

Kalkulation der Kosten:

- Welche finanziellen Mittel werden zur Planung und zur Umsetzung benötigt?
- Auf welche Laufzeit bezieht sich der finanzielle und zeitliche Gesamtbedarf (über die gesamte Laufzeit der Maßnahme, einmalig, jährlich, pro Durchführung)?
- Welche direkten und indirekten Kosten benötigt die Maßnahme (Personal-, Sach- und Betriebskosten)?
- Wie hoch ist der zeitliche Gesamtbedarf der Maßnahme (Personentage) für alle erforderlichen Aufgaben zusammen (einschließlich Planung, Verwaltung, Nachbereitung etc.)? (Hiermit sind Personentage für die durchführende Einrichtung, für kooperierende Einrichtungen sowie für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemeint.)
- Welche Kosten entstehen durch die Evaluation? Sind sie im Finanzplan berücksichtigt?

Die Beschaffung von Mitteln:

- Welche Geldgeber können angesprochen werden? Wo können Gelder beantragt werden (öffentliche Gelder, Stiftungen, Krankenkassen, Unternehmen etc.)?
- Welche Kostenträger oder andere Partner/Finanziers haben bereits fest zugesagt?
- Wird eine Kostenbeteiligung von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen erhoben? Wenn ja, in welcher Höhe?
- Werden Werbemittel von Sponsoren eingesetzt? Besteht eine Kooperation mit Partnern kommerzieller Ausrichtung? Welchen Einfluss nimmt der Sponsor auf die Maßnahme?
- Wie wird das Sponsoring transparent gemacht?
- Welche Interessenkonflikte könnten sich durch das Sponsoring ergeben? Passen Maßnahme und Botschaft des Sponsors (Marke) zusammen?

Dokumentieren (Evaluation)

Qualitätskriterium 15 A
Die Inhalte und der Verlauf der Maßnahme sind dokumentiert (Prozessdokumentation).

Qualitätskriterium 15 B
Es ist dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat (Ergebnisdokumentation).

Qualitätskriterium 15 C
Veränderungen sind dokumentiert (Verhalten, Struktur, Prozess etc.).

Was ist darunter zu verstehen?

Das Vorgehen und Erfahrungen bei der Umsetzung werden strukturiert und nachvollziehbar schriftlich festgehalten, ebenso Ergebnisse und Veränderungen.

- Mit der *Prozessdokumentation* wird der Verlauf der Maßnahme – angefangen bei der Planung, über die Durchführung bis hin zur Beendigung – schriftlich festgehalten. Dabei werden auch die zugrunde liegenden Methoden und unerwartet eintretende Ereignisse festgehalten. Die Prozessdokumentation gibt Auskunft darüber, ob die Maßnahme von allen Mitwirkenden entsprechend dem Konzept umgesetzt wird. Sie kann auch dazu genutzt werden, wichtige Veränderungen mit veränderungssensitiven Methoden (zum Beispiel „Most-significant-change-Technik“[12]) zu beschreiben.
- In der *Ergebnisdokumentation* werden die erreichten bzw. die nicht erreichten Ergebnisse – wie zum Beispiel letztlich erzielte Verhaltensänderungen bei den Zielgruppen der Maßnahme – dargestellt. Anhand der Prozessdokumentation wiederum kann erklärt werden, warum ein angestrebtes Ergebnis (nicht) erreicht werden konnte und was für eine zukünftige Optimierung der Maßnahme wichtig ist.

12 Download unter http://www.mande.co.uk/docs/MSCGuide.pdf.

Es muss festgelegt sein, wer, was, wann und in welcher Form/nach welcher Methode dokumentiert und wie die Dokumente verwaltet werden. Ein einheitliches Dokumentationssystem für alle Akteure und Akteurinnen ist sinnvoll.

- Unter die Prozess-/Verlaufsdokumentation fallen Konzeptpapiere, Kursunterlagen, Ablaufpläne, Protokolle, Dokumentensammlung (zum Beispiel Anfragen), Dokumentation von Veranstaltungen, Fotodokumentationen, Rückmeldungen aus der Zielgruppe oder der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Auflage verteilter Materialien, Teilnahmelisten etc. Mindestens sollten jedoch kurze Protokolle der einzelnen Aktivitäten und der Besonderheiten im Ablauf erstellt werden.
- Die Ergebnisse oder Teilergebnisse der Maßnahme können durch unterschiedliche Methoden erhoben werden: durch Messung, Befragung (Kinder, Jugendliche, Eltern, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, Lehrkräfte etc.), Beobachtung etc. Für die Einschätzung von Wirkungen können zum Beispiel Erhebungen vor und nach der Maßnahme durchgeführt werden. Für einen kausalen Nachweis von Wirkungen einer Maßnahme, zum Beispiel auf den Gewichtsstatus von Kindern, werden aufwendige Studiendesigns mit Vergleichsgruppen notwendig, die wohl nur durch Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen durchgeführt werden können. Die ermittelten Ergebnisse werden im Rahmen der Ergebnisdokumentation zusammengefasst.

Veränderungen können durch die Prozessdokumentation deutlich oder mit veränderungssensitiven Methoden beschrieben werden. Zumindest sollten Protokolle der einzelnen Aktivitäten und Besonderheiten im Ablauf erstellt werden.

Die Dokumentation bildet eine wichtige Grundlage für die Bewertung von Abläufen und Ergebnissen (vgl. Qualitätskriterium 16).

Warum ist das Kriterium wichtig?

Die regelmäßige Dokumentation ist als Grundlage für Wirkungsabschätzungen und Qualitätsverbesserungen unersetzlich.

Nach der Ottawa-Charta und verwandter Konzepte ist Primärprävention immer auch eine Entwicklungsaufgabe. Um Erfahrungen systematisch zu nutzen, müssen diese festgehalten werden. Gerade bei Maßnahmen, deren gesundheitsfördernde Wirksamkeit schwierig nachzuweisen ist, kommt der Dokumentation eine besondere Aufgabe zu. Sie trägt zur Feinsteuerung und zur Verbesserung des Vorgehens bei. Modelle guter Praxis können ermittelt und transparent gemacht werden, sodass andere Akteurinnen und Akteure daraus lernen können.

Reflexionsfragen

- Welche Fragen soll die Dokumentation und Evaluation (siehe Qualitätskriterium 16) der Maßnahme beantworten?
- Welche Informationen sollen am Ende der Dokumentation und Evaluation vorliegen (zum Beispiel Informationen zur Bekanntheit, Akzeptanz und Wirkungen der Maßnahme)?

Prozessdokumentation

- Wie werden Veränderungen des Umfelds, der Organisation, der Abläufe, der Ausbreitung etc. erhoben?
- In welcher Form werden Schwierigkeiten und unerwartete Ereignisse dokumentiert?
- Welche Merkmale der Teilnehmenden werden regelmäßig erfasst?
- Inwieweit sind dazu Befragungen und Beobachtungen der Zielgruppe erforderlich? Inwieweit sollten diese bereits vor Umsetzung der Maßnahme durchgeführt werden, zum Beispiel um festzustellen, wie das Verhalten der Zielgruppe vor der Maßnahme aussah? Wer soll befragt werden? Sind ggf. Vergleichsgruppen notwendig? Wie können diese Personen am besten befragt werden? Wie viele Personen sollen befragt werden? Inwieweit ist es sinnvoll, Nachbefragungen bei den Zielgruppen durchzuführen? Wenn ja, in welchem Zeitraum werden Nachbefragungen stattfinden?
- Welche (Zwischen-)Ergebnisse und Teilschritte werden erfasst?
- Von wem, wann und wie oft werden die Informationen erhoben? Welche Regeln zur Dokumentation sind unter den Mitwirkenden vereinbart? Sind sie allen bekannt?

Ergebnisdokumentation

- Wer hat die Maßnahme wann, wo und unter welchen Rahmenbedingungen wie oft durchgeführt?
- Inwieweit wurde bei der Umsetzung der Maßnahme vom Konzept abgewichen? Wenn vom Konzept abgewichen wurde, wann, wie und weshalb? (Konnten die Materialien wie geplant entwickelt werden? Sind die einzelnen Schritte zeitgerecht umgesetzt worden? Welche Probleme traten bei der Umsetzung auf?)
- Welche und wie viele Personen (Alter, Geschlecht, soziokultureller Hintergrund etc.) hat die Maßnahme erreicht?
- Sind die Informationen/Aktivitäten für die Zielgruppe relevant, verständlich, interessant?
- Inwieweit werden die Zwischenergebnisse zur eventuellen Umsteuerung/Optimierung der Maßnahme genutzt?

Maßnahme bewerten und reflektieren (Evaluation)

Qualitätskriterium 16 A
Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind gegenübergestellt, kritisch betrachtet und bewertet.

Qualitätskriterium 16 B
Die Prozesse sind kritisch betrachtet und bewertet.

Was ist darunter zu verstehen?

Die erhobenen Daten werden ausgewertet. Die Ergebnisse der Maßnahme werden den Zielen gegenübergestellt und daraus Schlussfolgerungen für den weiteren Verlauf gezogen.

Die Evaluation, das heißt die Bewertung der Ergebnisse, erfolgt sowohl im Laufe der Maßnahme anhand von Teilergebnissen als auch am Ende der Maßnahme. Es ist möglich, die Maßnahme selbst zu evaluieren oder sich für eine Fremdevaluation, zum Beispiel durch QIP (www.uke.de/extern/qip), zu entscheiden. Die Ergebnisevaluation stellt die ursprünglich formulierten Ziele den abschließend erzielten Ergebnissen der Maßnahme gegenüber und bewertet, inwieweit die Ziele erreicht wurden (Zielerreichungsgrad).

Während im Rahmen der Ergebnisevaluation bewertet wird, ob die Zielgrößen erreicht sind, blickt die Prozessevaluation kritisch auf Abläufe und das Verfahren, auf die Art und Weise, wie die Maßnahme durchgeführt wird und wurde. Sie betrachtet dabei die über den Verlauf (Prozess) der Maßnahme erhobenen Daten.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Evaluation ist notwendig, um Aussagen zur Wirksamkeit bzw. zum Nutzen einer Maßnahme treffen zu können und effektive, sinnvolle Maßnahmen von unwirksamen abzugrenzen.

Die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse nützen jeder Maßnahme, unabhängig von Anbieter, Größe und Reichweite. Durch sie werden wichtige Kenntnisse über Wirkungen, Stärken und Schwächen der Maßnahme gewonnen. Evaluation dient aber auch dazu, Systeme, Organisationen, Prozesse und Abläufe zu optimieren. So werden Zwischenergebnisse zu einer „Standortbestimmung“ genutzt.

Die Erkenntnisse der Prozessevaluation können in den Verlauf der Maßnahme einfließen, diese kann so ggf. im Hinblick auf das Ziel angepasst werden. Je nach Zweck der Evaluation können die Evaluationsergebnisse beispielsweise der Optimierung von Maßnahmen dienen, Entscheidungshilfe bezüglich der Weiterführung von Maßnahmen geben und/oder Erkenntnisgewinn für die Gestaltung zukünftiger Präventionsmaßnahmen bieten. Damit tragen sie dazu bei, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention kontinuierlich mit dem Ziel der Evidenzbasierung zu verbessern. Sie sind umso wichtiger, da finanzielle Mittel immer knapper werden und aus bisherigen Interventionsmaßnahmen kaum Erfolgskriterien abgeleitet werden konnten (siehe Einleitung). Die Evaluation dient aber auch zur Legitimierung bei der Verwendung von öffentlichen Geldern oder gegenüber der Öffentlichkeit.

Anregungen zum Thema Evaluation sowie zu Instrumenten für die praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu Evaluationszwecken finden sich im Internet unter www.evaluationstools.de.

Spezifische Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Geplante und ungeplante Veränderungen in den Blick nehmen

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention setzen auf die Veränderung von Lebensstilfaktoren. Je nach Ziel der Maßnahme können deshalb Veränderungen im Verständnis und Wissen, in der Einstellung, im Verhalten, in der Motivation, in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressregulierung, Inaktivität und Erziehungskompetenz ermittelt werden. Aber auch Veränderungen in Strukturen, Abläufen, Leitbildern, im Umfeld wie Familie oder Peers etc. können bewertet werden.

Reflexionsfragen

- Wird die Evaluation von den Durchführenden der Maßnahme selbst durchgeführt (Selbstevaluation) oder wird eine Institution damit beauftragt (Fremdevaluation)?

Veränderungen in Verhalten und Verhältnissen

- Welche definierten Haupt- und Teilziele wurden erreicht? Was wurde (noch) nicht erreicht? Warum nicht?
- Inwieweit haben sich die Kompetenzen erhöht, und in welchen Bereichen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihr handlungsbezogenes Wissen vergrößert?

- Inwieweit hat sich die Maßnahme auf Umfeld, Struktur, Abläufe etc. ausgewirkt?
- Inwieweit hat sich die Einrichtung/die Organisation seit Durchführung der Maßnahme verändert?
- Sind auch nicht beabsichtigte Wirkungen der Maßnahme erkannt? Wenn ja, welche?
- Welche Schwierigkeiten und unerwarteten Ereignisse traten auf? Wie wurde damit umgegangen? Welche Lösungen wurden entwickelt?
- Was werden die Kinder, Jugendlichen, Eltern, Schwangeren, Stillenden u. a. über die Maßnahme in Befragungen erzählen?

Bewertung der Ergebnisse

- Ist die Anzahl der Personen, die an der Maßnahme teilgenommen haben, hoch, mittel oder niedrig einzustufen?
- Wie sind die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Maßnahmen einzuordnen?
- Welche Faktoren haben zum erfolgreichen Verlauf der Maßnahme beigetragen?
- Welche Faktoren haben dazu geführt, dass die Maßnahme die angestrebte Wirkung nicht entfalten konnte?
- Was sind die wichtigsten Empfehlungen, die wir aus dem Verlauf der Maßnahme ableiten können?
- Wo liegen die Stärken der Maßnahme? Was kann für weitere Maßnahmen daraus abgeleitet werden?
- Falls eine ähnliche Maßnahme bereits evaluiert wurde, was waren die Unterschiede? Haben die vorgenommenen Veränderungen die Wirkung verbessert?
- Wie werden die Ergebnisse transparent gemacht (zum Beispiel den Mitwirkenden)?
- Werden die Erfahrungen weitergegeben und in längerfristige Verbesserungsprozesse der Maßnahme oder der Einrichtung umgesetzt?
- Welche Kriterien sind festgelegt, die zum Abbruch der Maßnahme führen können?

Qualitätskriterium 17
Aufwand und Wirkungen sind gegenübergestellt und kritisch betrachtet.

Was ist darunter zu verstehen?

Der Erfolg der Maßnahme wird ins Verhältnis zum Aufwand (finanzieller, personeller und zeitlicher Aufwand) gesetzt und im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit kritisch betrachtet.

Dies lässt eine Einschätzung darüber zu, ob der Aufwand angesichts der Wirksamkeit der Maßnahme nun hoch, angemessen oder gering ist. Analysen ähnlicher Maßnahmen können zum Vergleich herangezogen werden. Eine richtige Kosten-Nutzen-Analyse ist schwierig. Zum einen sind die Messsysteme unterschiedlich, zum anderen liegen die Zeitpunkte, wo Kosten anfallen und wo der Nutzen (in Form von zum Beispiel mehr normalgewichtigen Kindern und Jugendlichen oder mehr Lebensqualität) sichtbar wird, weit auseinander. Der Nutzen kann somit nicht zwangsläufig als Auswirkung der einzelnen Maßnahme gesehen werden. Es ist deshalb besser, anstelle des Nutzens die Wirksamkeit der Maßnahme im Sinne von erreichten Zielen dem Aufwand gegenüberzustellen.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Eine Reflexion des Aufwands im Vergleich zu den Wirkungen unterstützt wirkungsvolle Angebote.

In Zeiten knapper werdender finanzieller Mittel nimmt die Bedeutung dieser Analyse zur Beurteilung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu. Bisher sind ökonomische Analysen dieser Maßnahmen rar (Fröschl, Haas und Wirl 2009).

Reflexionsfragen

- Wie hoch sind die Gesamtkosten (einschließlich unbezahlter Arbeit) für die Durchführung der Maßnahme?
- Genügten die verfügbaren finanziellen Mittel zur optimalen Durchführung? Was fehlte?
- In welchem Umfang waren freiwillige, ehrenamtliche Mitwirkungszeiten erforderlich? Wie ist das Verhältnis von Kosten bzw. Aufwand und Wirksamkeit bei dieser Maßnahme zu beurteilen?
- Was konnte durch die Maßnahme konkret erreicht werden und was nicht?
- Wie kann die Gesundheitswirksamkeit der Maßnahme qualitativ und quantitativ belegt werden?

Erfolgreiche Maßnahmen fortführen und verstetigen/ Maßnahmen optimieren

Qualitätskriterium 18
Es werden Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt (Vernetzung).

Was ist darunter zu verstehen?

Die Organisation bzw. die Beteiligten tauschen sich mit anderen Institutionen und Personen im Arbeitsfeld aus und/oder arbeiten zusammen.

Schon in der Planungsphase ist es sinnvoll, Vernetzung mitzubedenken, damit die Maßnahme breite Unterstützung findet. Netzwerkpartner können sein: wissenschaftliche Institutionen, gesellschaftliche Initiativen, Medien, Kommunen, Gesundheitsämter, Krankenkassen, interkulturelle Vereine, Stadtteilkreise, Anbieter von Maßnahmen, Schulen, Kindertagesstätten, Beratungsstellen, Sportvereine sowie Fachkräfte vor Ort, Ärztinnen und Ärzte, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund u. a.

Vernetzung bedeutet eine ganzheitliche Herangehensweise, die dem komplexen System Gesundheitsförderung besser gerecht wird als einzelne Maßnahmen.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Vernetzte Systeme erhöhen die Akzeptanz und die Reichweite der Maßnahme. Personal, Strukturen, Materialien etc. können optimiert eingesetzt, Synergien geschaffen und damit die Effizienz der Maßnahme gesteigert werden.

Wird eine Maßnahme von vielen Partnern unterstützt, dann erhöht sich die Chance, eine größere Zielgruppe zu erreichen, die Maßnahme zu verstetigen und damit nachhaltige Wirkungen zu erzielen. Vernetzung und Kooperation stärken das soziale Netzwerk, von dem auch Kinder und ihre Familien profitieren können.

Vernetzung ermöglicht interdisziplinäre Zusammenarbeit, um den unterschiedlichen Einflussfaktoren auf Gesundheit gerecht zu werden. Sie kann zum Beispiel durch Einbindung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Migrationshintergrund kulturell bedingte Differenzen abbauen. Konkurrenz hingegen kann Fachkräfte und Zielgruppen verunsichern.

Spezifische Aspekte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Vernetzung in Kommunen und Regionen

Wie wirkungsvoll Vernetzung auf Gemeindeebene ist, konnten Economos et al. (2007) zeigen. Eine Intervention, in der Eltern, Lehrkräfte, Betreiberinnen und Betreiber von Schulkantinen, Beschäftigte der Verwaltung, Politikerinnen und Politiker, Medien etc. involviert waren, beeinflusste die Gewichtsentwicklung bei Kindern mit hohem Adipositasrisiko positiv. Auch Kahn et al. (2002) empfehlen nach Auswertung von 94 Studien über die Wirkung von Interventionen, um die körperliche Aktivität zu erhöhen, bevölkerungsweite Gesundheitserziehung mit sozialer Unterstützung in der Gemeinde.

In den „Aktionsbündnissen gesunde Lebensstile und Lebenswelten" und dem Modellvorhaben „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen" – zwei Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM – ist Vernetzung zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens und der körperlichen Aktivität verschiedener Zielgruppen ein zentrales Element. Im Rahmen dieser Maßnahmen wird der Aufbau lokaler und regionaler Vernetzungsstrukturen mit verschiedenen Angeboten und Netzwerkpartnern gefördert.

Reflexionsfragen

- Wurden die Möglichkeiten der Vernetzung geprüft und ausgeschöpft?
- Welche ähnlichen Aktivitäten laufen schon in der betreffenden Einrichtung/dem betreffenden Arbeitsfeld? Wie ist das Vorgehen abgestimmt?
- Mit welchen anderen Einrichtungen hat die Maßnahme feste Vereinbarungen zur Zusammenarbeit? Welche Aufgaben und Rollen haben die Partner?
- Welche Gruppen, Einrichtungen und Organisationen sind wichtig? Wie sind sie einbezogen?
- Welche Partner müssen beteiligt werden, um die Maßnahme nachhaltig fortzuführen?

Qualitätskriterium 19
Erfolgreiche Maßnahmen werden in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt (Verstetigung).

Was ist darunter zu verstehen?

Eine dauerhafte Fortführung einer erfolgreichen Maßnahme ist gesichert und selbsttragende Strukturen werden entwickelt.

Dies kann über verschiedene Wege erfolgen, zum Beispiel über Fortbildung von Mittlerkräften, Sicherung der Finanzierung oder im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen, die durchaus breit verstanden werden und auch den kommunalen Lebensraum umfassen. Sinnvoll ist es aber, nicht nur nachhaltige Elemente in Organisationen und Strukturen zu implementieren, sondern auch zu prüfen, ob das Potenzial ausgeschöpft ist.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Einbettung in die Organisation sorgt für Nachhaltigkeit der Maßnahme.

Der langfristige Einfluss einmaliger Maßnahmen auf einen gesundheitsfördernden Lebensstil ist begrenzt. Deshalb sind nachhaltige Planung und Gestaltung anzustreben. Die dauerhafte Verankerung der Angebote und eine kontinuierliche Angebots-, Programm- und Organisationsentwicklung ist ein Qualitätskriterium für alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Nach der Ottawa-Charta hat Gesundheitsförderung auch zum Ziel, soziale Systeme (Lebenswelten), in denen sich Menschen bewegen, im Sinne der Gesundheit weiterzuentwickeln. Zu diesen sozialen Systemen gehören unterschiedliche Organisationen. Für Kinder und Jugendliche sind dies Familien, Krippen, Kindergärten, Schulen, Unternehmen, Vereine etc. Diese Organisationen nehmen Einfluss auf die Gesundheit und machen ein gesundes Aufwachsen möglich. Andererseits wirkt sich die Gesundheit der Menschen in diesem System wiederum auf die Organisationen aus. Der Erfolg der Gesundheitsförderung ist deshalb daran geknüpft, wie weit es gelingt, Gesundheit als Thema und Aufgabe in diesen Organisationen zu platzieren und sie entsprechend zu gestalten (Grossmann und Scala 2001). Damit Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen können, sollte Gesundheitsförderung zum Querschnittsgedanken in allen Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen und allen Einrichtungen werden, in denen sie sich aufhalten.

Reflexionsfragen

- Welche Vorkehrungen (zum Beispiel strukturelle oder personelle) dienen der Verstetigung und dem dauerhaften Weiterwirken der Maßnahme?
- Wie wurde der Zielgruppe, den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie den Trägern und anderen wichtigen Akteuren der künftige Nutzen der Maßnahme verdeutlicht?
- Wie werden Erfahrungen mit Maßnahmen innerhalb der betreffenden Einrichtung weitergegeben?
- Was haben die Beteiligten getan, um die Einrichtungen zur Weiterführung zu gewinnen?
- Welche Rolle spielen Zielgruppen bei der Verstetigung der Maßnahme?
- Wie wurde die inhaltliche Entwicklung mit der Entwicklung des Systems der Organisation verbunden?

Qualitätskriterium 20
Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nach außen getragen (Übertragbarkeit/Transparenz).

Was ist darunter zu verstehen?

Erfahrungen und Know-how aus der Maßnahme werden für andere transparent und nutzbar gemacht.

Dies kann zum Beispiel durch Weitergabe des Konzepts, eines Schlussberichts, durch eine Veröffentlichung, durch Vorstellung auf einem Kongress, im Rahmen eines Workshops, auf internen Fachkonferenzen, in Qualitätszirkeln etc. erfolgen. Es bedeutet nicht zwangsläufig eine kostenlose Nutzung der Maßnahme durch andere Akteure, aber eine Weitergabe der Erfahrungen, aufbereitet in einer nachvollziehbaren Form. Auch über die Ausbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen kann die Maßnahme verbreitet werden.

Warum ist das Kriterium wichtig?

Transparenz sorgt dafür, erfolgreiche Ansätze auf „breite Füße zu stellen".

Das Kriterium trägt zur Verstetigung der Maßnahme bei. Effektive Konzepte können genutzt und es kann auf die Erfahrungen anderer zurückgegriffen werden. So spart es in Zeiten immer knapperer Kassen finanzielle Mittel ein.

Reflexionsfragen

- Wie werden Erfahrungen mit dem Verlauf und den Wirkungen der Maßnahme außerhalb unserer Einrichtung weitergegeben?
- Wie werden Erfahrungen aus dieser Maßnahme von anderen genutzt?
- Fließen die Inhalte und Erkenntnisse in ein Curriculum ein?
- Wurde das Konzept so niedergeschrieben, dass die wichtigsten Prozesse und Inhalte im Zusammenhang festgehalten sind und auch andere Institutionen es nutzen können?
- In welcher Weise sind Stichworte gegeben, die zeigen, wie die Maßnahme an unterschiedliche Zielgruppen und Besonderheiten angepasst werden kann?
- Wie wird die Umsetzungsgüte bei Maßnahmen überprüft, die auch anderswo umgesetzt werden (zum Beispiel in Lizenz)?

III ANHANG

1. Glossar

Die folgenden Stichwörter basieren auf dem Glossar der „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten“ (BZgA 2010).

Empowerment

Empowerment in der → Gesundheitsförderung kann als Prozess beschrieben werden, der die Befähigung und Stärkung von Einzelnen oder Gruppen zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen und eine größere Selbstbestimmung über die eigene → Gesundheit zum Ziel hat. Durch den Empowermentansatz sollen Personen bzw. Personengruppen dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erhalten (→ Lebensweltansatz). Die jeweiligen Rahmenbedingungen der → Zielgruppe (das soziale und politische Umfeld) müssen stets mitgedacht werden, da diese das Vorhandensein und die Entwicklung von Ressourcen mitbestimmen. Die Förderung von → Partizipation/ Teilhabe und Gemeinschaftsbildung sind wesentliche Strategien des Empowermentprozesses.

Seit der Alma-Ata-Erklärung und der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung stellt Empowerment ein zentrales Konzept der WHO-Vision von Gesundheitsförderung dar. Obwohl das Wort in der Ottawa-Charta nicht fällt, ist die Nähe zum Empowermentansatz unübersehbar. So wird wie folgt formuliert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986).

Evaluation

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse

von Angeboten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Angebots gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für angebotsbezogene Entscheidungen und es wird eine Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Strukturen (Strukturevaluation), Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Angebote (Ergebnisevaluation) evaluiert werden.

Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen (Dokumentation), das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Angebots mit dem Ziel, es zu verbessern.

Evidenz

Evidenz und evidenzbasierte Praxis sind Begriffe, die sich in neuerer Zeit, vor allem in der Medizin und teilweise auch im Public-Health-Bereich, durchgesetzt haben. In der → Gesundheitsförderung hat das Thema einer evidenzbasierten Praxis seit Ende der 90er-Jahre an Bedeutung gewonnen und zu einer breiteren Diskussion geführt. In der Medizin wird Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen bezeichnet. Es ist Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis. Dabei wird von einer „Evidenzhierarchie" ausgegangen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) steht auf der obersten Stufe und wird als „Goldstandard" betrachtet. Für die Gesundheitsförderung besteht bislang noch kein Konsens darüber, was Evidenz bedeutet, welche Art von Evidenz für ihren komplexen Ansatz angemessen ist, wie die Ergebnisse/Wirkungen in der Gesundheitsförderung aussehen und wie diese gemessen werden können.

Ein Evidenzbegriff, wie er in der Medizin gebraucht wird, ist für die Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RCT gilt dort in der Regel als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. Entsprechend wird vorgeschlagen, Evidenz in der Gesundheitsförderung als umfassendes, plausibles Wissen über die Wirksamkeit komplexer gesundheitsfördernder Aktivitäten in komplexen sozialen Systemen oder Lebenswelten zu begreifen. Hierzu ist in der Regel eine Kombination verschiedener Methoden der Evaluationsforschung (→ Evaluation) erforderlich.

Gesundheit

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll. In den letzten Jahrzehnten gab es zwei Ansätze, die in besonderer Weise die heutige Sicht von Gesundheit und Krankheit geprägt haben: die Internationale Konferenz von Alma Ata 1978 und das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky.

1978 wurde auf der Internationalen Konferenz von Alma Ata eine Erklärung verabschiedet, die richtungsweisend für Basisgesundheitsversorgung und → Gesundheitsförderung wurde und noch heute die Diskussion bestimmt. In ihrem ersten Paragrafen wird Gesundheit folgendermaßen definiert: „§ 1. Die Konferenz bekräftigt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und dass sie ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Das Erreichen des höchsten Niveaus von Gesundheit ist eines der wichtigsten sozialen Ziele weltweit, dessen Realisierung den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zusätzlich zum Gesundheitswesen erfordert."

Antonovsky betont gegenüber der starken Ausrichtung der Medizin auf Risikofaktoren die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Im salutogenetischen Konzept interessiert vor allem, warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr, warum sie krank werden. Während man in der westlichen Medizin im Allgemeinen davon ausgeht, dass sich Gesundheit und Krankheit ausschließen, stellt Antonovsky dieser Sichtweise die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank bzw. mehr oder weniger gesund eingestuft werden. Dabei existiert kein strenges zeitliches Nacheinander von Gesundheit und Krankheit, sondern ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über

die Faktoren, die ihre → Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse/Strukturen/Kontexte).

Good Practice

Als Good Practice in der → Gesundheitsförderung werden diejenigen Angebote und Aktivitäten bezeichnet, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, die aufgrund des theoretischen Konzepts und der praktischen Erfahrungen eine hohe Wahrscheinlichkeit von Wirksamkeit haben und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen.

Lebensweltansatz

Der Begriff „Lebenswelt" bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Lebensweltorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen der Lebenswelt und an die involvierten Personengruppen.

Eine Lebenswelt kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang (Lebenswelt), von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von → Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Dem Lebensweltansatz als (Kern-)Strategie der → Gesundheitsförderung liegt die Idee zugrunde, mehr → Gesundheit in die Lebenswelten der Menschen zu integrieren und dort aufrechtzuerhalten. Er wurde in den späten 1980er-Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und gilt als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis Gesundheitsförderung. Ausgehend von dem „Gesunde-Stadt-Ansatz" der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1990 haben sich mittlerweile viele kon-

zeptuelle Überlegungen auf weitere Bereiche ausgeweitet (zum Beispiel Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten, Gesundheitsfördernde Schule etc.).

Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält der Lebensweltansatz dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt. Lebensweltorientierte Angebote sind demnach nicht nur auf gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhalten Einzelner ausgerichtet, sondern vordergründig auf die Umweltfaktoren in deren Lebenswelten, welche die dort lebenden, lernenden und/oder arbeitenden Menschen beeinflussen (zum Beispiel Arbeitsabläufe in Betrieben, Bewegungsräume im Stadtteil). Der Lebensweltansatz wird daher auch als Ansatz der Organisationsentwicklung bezeichnet.

Mit niedrigschwelligen Maßnahmen (→ Niedrigschwelligkeit), die in den Lebenswelten der → Zielgruppen ansetzen – beispielsweise Schule, Betrieb, Stadtteil oder Familie –, vermeiden Angebote, die mit dem Lebensweltansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtsangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen in den Lebenswelten verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung des Angebots beteiligt werden. Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu stärken (→ Empowerment).

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der → Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und → Prävention bei den → Zielgruppen hinwirken (zum Beispiel aus den Bereichen Familienberatung, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung sowie bei Lehrerinnen und Lehrern, Ärztinnen und Ärzten etc.). Eine besondere Gruppe bilden Politikerinnen und Politiker, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit → Gesundheit entscheidend beeinflussen. Angebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben. Es kann jedoch auch das Ziel eines Angebots sein, Betroffene im Laufe der Angebotsdurchführung zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen.

Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden Angeboten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach dessen Ablauf weiterhin bestehen bzw. ein Angebot Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt. Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität, das heißt, wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwellige Angebote gehen unmittelbar auf → Zielgruppen zu. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu sprechen, stellt vor allem für sozial benachteiligte Gruppen oft eine zu hohe Schwelle dar, als dass Angebote mit Komm-Struktur wahrgenommen würden. Daher werden oft diejenigen Personen, die besonders dringend Unterstützung und Hilfestellungen benötigen, nicht erreicht. Niedrigschwellige Angebote dagegen warten nicht, bis Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen unmittelbar auf die Zielgruppen ihrer Arbeit zu, um sie zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreichen zu können. Dies gelingt am besten durch das Aufsuchen und Begleiten der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt, zum Beispiel in Schulen, in Kindertagesstätten, in Stadtteilen etc.

Partizipation

Unter Partizipation ist die Beteiligung der → Zielgruppe zu verstehen. Sie kann in der → Gesundheitsförderung unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art der Aktivität, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, wie auch bezüglich des Umfangs der Maßnahmen können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung.

Partizipation kann erleichtert und ermöglicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen bzw. Stärkung des Selbstwertgefühls,
- Förderung von Eigeninitiative,
- Förderung von Lernbereitschaft,

- Förderung der Gruppenfähigkeit,
- Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen,
- Förderung des Verantwortungsgefühls

Prävention

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten (Senkung der Neuerkrankungsrate bzw. von Erkrankungsrisiken) – im Kontext dieser Arbeit von Übergewicht bzw. Untergewicht. Es wird unterschieden

a) nach dem Zeitpunkt des Eingreifens zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:
   - *Primärprävention* trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bzw. – unter dem Blickwinkel der Adipositasprävention – zu einer normalen Gewichtsentwicklung bei.
   - *Sekundärprävention* zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess von Übergewicht bzw. Untergewicht einzugreifen.
   - Durch *Tertiärprävention* soll eine Chronifizierung des Übergewichts verhindert werden.

b) nach angesprochener → Zielgruppe und Risikofaktoren in universelle, selektive und gezielte Prävention:
   - *Universelle Prävention* wendet sich zum Beispiel an alle Schülerinnen und Schüler einer Schule, alle Mütter des Stadtteils, alle Kinder und Jugendlichen einer Region, unabhängig von ihrem Gewichtsstatus oder ihres soziokulturellen Hintergrunds. Die Zielgruppen der universellen Prävention sind in der Regel inhomogen.
   - *Selektive Prävention* hat Zielgruppen mit einem erhöhten Risiko – in diesem Fall für die Entwicklung von Übergewicht – im Blick, zum Beispiel Kinder von übergewichtigen Eltern; Familien mit Migrationshintergrund oder sozial benachteiligte Familien; Frauen, die mit Übergewicht in die Schwangerschaft gehen etc.
   - *Gezielte Prävention* richtet sich an ausgewählte Gruppen/Individuen, die bereits erkrankt, das heißt mit Blick auf die Adipositasprävention bereits übergewichtig sind. Es handelt sich hierbei um Therapie.

c) nach dem Ansatzpunkt Verhaltens- und Verhältnisprävention:
   - Verhaltensprävention bezieht sich auf das Individuum.
   - Verhältnisprävention bezieht sich auf den Kontext, das persönliche und strukturelle Umfeld, etwa Lebenswelten, Infrastruktur, Lebensmittelan-

gebot, wirtschaftliche, technische oder gesetzgeberische Rahmenbedingungen.

Da Verhältnisse Verhalten beeinflussen, sollte Ressourcensteigerung mit dem Abbau von Risiken kombiniert werden.

Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen. In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:

- *Strukturqualität:* Ausstattung eines Angebots oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern etc.,
- *Prozessqualität:* die Art und Weise der Angebotsdurchführung oder Leistungserbringung,
- *Ergebnisqualität:* die erreichten Effekte eines Angebots.

Seit Beginn der Qualitätsdiskussion hat es entscheidende Veränderungen im Verständnis von Qualität und der Art und Weise, wie man sie am besten sichert, gegeben. Bezog sich der Begriff Qualität anfangs nur auf ein gefertigtes Produkt, so wurden mit der Zeit immer weitere Qualitätsdimensionen in das Konzept der Qualitätssicherung mit einbezogen. Das Qualitätsverständnis wurde zuerst auf die Kundenzufriedenheit, in einem weiteren Schritt auf alle Arbeitsabläufe, Dienstleistungen und auch auf die vorhandenen Strukturen ausgedehnt. Mehr und mehr traten die Arbeitsprozesse einer Organisation in den Vordergrund des Interesses. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen in einem Betrieb oder einer Organisation. Der Begriff „Qualitätssicherung“ wurde durch den Begriff „Qualitätsmanagement“ abgelöst. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel setzte in Deutschland erst in den 1980er-Jahren ein. Qualität soll nicht mehr kontrolliert oder gesichert werden, Qualität soll produziert und kontinuierlich verbessert werden. Auf diesem Verständnis basiert das moderne Qualitätsmanagement. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden.

Angebote der → Gesundheitsförderung können zur Verbesserung der Qualität beitragen, indem sie zentrale Elemente wie das Denken in Regelkreisen als Arbeitsprinzip praxisnah umsetzen und damit Qualität entwickeln.

Ressource

Darunter versteht man in der → Gesundheitsförderung und Primärprävention (→ Prävention) Schutzfaktoren, die den Handlungsspielraum für gesundes Verhalten vergrößern. Dies können personale, soziale oder familiäre Ressourcen sein (siehe auch Qualitätskriterium 11, S. 103).

- Zu den *personalen Ressourcen* zählen Kohärenzsinn, Selbstwirksamkeitserwartung, emotionale Stabilität, die Kompetenz zur Bewältigung von negativen Emotionen und (Dis-)Stress, Empathie, Selbstkonzept, Beziehungsfähigkeiten u. a.
- Zu den *familiären Ressourcen* gehören familiärer Zusammenhalt, Unterstützung durch die Familie, Erziehungsverhalten (Anregung, Förderung, innerfamiliäre Kommunikation, Vorbildfunktion).
- Die *sozialen Ressourcen* umfassen Unterstützung von anderen Bezugspersonen im Umfeld.

Zielgruppe

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine Maßnahme oder eine Strategie abzielt.

2. Literaturverzeichnis

Adami F, de Assis Guedes de Vasconcelos F (2008): Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 4, S558–S568, 08. DOI: 10.1590/S0102–311X2008001600008. Download unter http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/08.pdf. Zugriff am 14.07.2010

Al Mamun A, Lawlor DA, Alati R, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM (2006): Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study. Am J Epidemiol 2006, Aug 15, 164 (4), 317–25

Altgeld T, Dadaczynski K, Heseker H, Klärs G, Lampert T, Permien H, Paulus P, Richter M, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, Berlin. Download unter http://www.gesundheitsziele.de//cms/ medium/211/NationalesGesundheitsziel-Gesund-aufwachsen.pdf

American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2010): Exercise during Pregnancy. Download unter http://www.acog.org/publications/patient_education/bp119.cfm. Zugriff am 27.05.2010

Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, Froberg K, Ekelund U, Brage S, Anderssen SA (2006): Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). Lancet, 368, 299–304

Antonovsky A, Franke A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen 1997

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2009): Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention 2009, www.a-g-a.de

Auhagen AE (Hrsg.) (2004): Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren" Leben. Beltz PVU, Weinheim

Bartsch S (2008): Jugendesskultur: Bedeutung des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 30. BZgA, Köln

Beck U (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Bellissimo N, Pencharz PB, Thomas SG, Anderson GH (2007): Effect of Television Viewing at Mealtime on Food Intake After a Glucose Preload in Boys. In: Pediatric Research 61, 745–749

Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35. BZgA, Köln

Bergmann KE, Bergmann RL, Richter R, Finke C, Dudenhausen JW (2009): Frühe Gesundheitsförderung und Prävention des 20. und 21. Jahrhunderts. Daten und Gedanken zum 100. Jahrestag der Eröffnung des Kaiserin Auguste Victoria Hauses zu Berlin. Gesundheitswesen 71, 709–721

Biddle SJ, Gorely T, Marshall SJ, Murdey I, Cameron N (2004): Physical activity and sedentary behaviour in youth: issues and controversies. J R Soc Health 124 (1), 29–33

Birch LL, Davison KK (2001): Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. Pediatr Clin North Am, 48 (4), 893–907

Bjørge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD (2008): Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230 000 Norwegian adolescents. Am J Epidemiol, 168 (1), 30–7

Blass EM, Anderson DR, Kirkorian HL, Pempek TA, Price I, Koleini MF (2006): On the road to obesity: Television viewing increases intake of high-density foods. Physiology & Behavior 88 (2006), 597–604

Bollars C, Kok H, Van den Broucke S, Molleman G (2005): European Quality Instrument for Health Promotion (with user manual). Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, Woerden. Download unter http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/User%20Manual1.pdf

Bös K, Oberger J, Opper E, Romahn N, Wagner M, Worth A (2006): Präsentation der Ergebnisse des KiGGS-Moduls MoMo auf dem Symposium am 26.09.06 des RKI 2006. Download unter http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html

Bös K, Worth A, Opper E, Oberger J, Woll A, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden

Bray GA (2004): The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride hypothesis. Physiol Behav 82, 115–121

British Medical Association BMA (2005): Preventing childhood obesity. BMA House, London

Brown T, Kelly S, Summerbell C (2007): Prevention of obesity: a review of interventions. Obesity reviews 8 (Suppl. 1), 127–130

Bühler A, Heppekausen K (2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln. Download unter http://www.bzga.de/botmed_60646000.html

Bundeselternrat (2006): Forschungsprojekt „Wege zur nachhaltigen Erreichbarkeit von Eltern zur Prävention des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen". Download unter http://bird-und-huebner.de/index-Dateien/Nachhaltige%20Erreichbarkeit. Zugriff am 25.09.2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Rauchfrei in der Schwangerschaft. Ratgeber für Schwangere und ihre Partner. Download unter http://www.bzga.de/pdf.php?id=61523305da607f1a4ff10064f7784e9c

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): Peer Education – Ein Handbuch für die Praxis. BZgA, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret, Band 4, BZgA, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Gut hinsehen und zuhören. Tipps für Eltern zum Thema „Mediennutzung in der Familie, Köln. Download unter http://www.bzga.de/botmed_20282000.html

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Band 5. 4. Aufl., BZgA, Köln

Burrmann U: (2008): Bewegungsräume und informelle Bewegungs-, Spiel- und Sportaktivitäten der Kinder. In: Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf

Campbell KJ, Hesketh KD (2007): Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. Obesity reviews 8, 327–338

Caroli M, Argentieri L, Cardone M, Masi A (2004): Role of television in childhood obesity prevention. International Journal of Obesity 28, 104–108

Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, Manios Y, Moschonis G, Savva S, Zaborskis A, Rito AI, Nanu M, Vignerová J, Caroli M, Ludvigsson J, Koch FS, Serra-Majem L, Szponar L, van Lenthe F, Brug J (2010): Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. Obes Rev. 11 (5), 389–98

Cerin E, Barnett A, Baranowski T (2009): Testing theories of dietary behavior change in youth using the mediating variable model with intervention programs. J Nutr Educ Behav. 2009 (Sept–Oct), 41 (5), 309–18

Colapinto CK, Fitzgerald A, Taper LJ, Veugelers PJ (2007): Children's Preference for large portions, prevalence, determinants and consequences. J Am Diet Assoc 107, 1183–1190

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 320, 1240–1243

Cooper TV, Klesges LM, Debon M, Klesges RC, Shelton ML (2005): An assessment of obese and non obese girls' metabolic rate during television viewing, reading, and resting. Eat Behav., Mai, 7 (2), 105–14

Danielzik S, Pust S, Müller MJ (2007): School-based interventions to prevent overweight and obesity in prepubertal children: process and 4-years outcome evaluation of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). Acta Paediatr 96, 19–2

Davison K, Werder JL, Lawson L (2008): Children's Active Commuting to School: Current Knowledge and Future Directions. Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy 5 (3)

Demmelmair H, von Rosen J, Koletzko B (2006): Long-term consequences of early nutrition. Early human development 82, 567–574

Dennison B, Erb T, Jenkins P (2002): Television Viewing and Television in Bedroom Associated With Overweight Risk Among Low-Income Preschool Children. Pediatrics 109, 1028–1035

Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2007): Evidenzbasierte Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“, Version 2007. Download unter http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien. Zugriff am 26.11.2008

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2004): Ernährungsbericht 2004. Kapitel 8: „Darstellung und Wirkung von Ernährungsinformationen im Fernsehen“. Kapitelbetreuer: Rössler P, Willhöft C. Bonn, 347–406

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2008): Ernährungsbericht 2008. Kapitel 6: „Ernährung und frühe kindliche Prägung“. Kapitelbetreuer: Plagemann A, Dudenhausen JW. Bonn, 271–300

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2009): Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2009): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung, Bonn. Internet: http:// www.schuleplusessen.de/qualitaetsstandards.html

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2009): Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder, Bonn. Download unter http://www.fitkid-aktion.de/qualitaetsstandards.html

Deutsches Krebsforschungszentrum (2008): Frauen und Rauchen in Deutschland. Heidelberg. Download unter http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Frauen_und_Rauchen_Band_9.pdf

Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC (2006): The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. Obesity Reviews 7, 111–136

Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K (2008): Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. Public Health Nutr 12, 1–13

Dyer A, Blomeyer D, Laucht M, Schmidt MH (2007): Psychische Folgen des Übergewichts im Grundschulalter. Kindheit und Entwicklung 16 (3), 190–197

Economos CD, Hyatt RR, Goldberg JP, Must A, Naumova EN, Collins JJ, Nelson ME (2007): A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Sommerville first year results. Obesity (Silver Sping) 15 (5), 1325–36

Ello-Martin JA, Ledikwe JH, Rolls BJ (2005): The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. American Journal of Clinical Nutrition Vol. 82, No. 1, 236S–241S

Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007): „Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5–6), 800–9

Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ), Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) (2008): Zum Verzehr zuckerhaltiger Getränke durch Kinder und Jugendliche. DGEinfo 8/2008, 114–117

Eschenbeck H, Kohlmann CW, Dudey S, Schurholz T (2009): Physician-diagnosed obesity in 156,948 German 6- to 14-year-olds: Prevalence and comorbidity of internalizing disorders, externalizing disorders, and sleep disorders. Obesity Facts 2, 67–73

Europäische Union (2008): EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Download unter http://ec.europa.eu /sport/news/news682_en.htm. Zugriff am 4.6.2010

Fehm HL, Kern W, Peters A (2006): The selfish brain: competition for energy resources. Prog Brain Res. 153, 129–40

Floriani V, Kennedy, C (2008): Promotion of physical activity in children. Current Opinion in Pediatrics 20, 90–95 (zitiert nach Teichler, Wunderlich, Walter: Körperlich-sportliche Aktivität bei Kindern)

Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC (2006): Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with ‚best practice‘ recommendations. In: Obesity reviews 7 (Suppl. 1), 7–66

Forschungsinstitut für Kinderernährung (Text), aid infodienst, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2005): optimiX, Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Bonn

Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P (2006): Relationship between Portion Size and Energy Intake among Infants and Toddlers: Evidence of Self-Regulation. J Am Diet Assoc. 2006, 106, S77–S83

Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS (2005): The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics 115 (1), 22–7

Fröschl B, Haas S, Wirl, C (2009): Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Verhalten und Verhältnisprävention. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA), Band 85. DIMDI (Hrsg.), Köln. DOI:10:3205/hta000067L

Gerhards J, Rössel J (im Auftrag der BZgA) (2003): Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Köln. Download unter http://www.bzga.de/pdf.php?id=8bd63eaa0b63c4d58c43405e2e205d67

GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 (Fassung vom 27.08.2010). Berlin

Golan M, Crow S (2004): Parents are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. Nutrition Reviews 62, No. 1, 39–50

Gorog K, Pattenden S, Antova T, Niciu E, Rudnai P, Scholtens S, Splichalova A, Slotova K, Vokó Z, Zlotkowska R, Houthuijs D (2009): Maternal Smoking During Pregnancy and Childhood Obesity: Results from the CESAR Study. Matern Child Health J, Dec 1 (Epub ahead of print)

Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH (1996): Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986–1990. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996, Apr, 150 (4), 356–62

Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobol AM, Dixit S, Fox MK, Laird N. (1999): Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999, Apr, 153 (4), 409–418

Graf C, Dordel S (2007): Körperliche Aktivität und Bewegungsmangel. In: Graf C, Dordel S, Reinehr T (Hrsg): Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 63–80

Graf C, Jouck S, Koch B, Staudenmaier K, von Schlenk D, Predel HG, Tokarski W, Dordel S (2007): Motorische Defizite – wie schwer wiegen sie? Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde 155, 631–637

Graf C, Koch B, Dordel S, Jaeschke R, aid infodienst (Hrsg.) (2007): Die Kinder-Bewegungspryamide. aid-infodienst, Bonn

Graf C, Koch B, Dordel S, Schindler-Marlow S, Icks A, Schüller A, Bjarnason-Wehrens B, Tokarski W, Predel HG (2004): Physical activity, leisure habits and obesity in first grade children. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 11, 284–290

Graf C, Koch B, Falkowski G, Jouck S, Christ H, Staudenmaier K, Tokarski W, Gerber A, Predel HG, Dordel S (2008): School-based prevention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. Journal of Sports Science, August 2008, 26 (10), 987–994

Graf C, Starke D, Nellen M (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 1321–1328

Grossmann R, Scala K (2001): Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. BZgA, Köln

Gruber KJ, Haldeman LA (2009): Using the family to combat childhood and adult obesity. Prev Chronic Dis 2009, 6 (3)

Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Barba G, Eiben G, Fernandez J, Hebestreit A, Kovács E, Lasn H, Regber S, Shiakou M, De Henauw S, IDEFICS consortium (2008): Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents. Health Education Research Advance Access, published July 5, 2008. Download am 20.10.2008

Hampel P, Petermann F (2001): Streß und Streßverarbeitung: Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung 10, 143–147

Harder T, Schellong K, Rodekamp E, Dudenhausen JW, Plagemann A (2007): Perinatale Programmierung. Wird Adipositas im Mutterleib geprägt? Adipositas 1/2007, 5–11

Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE (2009): Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. CMAJ 2009, Mar 31, 180 (7), 719–26

Haugland S, Wold B, Torsheim T (2003): Relieving the pressure? The role of physical activity in the relationship between school-related stress and adolescent health complaints. Research Quarterly for Exercise and Sport 74 (2), 127–135

Hebebrand J, Simon CP (2008): Irrtum Übergewicht: Warum Diäten versagen und wir uns trotzdem leicht fühlen können. Fakten gegen den Schlankheitswahn. Strategien für eine gesündere Gesellschaft. München

Hebebrand J, Sommerlad C, Geller F, Görg T, Hinney A (2001): The genetics of obesity: practical implications. In: Int J Obes Relat Metab Disord, 2001, May, 25, Suppl. 1, S10–8

Hebebrand J, Wermter AK, Hinney A (2005): Genetik und Gen-Umwelt-Interaktion. In: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Springer Verlag, S. 28–36

Heindl I (2003): Studienbuch Ernährungsbildung – ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. WB-Druck, Rieden, S. 66

hepa.ch (2006): Gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen. Download unter http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.parsys91. Zugriff: 18.08.2010

Hill A (2002): Developmental issues in attitudes to food and diet. Proceedings of the Nutrition. Society 61, 259–66

Hofmann E (2001): Weniger Stress erleben. Wirksames Selbstmanagement-Training für Führungskräfte. Kriftel, Neuwied

Hölling H, Schlack R (2007): Essstörungen im Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Ernährungsumschau (9), 514–518

Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A, Kurth BM (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 606–620

Hurrelmann K (1994): Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Weinheim

Institute of Medicine of the National Academies (2009): Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. IOM-Report. Download unter http://www.iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-the-Guidelines.aspx

Isganaitis E, Levitsky LL (2008): Preventing childhood obesity: can we do ist? Curr Opinin Endocrinol Diab Obes, 15 (1), 1–8

Jackson-Leach R, Lobstein T (2006): Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. International Journal of Pediatric Obesity 1, 26–32

Jahnke DL und Warschburger PA (2008): Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. Obesity (Silver Spring) 2008 Aug, 16 (8), 1821–5

Jerusalem M, Mittag W (1994): Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. In: Zeitschrift für Pädagogik 40, Heft 6, S. 851–869

Kahn EB et al. (2002): The effectiveness of interventions to increase physical activity – A systematic review. American Journal of preventive Medicine 22 (4S), 73–107

Kallus W, Veit I, Moser M (2001): Beanspruchungs-Erholungs-Zustand und Bewältigung im Kindes- und Jugendalter. In: Kindheit und Entwicklung 3, 10, 172–179

Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, McGovern L, Johnson J, Singhal V, Paulo R, Hettinger A, Erwin PJ, Montori VM (2008): „Clinical review: behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trials". J Clin Endocrinol Metab. 93 (12), 4606–15

Keimer K, Hebestreit A, Hassel H (2008): Gesundheitserziehung in Deutschland, Schweden, Ungarn und auf Zypern. Qualitative Ergebnisse der IDEFICS-Studie. Ernährung im Fokus 8–08, 326–333

Kersting M, Alexy U, Kroke A, Lentze MJ (2004): Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD-Studie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, 213–218

Kersting M, Clausen K (2007): Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? Ernährungs Umschau 54, 508–513

Kersting M, Sichert-Hellert W (2006): Fast food bei Kindern – was ist akzeptabel und was nicht? Pädiatrie hautnah 18, 10–12

Klein D, De Toia D, Weber S, Wessely N, Koch B, Dordel S, Sreeram N, Strüder HK, Graf C (2010): Effects of a low threshold health promotion intervention on the BMI in pre-school children under consideration of parental participation. European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 5, e125–e131

Kleiser CA, Schaffrath R, Mensink GB, Prinz-Langenohl R, Kurth BM (2009): Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study. BMC Public Health 9, 46

Klesges RC, Shelton ML, Klesges LM (1993): Effects of television on metabolic rate. Pediatrics 1993, 91, 281–86

Klotter C (2007): Einführung Ernährungspsychologie. Ernst Reinhardt Verlag, München

Koch FS, Sepa A, Ludvigsson J (2008): Psychological Stress and Obesity. J Pediatr. 2008, Jul 25 (Epub ahead of print) (Pubmed-Abstract)

Koletzko B, Brönstrup A, Cremer M, Flothkötter M, Hellmers C, Kersting K, Krawinkel M, Przyrembel H, Schäfer T, Vetter K, Wahn U, Weißenborn A (2010): Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Handlungsempfehlungen – ein Konsensuspapier im Auftrag des bundesweiten Netzwerks Junge Familie. Monatsschr Kinderheilkd 158, 7

Koletzko B, von Rosen J, Demmelmair H (2007): Early nutrition related risk factors for later obesity. Nutrición clinica 10 (Suppl.), S42–S52

Kolip P (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, 235–239

Kolip P (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 28–35

Kommission der europäischen Gemeinschaften (2006): Grünbuch. „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten“ KOM (2005) 637. Download unter http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0637de01.pdf. Zugriff am 15.07.2010

Kommission der europäischen Gemeinschaften (2006): Weißbuch Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa, Brüssel KOM (2007) 279. Download unter http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_de.pdf. Zugriff am 15.07.2010

Koordinierungskreis zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung (2009): Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland in der Fassung vom 22.6.2009. Download unter http://www.dge.de/pdf/fb/09-06-22-KoKreis-EB-RV.pdf. Zugriff am 1.6.2010

Kriemler S, Zahner L, Schindler C, Meyer U, Hartmann T, Hebestreit H, Brunner-La Rocca HP, van Mechelen W, Puder JJ (2010): Effect of school based physical activityprogramme (KISS) on fitness and adiposity in primary schoolchildren: cluster randomised controlled trial, BMJ 2010, 340, c785. DOI: 10.1136/bmj.c785

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M (für AGA) (2008): Aktuelle Sicht der Prävalenz und Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Download unter http://www.a-g-a.de/Trends.doc. Zugriff am 24.11.2008

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, v. Hippel U, Jager U, Johnsen D, Korte W, Menner K, Müller G, Müller JM, Niemann-Pilatus A, Remer T, Schaefer F, Wittchen HU, Zabransky S, Zellner K, Ziegler A, Hebebrand J (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149, 807–818

Kromeyer-Hauschild K (2008): Prävalenzangaben für Übergewicht und Adipositas – ausreichende Indikatoren für die gegenwärtige Gewichtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter? Vortrag auf dem Adipositas-Kongress, Freiburg. 24. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft vom 16.–18. Oktober 2008. Abstract. AdipositasSpektrum, Kongressausgabe, Oktober 2008, 4. Jahrgang

Kromeyer-Hauschild K, Gläßer N, Zellner K (2008): Perzentile für den Taillenumfang von Jenaer Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren. Akt Ernähr Med 33, 116–122. DOI: 10.1055/s-2008-1067381. http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/akternmed/doi/10.1055/s-2008-1067381;jsessionid=7461E01280D487E78B89F838D5407159.jvm4

Kurth BM, Ellert U (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KiGGS. Deutsches Ärzteblatt 105 (23), 406–12

Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 736–743

l'Allemand D, Wiegand S, Reinehr T, Müller J, Wabitsch M, Widhalm K, Holl R, APV-Study Group (2008): Cardiovascular Risk in 26.008 European Overweight Children as Establishes by a Multicenter Database. Obesity 16 (7), 1672–1679

Lampert T et al. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 634–642

Lampert T, Mielck A (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. GGW, 8 (2), 7–16

Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 643–652

Lange C, Schenk L, Bergmann R (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 624–633. DOI: 10.1007/s00103-007-0223-9

Langnäse K, Asbeck I, Mast M, Müller MJ (2004): The influence of socioeconomic status on long-term effect of family-based obesity treatment intervention in prepubertal overweight children. Health Education 104, 336–43

Lehmkühler S (2002): Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESA) – qualitative Fallstudien. Gießen. Download unter http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2002/825/pdf/d020125.pdf

Leskinen T, Sipilä S, Alen M, Cheng S, Pietiläinen KH, Usenius JP, Suominen H, Kovanen V, Kainulainen H, Kaprio J, Kujala UM (2009): Leisure-time physical activity and high-risk fat: a longitudinal population-based twin study. Int J Obes (Lond) 2009, Nov 33 (11), 1211–8

Libuda L, Alexy U, Sichert-Hellert W, Stehle P, Karaolis-Danckert N, Buyken AE, Kersting M (2008): Pattern of beverage consumption and long-term assoziation with body-weight status in German adolescents – results from the DONALD study. Br J Nutr 99 (6), 1370–9

Lindsay AC, Sussner KM, Kim J, Gortmaker S. (2006): The Role of Parents in Preventing Childhood Obesity. The Future of Children 16 (1), 169–186

Lobstein T (2006): Comment: Preventing child obesity – an art and a science. Obesity reviews 7 (Suppl. 1), 1–5

Lobstein T, Baur L, Uauy R (for the IASO International Obesity TaskForce) (2004): Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity Reviews, Volume 5, Issue s1, 4–85. Published Online: 16 Apr 2004

Lobstein T, Jackson-Leach R (2006): Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Number of children with indicators of obesity-related disease. International Journal of Pediatric Obesity 1, 33–41

Lubans DR, Foster C, Biddle SJ (2008): A review of mediators of behaviour in interventions to promote physical activity among children and adolescents. Prev. Med. 2008, Nov, 47 (5), 463–70

MacFarlane et al. (2009): Longitudinal examination of the family food environment and weight status among children. Int J Pediatr Obes. 2009, 4 (4), 343–52

Mann-Luoma R, Goldapp C, Khaschei M, Lamersm L, Milinski B (2002): Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45, S. 952ff.

Mantzoros et al. (1997): Effect of birth weight and maternal smoking on cord blood leptin concentrations of full-term and preterm newborns. J Clin Endocrinol Metab. 1997, 82 (9), 2856–61

Max Rubner-Institut, Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht, Teil 1. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Download unter http://www.was-esse-ich.de. Zugriff am 24.11.2008

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg) (2006): KIM 2006. Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Download unter http://www.mpfs.de/fileadmin/KIM-pdf06/KIM2006.pdf

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg) (2007): JIM 2007. Jugend, Information, Multi-Media. Basisstudie zum Medienumfang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Download unter http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf07/JIM-Studie2007.pdf

Meigen C et al. (2008): Secular trends in body mass index in German children and adolescents: a cross-sectional data analysis via CrescNet between 1999 und 2006. In: Metabolism Volume 57, Issue 7, 934–939 (Pubmed-Abstract)

Mensink GBM, Heseker H, Richter A, Stahl A, Vohmann C (2007): Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Robert Koch-Institut, Berlin, Paderborn. Download unter http://www.bmelv.de/SharedDocs/downloads/03-Ernaehrung/EsKiMoStudie.html. Zugriff am 25.11.2008

Metcalf BS et al. (2010): Fatness leads to inactivity, but inactivity does not lead to fatness: a longitudinal study in children (EarlyBird 45). Arch Dis Child PMID 20573741

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2006): Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein (S1). Erhebung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter des Landes Schleswig-Holstein im Jahr 2006

Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K, Reinehr T, Kurth BM (2007): Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 1424–1431

Mottola MF, Giroux I, Gratton R, Hammond JA, Hanley A, Harris S, McManus R, Davenport MH, Sopper MM (2010): Nutrition and Exercise Prevent Excess Weight Gain in Overweight Pregnant Women. Medicine & Science in Sports & Exercise. DOI: 10.1249/MSS.0b013e3181b5419a

Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Toschke AM, Reinehr T, Kersting M (2008): Selektive Wirksamkeit einer niederschwelligen Verhältnisprävention in Abhängigkeit vom Migrationsstatus bei Grundschulkindern: Ergebnisse der „trinkfit" Studie. Adipositas-Spektrum. Kongressausgabe, Oktober 2008 (4), 19

Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Toschke AM, Reinehr T, Kersting M (2009): Promotion and provision of drinking water in schools for overweight prevention: randomized, controlled cluster trial. Pediatrics 123 (4), e661–667

Muff C, Weyers S (2010): Sozialer Status und Ernährungsqualität. Evidenz, Ursachen und Interventionen. Ernährungs-Umschau 02/2010, 84–89

Müller M, Reinehr T, Hebebrand J (2006): Prävention und Therapie von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl 103 (6), A: 334–340

Müller MJ (2007): Gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche. In: Das (Online-)Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP) München, hrsg. von Fthenakis WE,Textor MR. Download unter http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Ernaehrung/s_899.html

Müller MJ (2010): Soziale Ungleichheit im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ernährungs-Umschau 2/10

Must A, Tybor DJ (2006): Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. Int J Obes 29, S84–S96

Nagel G, Wabitsch M, Galm C, Berg S, Brandstetter S, Fritz M, Klenk J, Peter R, Prokopchuk D, Steiner R, Stroth S, Wartha O, Weiland SK, Steinacker J (2009): Determinants of obesity in the Ulm Research on Metabolism, Exercise and Lifestyle in Children (Urmel-ICE). Eur J Pediatr 168, 1259–1267. DOI: 10.1007s00431-009-1016-y

Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM (2010): Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007–2008. JAMA 20, 303 (3), 242–9

Opper E, Oberger, Worth A, Bös K (2009): Bedeutung von Übergewicht für die motorische Leistungsfähigkeit und die körperlich-sportliche Aktivität. In: Bös K, Worth A, Opper E, Oberger J, Woll A (Hrsg.): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden, S. 260–299

Ortega FB, Ruiz JR, Sjöström M (2007): Physical activity, overweight and central adiposity in Swedish children and adolescents: the European Youth Heart Study. Int J Behav Nutr Phys Act, Nov 19, 4, 61

Palentien C (1997): Jugend und Streß. Ursachen, Entstehung und Bewältigung. Luchterhand

Papas MA et al. (2007): The built environment and obesity. Epidemiol Rev. 2007, 29, 129–43

Patrick H, Niklas TA (2005): A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. Journal of the American College of Nutrition 24, No. 2, 83–92

Paulus P (2009): Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Download unter http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Paulus_Kooperation_Schule_etc.pdf. Zugriff am 23.08.10

peb (2006): „Wege zur nachhaltigen Erreichbarkeit von Eltern zur Prävention des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen" (Studie im Auftrag des Bundeselternrates). Download unter http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/193/?no_cache=1&sword_list%5B%5D=Elternrat. Zugriff am 15.03.2010

peb (2008): Ergebnisse der Netzwerkkonferenz „KiTas und Eltern". Internet: http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=473. Zugriff am 26.11.2008

Popkin BM, Duffey K, Gordon-Larsen P (2005): Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. Physiology and Behaviour 86, 603–613

Pott E (2007): AIDS-Prävention in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, 4, 422–431

quint-essenz (2007): Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Qualitätskriterien (Version: 5.0/30.11.2007/1). Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Qualitaetskriterien_50.pdf. Zugriff am 17.07.2010

Rees R, Kavanagh J, Harden A, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, Oakley A (2006): Young people and physical activity: a systematic review matching their views to effective interventions. Health education research 21, 806–825

Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A, Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team (2005): Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ 330, 1357

Reinehr T (2005): Folgeerkrankungen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Download unter www.a-g-a.de/Folgeerkrankungen. Zugriff am 28.11.2008

Rizzo NS, Ruiz JR, Oja L, Veidebaum T, Sjöström M (2008): Association between physical activity, body fat, and insulin resistance (homeostasis model assessment) in adolescents: the European Youth Heart Study. Am J Clin Nutr. 87 (3), 586–92

Robert Koch-Institut (2008): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin, S. 57–66

Robert Koch-Institut, BZgA (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln. Download unter http://www.kindergesundheit-info.de/index.php?id=3558#14265

Rosenbrock R (2004): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. Zeitschrift für Evaluation, Heft 1, S. 71–80

Rosenbrock, R (2005): Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In: Kirch W, Badura B (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Dresden, 1. und 2. Dez. 2005. Springer

Röthlisberger C, Calmonte R, Seiler R (1997): Sport, Stress und emotionaler Rückhalt als Determinanten von Gesundheits- und Lebenszufriedenheit bei Adoleszenten. Eine zweijährige Longitudinalstudie. Psychologie und Sport 4, 92–101

Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W: Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Radix Gesundheitsförderung, Bern. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf. Zugriff am 12.11.2010

Ruiz JR, Rizzo NS, Hurtig-Wennlöf A, Ortega FB, Wärnberg J, Sjöström M (2006): Relations of total physical activity and intensity to fitness and fatness in children: the European Youth Heart Study. Am J Clin Nutr. 84 (2), 299–303

Ruiz JR, Rizzo NS, Ortega FB, Loit HM, Veidebaum T, Sjöström M (2007): Markers of insulin resistence are associated with fatness and fitness in school-aged children: the European Youth Heart Study. Diabetologia 50 (7), 1401–8

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005 (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Drucksache 15/5670 vom 9.6.2005. Download unter http://www.svr-gesundheit.de. Zugriff am 26.11.2008

Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C (2008): Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. Br J Nutr. 2008, Feb 99, Suppl. 1, S22–5

Schlack HG (2003): Sozial benachteiligte Kinder – eine Herausforderung für die gemeinwesenbezogene Gesundheitsfürsorge. Gesundheitswesen 65, 671–675

Schmidt W (2003): Kindheiten, Kinder und Entwicklung: Modernisierungstrends, Chancen, Risiken. In: Schmidt W, Hartmann-Tews I, Brettschneider WD (Hrsg.) (2003): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schorndorf, S. 19–42

Schmidt W (2008): Bewegungsarme Gesellschaft? Analysen zum Thema Kinder, Jugend und Sport. pro-Jugend 1/2008. Download unter http://www.bayern.jugendschutz.de/projugend/datei.aspx?InDID= 4175 &G=1422727&a=b

Schmidt W, Eichhorn J (2007): Eine Frage der Qualität: Integration von Kindern und Jugendlichen in den organisierten Sport. Deutsche Sportjugend

Schneider et al. (2009): Übergewicht/Adipositas: Komplexes Zusammenspiel von Einflussfaktoren und Auswirkungen. Elektronische Ressource, 2009. Download unter http://www.uni-giessen.de/fbr09/nutr-ecol/_down_pdf/Poster_Wittig_DGE2009.pdf

Schulz R, Güther B, Mutert S, Kuhn J (2010): Obesity in Bavarian adolescents: prevalence in trend, sociodemographic structural features and subjective health. Gesundheitswesen 72 (2), 88–98

Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, Sullivan S, Rockett H, Thoma KA, Dumitru G, Resnicow KA (2007): Office-Based Motivational Interviewing to prevent childhood obesity. Arch Pediatr Adolesc Med 161, 495–501

Seidell JC, Verschuren WM, van Leer EM, Kromhout D (1996): Overweight, underweight and mortality: a prospective study of 48287 men and women. Archives of Internal Medicine, 156, 958–963

Sharma M (2006): International school-based interventions for preventing obesity in children. Obesity reviews 8, 155–167

Simonetti D'Arca A, Tarsitani G, Cairella M, Siani V, De Filippis S, Mancinelli S, Marazzi MC, Palombi L (1986): Prevention of obesity in elementary and nursery school children. Public Health 100, 166–173

Spurrier NJ et al. (2008): Relationships between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children: a cross-sectional study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity, 5, 31

Stahl A, Vohmann C, Richter A, Mensink GBM, Heseker H (2008): Soziale Ungleichheit in der Ernährung von Kindern – Ergebnisse aus EsKiMo. Poster DGE-Kongress 2008. Download unter http://dsg.uni-paderborn.de/fileadmin/evb/personen/publikationen_von_Anna_Stahl/DGEpi_2008_Poster.pdf

Stice E, Shaw H, Nathan Marti C (2006): A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny of Intervention that work. Psychological Bulletin 132, Vol. 5, 667–691

Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE (1990): The body-mass index of twins who have been reared apart. N Engl J Med 322, 1483–1487

Summerbell CD et al. (2005): Interventions for preventing obesity in children (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD001871.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub2

Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraj-Blatchford I, Taggart B, Elliot K (2003): The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Finding of the pre-school period. Download unter Summary of findings. http://www.ioe.ac.uk/schools/ecpe/eppe/eppe3-11/eppe3. Zugriff am 14.07.2007

Textor MR (2008): Forschungsergebnisse zur Effektivität frühkindlicher Bildung: EPPE, REPEY und SPEEL. Download unter http://www.kindergartenpaedagogik.de/1615.html. Zugriff am 26.11.2008

Thomas H (2006): Obesity prevention programs for children and youth: why are their results so modest? Health education research, Vol. 21 (6), 783–795

Thomas H, Ciliska D, Micucci S, Wilson-Abra J, Dobbins M (2004): Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth. Effective Public Health Practice Project, Hamilton, Ontario

Tittlbach S, Sygusch R, Brehm W, Seidel I, Bös K (2010): Sportunterricht. Gesundheitschance für inaktive Kinder und Jugendliche? Sportwissenschaft 40, 120–126

Töppich J, Lehmann H (2009): QIP: Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller V (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern

Trost SG, Sallis JF, Pate RR, Freedson PS, Taylor WC, Dowda M (2003): Evaluating a Model of parental Influence on youth physical activity. American Journal of Preventive Medicine 25 (4), 277–282

Trudeau F, Laurencelle L, Shephard RJ (2004): Tracking of physical activity from childhood to adulthood. Med Sci Sports Exerc. 36 (11), 1937–43

Vartanian LR, Schwartz MB, Brownwell KD (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. Am J Public Health 97, 667–675

von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, von Voss, H (1999): Breast feeding and obesity: cross sectional study. BMJ 1999, 319, 147–50

Warschburger P (2008): Selbstkontrolle und Ernährung. Mission impossible? AdipositasSpektrum Kongressausgabe, S. 14 (Vortrag Adipositas-Kongress 2008, Freiburg)

Warschburger P, Richter M (2009): Gesunde Ernährung und Bewegung: Was verhindert und erleichtert Müttern den Zugang zu Präventionsangeboten? Aktuelle Ernährungsmedizin 34, 88–94

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH (1997): Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. The New England Journal of Medicine 337 (13), 869–873

WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1

WHO (1998): Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. Ottawa Charter. Download unter http://www.who.int/hpr/ NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. Zugriff am 14.07.2007

WHO (2004): Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Download unter http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf. Zugriff am 15.07.2010

WHO (2006): WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Conference report (Istanbul 2006). Download unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96460/E90143G.pdf. Zugriff am 15.07.2010

WHO (2006): WHO-Report Marketing of food and non-alcoholic beverages to children: report of a WHO forum and technical meeting. Oslo, 2–5 May 2006

WHO (2010): Global Recommendations on Physical activity for Health. Download unter http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf. Zugriff am 12.11.2010

Wirth A (2008): Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnose, Therapie. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. 2008, Springer

Wopp C (2007): Visionen Bewegungs(t)räume. Planung, Management und Inszenierung von Bewegungsräumen.Vortrag im Rahmen des peb-Symposiums Bewegungs(t)räume 26./27.11.07. Download unter http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/site/downloads/446_364_Abstract_und_Praesentation_Vortrag_Prof._Wopp.pdf. Zugriff am 6.12.08

Wright M, Block M, von Unger H (2008): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Download unter http://www.gesundheit-nds.de/downloads/01.07.08.ol.vortrag.wright.pdf. Zugriff am 12.06.10

Ziegler K (1996): Psychosoziale Bewältigung von Streß im Kindesalter. In: Mansel J. (Hrsg.): Glückliche Kindheit – Schwierige Zeit? Opladen, S. 40–83

Zimmer R (2008): Handbuch der Psychomotorik. Herder, Freiburg

Fachheftreihe „Gesundheitsförderung konkret“

Band 1: *Bewegungsförderung im Kindergarten. Kommentierte Medienübersicht*
Von Renate Zimmer unter Mitarbeit von Ursula Licher-Rüschen und Janet Mandler
Best.-Nr. 60641000 (Printversion vergriffen; nur als PDF-Datei verfügbar)

Band 2: *Raucherentwöhnung in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*
Von Christoph Kröger unter Mitarbeit von H. Sonntag und R. Shaw (IFT Inst. für Therapieforschung, München)
Best.-Nr. 60642000

Band 3: *Stillen und Muttermilch – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen* (neue, erweiterte und überarbeitete Auflage)
Best.-Nr. 60643000

Band 4: *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Thomas Böhler, Martin Wabitsch u. a.
Best.-Nr. 60644000

Band 5: *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen*
Von Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein u. a. (4. Aufl. 2010)
Best.-Nr. 60645000

Band 6: *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland – Grundlagen und kommentierte Übersicht*
Von Anneke Bühler und Kathrin Heppekausen (IFT Inst. für Therapieforschung, München)
Best.-Nr. 60646000

Band 8: *Die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Quantität und Qualität von Angeboten im Zeitraum 2004–2005*
Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BZgA, durchgeführt durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Forschungsgruppe Qualitätssicherungsforschung unter Leitung von Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche und Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Best.-Nr. 60648000

Band 9: *Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“*
Eine Untersuchung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter Leitung von Dr.-Ing., Dipl. Volkswirt Michael Bretschneider und Mitarbeit von Ina Kaube und Jörg Schumacher
Best.-Nr. 60649000

Band 10: *Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention*
Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in Köln. Von Cornelia Helfferich und Monika Köster, unter Mitarbeit von Birgit Heidtke
Best.-Nr. 60649100

Band 11: *Unterrichtsmaterialien zur Ernährungserziehung in der Grundschule – eine bundesweite Bestandsaufnahme. www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6*
Best.-Nr. 60649110

Band 12: *Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten*
Best.-Nr. 60649120

Englische Ausgaben:

Vol. 4: *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents – Quality grid for preventative measures / Consensus paper*
Von Cornelia Goldapp, Reinhard Mann, Rose Shaw, Thomas Böhler, Martin Wabitsch, Ute Winkler
Best.-Nr. 60644070

Vol. 8: *The treatment of overweight and obese children and young people in Germany – Quantity and quality of initiatives in 2004–2005*
A research project carried out by the University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, the Centre for Psychosocial Medicine, the Institute and Policlinic for Medical Psychology and the research group for quality assurance research led by Dipl.-Pol. Dipl.-Psych. Thomas Kliche and Prof. Dr. Dr. Uwe Koch, on behalf of the Federal Centre for Health Education
Best.-Nr. 60648070

Übergewicht und Adipositas sind bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland weit verbreitet. Maßnahmen, die gesunde Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche fördern und damit einen gesunden Lebensstil ermöglichen, sind daher gefragt. Wie jedoch müssen die Maßnahmen beschaffen sein, um Menschen, die sie besonders benötigen, erreichen zu können und langfristig zu einer normalen Gewichtsentwicklung beizutragen?

Eine von der BZgA moderierte Arbeitsgruppe ist dieser Frage nachgegangen und hat aktuelle Erkenntnisse zur Qualität präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zusammengetragen, sie mit führenden Experten und Expertinnen diskutiert, von Akteuren testen lassen und sie verabschiedet.

Grundlage der Kriterien bilden anerkannte Qualitätssicherungssysteme, die durch wissenschaftliche Daten und Erfahrungen aus der Gesundheitsförderung und Adipositasprävention ergänzt wurden. Die Darstellung der Kriterien folgt den Abläufen von Maßnahmen und ermöglicht daher ein systematisches und qualitätsgesichertes Vorgehen – von der Planung, über Durchführung bis hin zur Verstetigung.

Die Kriterien richten sich an Anbieter, die neue Maßnahmen planen bzw. bereits bestehende Programme konzeptionell verbessern wollen, aber auch an Akteure in der Gesundheitsförderung, die über Einsatz und Finanzierung von Maßnahmen entscheiden.

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

ISBN 978-3-937707-86-0