

Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP)

Abschlussbericht



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne



Titel des Projektes:	Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP)
Förderkennzeichen:	Z2/15
Kooperationsprojekt:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Deutsche Sporthochschule Köln (DSHS Köln) Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg Hochschule Magdeburg-Stendal Leuphana Universität Lüneburg Medizinische Hochschule Hannover (MHH) Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) Universität Osnabrück
Laufzeit:	15.07.2015 bis 31.12.2016
Fördersumme:	708.542,50 Euro
Förderung:	Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
Projektleitung (BZgA):	Dr. Eveline Maslon
Verantwortliche Kooperationspartner Hochschulen (alphabetische Reihenfolge):	Prof. Dr. Birgit Babitsch Prof. Dr. Raimund Geene Prof. Dr. Holger Hassel Prof. Dr. Thomas Kliche Prof. Dr. Peter Paulus Prof. Dr. Eike Quilling Dipl. Soz. Waldemar Süß Prof. Dr. Ulla Walter
Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen (alphabetische Reihenfolge):	Britta Bacchetta, Simon Baltes, Miriam Boger, Dr. Anja Chevalier, Dr. Kevin Dadaczynski, Lydia Fibich, Wiebke Flor, Jacqueline Jaax, Jonas Lander, Julia Ludwig, Merle Müller, Natalie Nguyen, Sandra Nold, Dr. Katharina Pucher, Daniel Rosenfeldt, Verena Sieben, Katrin Volkenand
Autoren und Autorinnen des Berichts: (PL und WMA je in alphabetischer Reihenfolge)	Birgit Babitsch, Iris Brandes, Raimund Geene, Holger Hassel, Thomas Kliche, Peter Paulus, Eike Quilling, Waldemar Süß, Ulla Walter Britta Bacchetta, Simon Baltes, Miriam Boger, Kevin Dadaczynski, Lydia Fibich, Jacqueline Jaax, Julia Ludwig, Merle Müller, Natalie Nguyen, Sandra Nold, Katharina Pucher, Verena Sieben, Katrin Volkenand

Endredaktion des Berichts: Waldemar Süß und Julia Ludwig

Kontakt Daten:

Prof. Dr. Birgit Babitsch
Universität Osnabrück
Fachgebiet New Public Health,
FB 8 - Humanwissenschaften
Barbarastraße 28
49076 Osnabrück

Prof. Dr. Raimund Geene, MPH
Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
39576 Stendal

Prof. Dr. Holger Hassel
Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg
Friedrich-Streib-Straße 2
96450 Coburg

Prof. Dr. Thomas Kliche
Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Straße 25
39576 Stendal

Prof. Dr. Peter Paulus
Leuphana Universität Lüneburg
Institut für Psychologie
Scharnhofstraße 1
21335 Lüneburg

Prof. Dr. Eike Quilling
Hochschule RheinMain
Fachbereich Sozialwesen
Kurt-Schumacher-Ring 18
65197 Wiesbaden

Waldemar Süß
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Soziologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Ulla Walter
Dr. PH Iris Brandes, MPH
Medizinische Hochschule Hannover
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesund-
heitssystemforschung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung	11
1.1 Zielsetzung und Vorgehensweise.....	12
1.2 Projektstruktur	13
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	14
2.1 Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Kriterienkatalogs	14
2.1.1 Durchführung der Literatursuche.....	14
2.1.2 Selektion, Bewertung und Auswertung der Rechercheergebnisse	17
2.2 Methodische Vorgehensweise bei der Systematisierung konzeptioneller Ansätze.....	18
2.2.1 Interventionsrecherche und Materialakquise	18
2.2.2 Dateneingabe	22
2.2.3 Datenanalyse.....	22
2.2.3.1 Bildung und Beschreibung von Methodentypen	23
2.2.3.2 Clusteranalyse zur Identifikation konzeptioneller Ansätze	24
2.3 Online-Befragung.....	25
2.4 Bestimmung von Lücken (GAP-Analyse).....	26
2.4.1 Vorgehensweise bei der Bestimmung von Lücken in der universellen Prävention des Kinderübergewichts (GAP-Analyse).....	26
2.4.2 Soll-Ist-Abgleich zur Bestimmung von Lücken	28
2.5 Methodisches Vorgehen für die Lebenswelt KiTa	29
2.5.1 Studiendesign	29
2.5.2 Identifikation der einzuschließenden Interventionen.....	30
2.5.3 Datenanalyse.....	31
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	33
4 Ergebnisse	35
4.1 Erstellung des Kriterienkatalogs für die Beschreibung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht.....	35
4.2 Systematisierung konzeptioneller Ansätze – Generische Ergebnisse	39
4.2.1 Bildung und Beschreibung von Methodentypen	39
4.2.2 Clustertypen konzeptioneller Ansätze	43
4.3 Systematisierung konzeptioneller Ansätze – Lebensweltspezifische Ergebnisse	45
4.3.1 Lebenswelt Familie	45

4.3.2	Lebenswelt KiTa	50
4.3.3	Lebenswelt Schule.....	57
4.3.4	Lebenswelt Kommune	61
4.4	Ergebnisse der Online-Befragung.....	68
4.5	Lückenanalyse konzeptioneller Ansätze – Generische Ergebnisse.....	72
4.6	Lückenanalyse konzeptioneller Ansätze – Lebensweltspezifische Ergebnisse.....	76
4.6.1	Lebenswelt Familie	76
4.6.2	Lebenswelt KiTa	80
4.6.3	Lebenswelt Schule.....	83
4.6.4	Lebenswelt Kommune	85
5	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	89
5.1	Kriterienkatalog	89
5.2	Systematisierung und Typenbildung	90
5.3	Diskussion der generischen Lücken und Handlungsfelder.....	93
5.4	Diskussion der lebensweltspezifischen Lücken und Handlungsfelder	95
5.4.1	Lebenswelt Familie	95
5.4.2	Lebenswelt KiTa	97
5.4.3	Lebenswelt Schule.....	100
5.4.4	Lebenswelt Kommune	102
6	Gender Mainstreaming-Aspekte.....	105
7	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	107
8	Verwertung der Projektergebnisse	108
8.1	Generische Handlungsempfehlungen.....	108
8.1.1	Erkenntnisse/Forschung	108
8.1.2	Entwicklung	110
8.1.3	Qualität	113
8.1.4	Angebotslage.....	114
8.2	Lebensweltspezifische Handlungsempfehlungen.....	115
8.2.1	Lebenswelt Familie	115
8.2.2	Lebenswelt KiTa	117
8.2.3	Lebenswelt Schule.....	121
8.2.4	Lebenswelt Kommune	122
9	Publikationsverzeichnis.....	124
10	Literatur	125
11	Anhang	130

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Projektstruktur	13
Tabelle 2:	Recherestrategie.....	15
Tabelle 3:	Suchbegriffe für die Recherche der Beschreibungskriterien.....	16
Tabelle 4:	Suchbegriffe und Limitationen der Recherchen	17
Tabelle 5:	Analysedimensionen und Kriterien zur Ermittlung von Handlungsfeldern (Lücken)	27
Tabelle 6:	Übergreifende Bewertung der Handlungsfelder (Lücken).....	28
Tabelle 7:	Arbeits- und Zeitplan.....	34
Tabelle 8:	Dimensionen des Kriterienkatalogs.....	35
Tabelle 9:	Anzahl der eingesetzten Methodentypen – lebensweltübergreifend (n = 141)	40
Tabelle 10:	Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – lebensweltübergreifend.....	41
Tabelle 11:	Thematische Schwerpunkte nach Anzahl der Methoden – lebensweltübergreifend	42
Tabelle 12:	Typen konzeptioneller Ansätze (n = 141) – lebensweltübergreifend.....	43
Tabelle 13:	Verteilung der sieben konzeptionellen Typen über drei Lebenswelten	45
Tabelle 14:	Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Familie (n = 36)	46
Tabelle 15:	Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Familie.....	47
Tabelle 16:	Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Familie (n = 36)	48
Tabelle 17:	Ausprägungen der Typisierung in der Lebenswelt KiTa	57
Tabelle 18:	Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Schule (n = 40).....	58
Tabelle 19:	Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Schule	59
Tabelle 20:	Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Schule (n = 40).....	60
Tabelle 21:	Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Kommune (n = 65).....	61
Tabelle 22:	Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Kommune	62
Tabelle 23:	Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Kommune (n = 65).....	65
Tabelle 24:	Häufigkeit eingesetzter Interventionsmethoden (n = 185)	69
Tabelle 25:	Thematische Komponenten der Interventionen nach Setting (n = 185), Häufigkeit in %.....	71
Tabelle 26:	Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – lebensweltübergreifend (Mehrfachantworten möglich, n = 138).....	75
Tabelle 27:	Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – Lebenswelt Familie (Mehrfachantworten möglich, n = 31)	78
Tabelle 28:	Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – Lebenswelt Schule (Mehrfachantworten möglich, n = 42).....	85
Tabelle 29:	Berücksichtigung von Gender Mainstreaming in den identifizierten konzeptionellen Typen.....	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Chart der Interventionssuche am Beispiel der Lebenswelt Familie..... 21

Zusammenfassung

Ziel des Projektes war es, eine Übersicht zu konzeptionellen Ansätze in der Prävention von Kinder- und Jugendübergewicht in Deutschland zu erstellen sowie Lücken und Handlungsfelder in diesem Bereich zu identifizieren und darzulegen.

Hierzu wurde im ersten Schritt ein sehr umfassender Kriterienkatalog entwickelt, um Interventionen der Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen (0-18 Jahre) systematisch charakterisieren zu können und hieraus konzeptionelle Ansätze abzuleiten. In einem zweiten Schritt wurden mithilfe einer kriterienbasierten Recherchestrategie deutsche Interventionen in Datenbanken und mit einer Online-Befragung identifiziert.

Die Recherche (Datenbankrecherchen, Online-Befragung) zu Interventionen aus den Jahren 2009-2015 in den Lebenswelten Familie, Schule und Kommune erbrachte 347 Interventionen. Von ihnen wurden 141 in die weitere Auswertung einbezogen. Die anschließende Analyse der erfassten Daten erbrachte interpretierbare Ergebnisse. Clusteranalytisch sind Typen konzeptioneller Ansätze bestimmt worden. Sie reichen von einem singular fokussierten bis hin einem komplex koordinierten Ansatz. Durch einen Abgleich mit relevanten Variablen des Kriterienkatalogs sind generische und lebensweltspezifische Lücken bzw. Handlungsfelder bestimmt worden. Die verfügbaren Informationen zu den Interventionen reichen aber häufig nicht aus, um sie näher zu charakterisieren. Theoretische Konzeptionen werden auch oft nur summarisch-plakativ erwähnt. Zudem werden häufig nur Haupt-, aber keine Teilziele formuliert. Es fehlt dann ein differenziertes Zielsystem. Es mangelt zudem vielfach an Angaben zur Wirksamkeit. Es wurden zudem selten Hinweise gefunden, dass die Projekte in eine übergeordnete Strategie eingebettet sind. Überwiegend scheint es sich also um Einzelinterventionen zu handeln. Gender- und Diversitätsaspekte wurden in die Auswertung einbezogen: Lediglich in 27,4% der Interventionen wurden Gender-Mainstreaming-Aspekte explizit berücksichtigt.

Lebenswelt Familie: Die Ergebnisse zeigen ein heterogenes Angebotsspektrum, das insbesondere durch offene Beratungsangebote, Frühe Hilfen, Vorsorgeleistungen (im Kontext der Familienwerdung) sowie Hebammenangebote gekennzeichnet ist. Es fehlen aber vielfach schriftliche Dokumentationen der Interventionen. Es fehlt auch ein gemeinsames Verständnis von den Inhalten und wie diese vergleichbar dokumentiert werden sollen. Die Lebenswelt Familie bietet einen frühen Ansatzpunkt primärpräventiver Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht (z. B. pränatal). Viele der Interventionen verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, der mehrere Determinanten des Übergewichts (z. B. psychische Gesundheit, Lebenskompetenzen, Bewegung, Ernährung) kombiniert. Zur theoretischen Fundierung der Interventionen (z. B. Bindungstheorie) werden zwar Hinweise gegeben, jedoch nicht weiter ausgeführt. Es fehlt vielfach auch ein strukturiertes Zielsystem für die Interventionen. Die Netzwerke Frühe Hilfen bieten ein großes Potenzial, das stärker zur Entwicklung einer lebensweltübergreifenden Gesamtstrategie genutzt werden kann.

Lebenswelt KiTa: Die Auswertung basiert auf einer qualitativen Analyse von 92 eingeschlossenen Interventionen. Die Analysen verweisen auf einen bunten Teppich koexistierender, unkoordinierter Maßnahmen von verschiedener Nutzungshäufigkeit, Wiederholungs-

bzw. Umsetzungsdauer (für aufeinander folgende Kindergenerationen) und Implementations-tiefe. Viele Programmbeschreibungen sind unvollständig, wesentliche Merkmale des Vorgehens der Interventionen sind intransparent, sodass die Durchführungsqualität und damit die erwartbare Wirksamkeit nicht einzuschätzen sind. Vielfältige strukturnahe Prozesskriterien konnten identifiziert werden. Es fehlen aber übergreifende, fachlich gesteuerte Förderprogramme zur systematischen Verankerung der Bedingungen geeigneter Programme in den Einrichtungen. Es fehlt somit eine Instanz oder eine Liste geeigneter Informationen, die Träger und Fachkräfte befähigen, zueinander passende und aufeinander aufbauende Interventionen auszuwählen.

Lebenswelt Schule: Nur 5% aller Schulinterventionen haben eine verhältnispräventive Ausrichtung. Weitere 48% lassen sich als Mischansätze charakterisieren, jedoch überwiegt auch hier in der Hälfte der Fälle ein auf das individuelle Verhalten fokussiertes Vorgehen. Weiterhin berücksichtigen lediglich 15% bis 25% der Interventionen geschlechts- und diversitätsbezogene Aspekte (Inklusion) oder Chancen, die die Ganztagschulentwicklung (z. B. Gestaltung der Mittagsversorgung) bietet. Schließlich kann festgestellt werden, dass Interventionen nicht ausreichend an Transitionsphasen, d. h. wichtigen Übergängen im Lebensverlauf von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind.

Lebenswelt Kommune: Die kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen, die als ein zentraler Erfolgsfaktor gilt, wird lediglich bei einem Drittel der Interventionen umgesetzt. Die Interventionen sind vorwiegend offen konzipiert und werden niederschwellig und gendersensibel gestaltet, sind aber bezüglich der Übergewichtsprävention häufig unspezifisch und werden oft nicht mit der dafür erforderlichen fachlichen Expertise durchgeführt. In mehr als der Hälfte der Interventionen finden sich generelle Hinweise auf Partizipation der Adressaten in die Planung und Umsetzung. Bei rund der Hälfte der betrachteten Maßnahmen kann zudem von adressatengerechten Zugangswegen ausgegangen werden. In der Tendenz sind längere Laufzeiten erkennbar, wenn die Interventionen lebensweltübergreifend sind und einen programmatischen Charakter haben. Da die Interventionen überwiegend verhaltensbezogen sind, fehlt es an adressatenspezifischer Verhältnisprävention.

Als Schlussfolgerungen werden die folgenden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung von Transparenz, Koordination und Wirkungssicherung aller konzeptionellen Ansätze formuliert. Sie beziehen sich auf:

Erkenntnisse/Forschung: (1) Lücken in der wissenschaftlichen Evidenz schließen; (2) Nutzerorientierte Systematisierung der Interventionen zur Übergewichtsprävention aufbauen; (3) Transdisziplinäre Vernetzung und Steuerung fördern.

Entwicklung: (1) Clearing- und Beratungsstellen einrichten; (2) Planer/-innen und Entwickler/-innen qualifizieren; (3) Evidenzbasierte Planungsverfahren einführen; (4) Interventions-Bibliothek einrichten; (5) Interventions-Baukasten zur Verfügung stellen: vom Einzelprojekt zur Gesamtstrategie; (6) Lebensweltübergreifende Ansätze ausbauen; (7) Ausgewählte Struktur- und Prozessmerkmale gezielt fördern; (8) Leitgedanken der universellen Prävention verankern; (9) Kinder und Jugendliche beteiligen.

Qualität: (1) Planungsqualität finanziell und strategisch fördern; (2) Einheitliche Projektsteckbriefe von der Antragstellung bis zur Datenbank etablieren; (3) Voraussetzungen für Verstetigung schaffen.

Angebotslage: (1) Transparenz und Qualität bestehender Präventionsangebote verbessern; (2) Versorgungsanalyse vornehmen.

Bezogen auf die einzelnen Lebenswelten gibt es die folgenden Handlungsempfehlungen:

Familie: (1) Familie ganzheitlich betrachten; (2) Adressatenspezifische Zugangswege und Angebotsformen ausbauen; (3) Selektive Prävention ausbauen; (4) Väter in den Blick nehmen; (5) Transitionskompetenz stärken; (6) Gesundheitsziele rund um die Geburt erweitern; (7) Flächendeckende eigenständige Versorgung sicherstellen; (8) Vernetzte Versorgung ausbauen.

KiTa: Die generischen Handlungsempfehlungen „Clearing und Beratungsstellen“, „Interventions-Bibliothek“, „Interventions-Baukasten“ und „Versorgungsanalyse“ spielen für den Bereich Kita eine zentrale Rolle und können gegebenenfalls differenziert werden.

Schule: (1) Niederschweligen Informationsaustausch zur universellen Prävention schaffen; (2) Prävention in Schulentwicklung integrieren.

Kommune: Übertragbare kommunale Gesamtstrategie entwickeln, das bedeutet im Einzelnen: (1) Prävention in kommunale Policy-Programme integrieren; (2) Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung fördern; (3) Integrierte kommunale Sozial- und Gesundheitsberichterstattung konsequenter aufbauen; (4) Kommunale [Grün-]Flächenplanung miteinbeziehen; (5) Prävention in die Gemeinwesenarbeit sowie in die Kinder- und Jugendhilfe integrieren; (6) Ausbau und Nutzung einer „Community-Campus-Partnership“; (7) Ländliche Regionen fördern.

1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellen weltweit ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko dar [4, 13, 26, 41, 42]. Die vorliegenden epidemiologischen Daten in Deutschland, wie beispielsweise des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, stimmen damit überein und zeigen, dass sich die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas auf einem hohen Niveau eingependelt hat [24, 53, 61]. Immerhin konnte die Zunahme gestoppt werden, ohne eine deutliche Reduktion der Prävalenzen zu erreichen [53, 60]. Die Daten weisen zudem auf eine starke Abhängigkeit von sozialen Einflussfaktoren hin [23, 39, 47]. Die Folgen von Übergewicht bzw. Adipositas sind unmittelbar für Kinder und Jugendliche spürbar; sie gehen jedoch auch mit erheblichen Risiken für die Gesundheit im Erwachsenenalter einher [42]. Einflussfaktoren, die Übergewicht im Kindes- und Jugendalter begünstigen, wurden umfassend beschrieben. Der Schwerpunkt lag häufig jedoch auf verhaltensbezogenen und weniger auf verhältnisbezogenen Risiken [50]. Im Vordergrund der bisher durchgeführten Forschungsarbeiten standen Ernährung und Bewegung, ergänzt um eine Vielzahl weiterer Einflussfaktoren, wie z. B. dem Medienkonsum.

Die Einflussfaktoren des Übergewichts lassen sich durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention adressieren [3]. Hinreichend bekannt ist, dass sie insbesondere dann wirksam sind, wenn verhältnisbezogene und verhaltensbezogene Ansätze kombiniert werden. Dem Lebenswelt-Ansatz kommt damit eine besondere Bedeutung zu, da hier die Möglichkeiten und Voraussetzungen für Kinder und Jugendliche geschaffen werden, ihre Ressourcen zu stärken und bestehende Risiken zu reduzieren. Im Kindes- und Jugendalter sind damit die Lebenswelten KiTa, Schule und Kommune sowie Familien angesprochen.

Aufgrund des hohen Problemdrucks wurden in den letzten Jahren zahlreiche Aktivitäten initiiert, die von umfangreichen politischen Strategien und Programmen bis hin zu punktuellen Projekten in einzelnen Lebenswelten reichen. Derzeit gelingt es jedoch kaum, sich einen Überblick zu den einzelnen Interventionen in den unterschiedlichen Lebenswelten zu verschaffen. Auch liegt bisher keine systematische Übersicht zu den genutzten konzeptionellen Ansätzen vor. Eine Bewertung der Interventionslandschaft und der Effekte der unterschiedlichen Programme ist damit nur eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird aktuell der Ansatz der Präventionsketten diskutiert, durch den eine Lebenslauf-Perspektive in die Planung und Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention integriert wird, um eine über die einzelnen Altersgruppen und Lebenswelten hinweg strukturierte Angebotspalette zu entwickeln [32].

Zahlreiche nationale und internationale Kriterienkataloge liegen vor, die die Anforderungen an die Qualität von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen im Allgemeinen sowie für Übergewicht bzw. Adipositas im Besonderen mit unterschiedlicher Tiefe und Reichweite beschreiben. Ein übergreifendes Qualitätsraster für die Prävention von Kinderübergewicht stellen die von der BZgA im Jahr 2010 veröffentlichten Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen dar [9]. Darin werden insgesamt 20 Qualitätskriterien unterschieden.

Die Entwicklung und Durchführung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchläuft unterschiedliche Phasen. Zu Beginn steht die Konzeption und Planung, auf diese folgt die Durchfüh-

rung und schließlich die Evaluation. In der Konzeptionsphase werden die theoretische Verortung der geplanten Maßnahmen sowie theoretisch abgeleitete Annahmen zu möglichen Wirkungszusammenhängen spezifiziert [5]. Dies schließt Kenntnisse zu vorhandenen Interventionen und zu den Spezifika der Adressaten bzw. zu den Lebenswelten mit ein. Grundsätzlich wird in der Literatur davon ausgegangen, dass die Qualität der Konzeptionsphase wesentlich zur Qualität der Durchführungsphase beiträgt und damit die Umsetzungsqualität höher und die zu erreichende Wirkung besser ist. Obgleich hier ein impliziter Konsens besteht, liegt hierzu bis dato kein ausreichender wissenschaftlicher Beleg vor.

1.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Ziel des Forschungsvorhabens „Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP)“ war es, eine Übersicht zu Präventionsansätzen mit dem Schwerpunkt Übergewichtsprävention in Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen (0 bis 18 Jahre) zu erstellen sowie Lücken, Bedarfe und Handlungsnotwendigkeiten zu identifizieren und die Ergebnisse für die verschiedenen Settings entlang der Präventionskette bereitzustellen. Eingeschlossen wurden die Lebenswelten Familie, KiTa, Schule und Kommune.

Die einzelnen Teile des Projektes wurden zwischen den beteiligten Wissenschaftler/-innen in einem einheitlichen, aufeinander abgestimmten Vorgehen bearbeitet. Das gesamte Forschungsvorhaben gliederte sich im Wesentlichen in drei methodische Arbeitsphasen:

1. Entwicklung eines Kriterienkatalogs für die Beschreibung konzeptioneller Ansätze zur universellen Prävention von Kinderübergewicht):
 - 1.1. Systematische Zusammenstellung von bereits vorhandenen Kriterienkatalogen zur universellen Prävention (Schwerpunkt: Übergewicht) im Kindes- und Jugendalter in den unterschiedlichen Lebenswelten und Identifikation von generischen und lebensweltsspezifischen Beschreibungskriterien
 - 1.2. Erstellung eines gemeinsamen Kriterienkatalogs zur Beschreibung von Interventionen¹ zur Übergewichtsprävention in den festgelegten Lebenswelten
 - 1.3. Validierung des Kriterienkatalogs durch Experten und Expertinnen
2. Systematisierung von Interventionen zur universellen Prävention (Schwerpunkt: Übergewicht) im Kindes- und Jugendalter
 - 2.1. Systematische Zusammenstellung von Interventionen zur Übergewichtsprävention im Rahmen der festgelegten Lebenswelten
 - 2.2 Analyse und Beschreibung von Interventionen anhand des Kriterienkatalogs

¹ Der Begriff *Interventionen* umfasst sowohl Projekte, Programme, Maßnahmen und Angebote.

3. Synthese, Bewertung sowie Präsentation der Ergebnisse:

- 3.1. Identifikation von konzeptionellen Ansätzen der universellen Prävention (Schwerpunkt Übergewicht) im Kindes- und Jugendalter
- 3.2. Identifikation von Stärken und Schwächen sowie Lücken konzeptioneller Ansätze
- 3.3. Ableitung von Handlungsempfehlungen

1.2 Projektstruktur

Das Projekt wurde von acht Arbeitsgruppen aus einem Verbund verschiedener Hochschulen und Universitäten durchgeführt. Die Projektgruppe teilte sich in zwei Kerngruppen (s. Tabelle 1): Die Aufgabe von Kerngruppe 1 bestand in der Entwicklung des Kriterienkatalogs (Arbeitsphase 1), die Aufgabe von Kerngruppe 2 in der Systematisierung der Interventionen (Arbeitsphase 2). Jede Arbeitsgruppe bearbeitete eine der Lebenswelten Familie, KiTa, Schule bzw. Kommune, sodass jede Lebenswelt durch ein Tandem (ein Mitglied Kerngruppe 1 und ein Mitglied Kerngruppe 2) abgedeckt wurde.

Die Leitungen der Arbeitsgruppen wurden an ihren jeweiligen Standorten durch wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen unterstützt.

Tabelle 1: Projektstruktur

Lebenswelt	Kerngruppe 1	Kerngruppe 2
Familie	Prof. Dr. Raimund Geene Hochschule Magdeburg-Stendal	Prof. Dr. Eike Quilling Deutsche Sporthochschule Köln
KiTa	Prof. Dr. Thomas Kliche Hochschule Magdeburg-Stendal	Prof. Dr. Ulla Walter Medizinische Hochschule Hannover
Schule	Prof. Dr. Birgit Babitsch Universität Osnabrück	Prof. Dr. Peter Paulus Leuphana Universität Lüneburg
Kommune	Prof. Dr. Holger Hassel Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg	Dipl. Soz. Waldemar Süß Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Nachfolgend werden die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Kriterienkatalogs sowie bei der Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur universellen Prävention (Schwerpunkt Übergewicht) im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Im Anschluss wird die Methodik zur Identifizierung von Lücken dargelegt.

2.1 Methodische Vorgehensweise bei der Erstellung des Kriterienkatalogs

Ein zentrales Projektziel war es, einen Kriterienkatalog zu entwickeln, der die Systematisierung von konzeptionellen Ansätzen zur universellen Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter in den unterschiedlichen Lebenswelten ermöglicht. Dieser gemeinsame und einheitliche Kriterienkatalog sollte sowohl generische als auch lebensweltspezifische Beschreibungskriterien für die Lebenswelten Familie, KiTa, Schule und Kommune umfassen.

Um eine möglichst umfassende Abbildung des Forschungsstandes zu den vorhandenen Kriterienkatalogen bzw. zu den Bedingungsfaktoren (Determinanten) des Übergewichts im Kindes- und Jugendalter Kinderübergewichtes sicherzustellen, wurde in SkAP eine einheitliche Methodik für die Suche und die Bewertung der Suchergebnisse entwickelt. Damit war auch, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus den einzelnen Lebenswelten gegeben. Die Abbildung des Forschungsstandes zu den Bedingungsfaktoren wurde als zusätzliches Arbeitspaket auf Basis der im SkAP-Team erfolgten Diskussionen aufgenommen. Die Methodik wurde in einem kontinuierlichen Feedback-Prozess mit der gesamten Projektgruppe diskutiert und mit allen Projektpartnern und Projektpartnerinnen abgestimmt. Auch erfolgte eine externe Begutachtung der Vorgehensweise durch einen Expertenworkshop (s. Kapitel 4.1).

Im Folgenden werden die einzelnen methodischen Schritte kurz erläutert:

- Durchführung der Literatursuche
- Selektion und Bewertung der Rechercheergebnisse
- Auswertung der Suchergebnisse.

2.1.1 Durchführung der Literatursuche

Entsprechend der erweiterten Zielstellung wurden für die systematischen Recherchen zwei Suchstrategien entwickelt und im SkAP-Team vereinbart: (1) zur Identifikation von Kriterien zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze und (2) zu den Bedingungsfaktoren des Kinderübergewichts. Bei der Suche in den Lebenswelten sollte möglichst standardisiert vorgegangen werden, ohne dabei die Spezifik einzelner Lebenswelten außer Acht zu lassen und die damit verbundene Notwendigkeit einer Adaption (z. B. durch die Hinzunahme weiterer Datenbanken) zu limitieren.

Die Suchen zu den Kriterien wurden sowohl generisch, d. h. lebensweltübergreifend, als auch lebensweltspezifisch durchgeführt; die Recherchen zu den Bedingungsfaktoren erfolgten je-

weils bezogen auf die Lebenswelten. Bei der Auswertung wurden die Ergebnisse beider Suchen mit dem Ziel gesichtet – wo möglich – generische Kriterien bzw. Bedingungsfaktoren zu bilden und – wo nötig – diese um lebensweltspezifische Kriterien bzw. Bedingungsfaktoren zu ergänzen (s. ausführlich Kapitel 2.1.2).

Suchstrategien und Suchbegriffe der generischen und lebensweltspezifischen systematischen Recherchen zu den Beschreibungskriterien

Die Recherche zu den Beschreibungskriterien erfolgte in verschiedenen Schritten die sich aus den Dimensionen „Reichweite des Interventionsansatzes“ (lebensweltübergreifend/feldübergreifend bzw. lebensweltspezifisch/feldspezifisch) und „Reichweite der Zielsetzung“ (allgemeine universelle Prävention oder themenspezifisch im Hinblick Übergewicht in Kindes- und Jugendalter) ergeben (s. Tabelle 2). Im ersten Schritt wurde die Suche themen- und lebensweltspezifisch (IV) in allen ausgewählten Datenbanken durchgeführt. Im Anschluss wurden die Recherchen im Hinblick auf allgemeine universelle Prävention (.II) durchgeführt. Zudem wurden auch Suchen mit lebensweltübergreifender Ausrichtung vorgenommen (I, III).

Tabelle 2: Recherchestrategie

	Zielsetzung: Universelle Prävention allgemein	Zielsetzung: Universelle Prävention Schwerpunkt Übergewicht
Feldübergreifend	I	III
Feldspezifisch	II	IV

Im Vordergrund der Recherche zu den Beschreibungskriterien stand die Identifikation von Indikatoren, die eine Charakterisierung konzeptioneller Ansätze sowie Aussagen zur Planungs- und Konzeptqualität ermöglichen. Entsprechend schloss die Suche nicht nur Kriterienkataloge, sondern auch Meta-Analysen und systematische Reviews ein. Die Suche wurde auf den Zeitraum von 2009 bis 2015 und auf die Sprachen englisch und deutsch limitiert. Der Suchzeitraum wurde als ausreichend lang betrachtet, um den aktuellen Stand der Forschung zu erfassen. In Tabelle 3 sind die jeweils verwendeten Suchbegriffe aufgeführt. Auf eine Ausdifferenzierung mit weiteren Synonymen wurde verzichtet.

Publikationen wurden ausgeschlossen, wenn

- sie vor 2009 erfolgte,
- der Fokus nicht auf der universellen Prävention und/oder Kinderübergewicht lag (z. B. Therapie der Adipositas) oder
- sie kein Kriterienkatalog, keine Empfehlung, kein systematischer Review oder keine Meta-Analyse war.

Tabelle 3: Suchbegriffe für die Recherche der Beschreibungskriterien

Suchbegriffe
Internationale Suche
(guidelines OR recommendation OR quality criteria) AND (health promotion OR primary prevention) AND (Overweight OR Obesity OR Adiposity)
Nationale Suche
(guidelines OR recommendation OR quality criteria) AND (health promotion OR prevention)
(Leitlinien ODER Richtlinien ODER Empfehlungen ODER Qualitätskriterien) UND (Prävention ODER Gesundheitsförderung)
(guidelines OR recommendation OR quality criteria) AND (health promotion OR prevention) AND [Lebenswelt/ggf. zusätzliche Begriffe zur Lebenswelt]
(Leitlinien ODER Richtlinien ODER Empfehlungen ODER Qualitätskriterien) UND (Prävention ODER Gesundheitsförderung) UND [Lebenswelt/ggf. zusätzliche Begriffe zur Lebenswelt]
(guidelines OR recommendation OR quality criteria) AND (Overweight OR Obesity OR Adiposity)
(Leitlinien ODER Richtlinien ODER Empfehlungen ODER Qualitätskriterien) UND (Übergewicht ODER Adipositas)
(guidelines OR recommendation OR quality criteria) AND (health promotion OR prevention) AND (Overweight OR Obesity OR Adiposity) AND [Lebenswelt/ggf. zusätzliche Begriffe zur Lebenswelt]
(Leitlinien ODER Richtlinien ODER Empfehlungen ODER Qualitätskriterien) UND (Prävention ODER Gesundheitsförderung) UND (Übergewicht ODER Adipositas) UND [Lebenswelt/hier ggf. zusätzliche Begriffe zur Lebenswelt aufgreifen]

Die Recherchen erfolgten mindestens in folgenden Datenbanken:

- Google Scholar
- Medpilot
- PubMed
- PubPsych
- Einschlägige Organisationen der Gesundheitsförderung/Prävention

Bei der lebensweltübergreifenden Suche wurde auch die internationale Leitlinienbibliothek der Guideline International Network (G.I.N.) genutzt. Darüber hinaus wurden die Websites einschlägiger Institutionen für die Lebenswelten durchsucht sowie weitere Datenbanken, wie z. B. FIS Bildung (Lebenswelt Schule), hinzugenommen. Eine zusätzlich durchgeführte Handsuche umfasste die Sichtung aller Literaturverzeichnisse sowie die Rückfrage bei Experten und Expertinnen.

Suchstrategien und Suchbegriffe der generischen und lebensweltsspezifischen systematischen Recherchen zu den Bedingungsfaktoren

Die Recherche zu den Bedingungsfaktoren erfolgte auf der Grundlage des aktuellen Evidenzreports vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014). Der Evidenzreport

stellt eine Synthese der Evidenzen zu verhaltensbezogenen Interventionen bei allen bekannten Determinanten des Kinderübergewichts dar. Verhältnisbezogene Interventionen sind explizit ausgeschlossen. Aufgrund der Zielstellung des SkAP-Projektes wurde die Datenlage des Evidenzreportes daher als nicht ausreichend betrachtet und in einem zweistufigen Prozess wie folgt erweitert:

1. Aktualisierung der Evidenzen zu verhaltensbezogenen Interventionen, d.h. Suche im Zeitraum von 2014 bis 2015
2. Erweiterung des Evidenzreportes um Ergebnisse zu verhältnisbezogenen Determinanten für den Zeitraum von 2009 bis 2015
 - Handsuche der ausgeschlossenen Quellen des Evidenzreportes
 - Systematische Literaturrecherche zu verhältnisbezogenen Determinanten für den Zeitraum von 2009 bis 2015.

Die Recherchen erfolgten über die in Tabelle 4 aufgeführten Suchbegriffe mit entsprechender Anpassung an die jeweils verwendeten Datenbanken (z. B. hinsichtlich der Trunkierung). Auf eine Ausdifferenzierung mit weiteren Synonymen wurde verzichtet.

Tabelle 4: Suchbegriffe und Limitationen der Recherchen

Suchbegriffe	Limitationen
(overweight OR obesity OR adiposity) AND (health promotion OR prevention) and (child* OR adolescent*)	Reviews, Meta-Analysis 2014-2015 ¹ 0-18 years
(overweight OR obesity OR adiposity) AND (health promotion OR prevention) and (child* OR adolescent*) AND "setting-specific term(s)"	Reviews, Meta-Analysis 2009-2015 0-18 years

¹ Anpassung auf den Zeitraum, der nach dem Zeitraum der Nice-Recherche liegt.

Folgende Datenbanken wurden für die systematischen Recherchen ausgewählt: Cochrane Library, CINAHL Database, Google Scholar, PubMed und PubPsych. Als Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Publikation vor 2014 ohne lebensweltspezifischen Fokus,
- Publikation vor 2009 mit einem lebensweltspezifischen Fokus,
- Fokus nicht auf der universellen Prävention und/oder Prävention von Kinderübergewicht (z. B. Therapie der Adipositas) oder
- kein systematischer Review oder keine Meta-Analyse.

2.1.2 Selektion, Bewertung und Auswertung der Rechercheergebnisse

Die Suchergebnisse der Recherchen zu Bewertungskriterien und Bedingungsfaktoren wurden gesichtet. Alle Treffer, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurden in einem nächsten Schritt

inhaltlich von zwei Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen (in der Regel wissenschaftlicher Mitarbeiter/wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleitung) geprüft; hierbei wurde zunächst die Passung der Publikation zur Fragestellung auf der Titelebene, dann auf Ebene der Abstracts und der Volltexte vorgenommen.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte auf der Basis eines a priori festgelegten Auswertungsrasters. Hierzu wurde eine Extraktionstabelle entwickelt und als SkAP-Standard festgelegt. Neben allgemein beschreibenden Kriterien zur Publikation wurde eine Auswahl bereits vorhandener Kriterien zur Konzept- und Planungsqualität aufgenommen [11]. Zudem wurden für die eingeschlossenen Dokumente „Steckbriefe“ angelegt. Diese umfassen die Beschreibung des Dokumentes, die Erfassung der relevanten Aspekte zur Planungs- und Konzeptqualität sowie die Auswahl von Qualitätskriterien zur Prävention von Kinderübergewicht und Adipositas [11].

Die Auswertung der Rechercheergebnisse zu den Bedingungsfaktoren erfolgte in Referenz zum aktuellen Evidenzreport von NICE (2014) [40]. Hierzu wurde im ersten Schritt ein Abgleich der Treffer aus den systematischen Recherchen mit den Literaturlisten vom NICE vorgenommen, um Dopplungen auszuschließen. Im nächsten Schritt wurde die Zusammenfassung der Evidenzen von NICE zu den Determinanten von Kinderübergewicht und Adipositas als Grundlage für eine Evidenzmatrix verwendet, in welcher die neuen Studienergebnisse ergänzt wurden [40]. Da eine aktualisierte Leitlinie zur Prävention des Kinderübergewichtes und der Adipositas vorlag, wurde diese zusätzlich in die Evidenzmatrix eingearbeitet. Die in dieser Leitlinie verwendeten Reviews und Studien wurden analog zum oben genannten Prozedere ebenfalls ausgeschlossen.

Nach der Aktualisierung der Evidenzen für den Zeitraum 2014 bis 2015 wurden anschließend die lebensweltspezifischen Evidenzen separiert nach Lebenswelt ergänzt. Dies ermöglicht die Differenzierung zwischen den allgemeinen Erkenntnissen und den lebensweltbezogenen Ergebnissen. Ergänzend erfolgte ein Austausch mit parallel entstandenen Übersichtsarbeiten im Themenfeld Kinderübergewicht (z. B. Projekt AdiMON durchgeführt am Robert Koch-Institut).

2.2 Methodische Vorgehensweise bei der Systematisierung konzeptioneller Ansätze

Für die Systematisierung konzeptioneller Ansätze wurde zunächst eine systematische Recherche bestehender Interventionen der Übergewichtsprävention in Deutschland vorgenommen. Anhand von bereitgestellten Materialien (Dokumentationen, Evaluationsergebnissen usw.) sollten die Daten der Interventionen mit dem Kriterienkatalog abgeglichen werden, um sie anschließend zu analysieren, konzeptionelle Ansätze abzuleiten sowie Lücken zu identifizieren.

2.2.1 Interventionsrecherche und Materialakquise

Zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze wurde – getrennt nach Lebenswelten – eine systematische Recherche in folgenden Online-Datenbanken vorgenommen:

1. Interventionsdatenbanken:

- Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit
- Projektdatenbank Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP)
- Maßnahmendatenbank *gesundheitsziele.de*
- Adipositas-Plattform Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
- Projektdatenbank IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung
- Projekt-Datenbank *Prävention NRW. Gesundheit & Lebensqualität*
- Grüne Liste Prävention

2. Literaturdatenbanken:

- sowiport
- SpringerLink
- FIS Bildung

Zugrundegelegt wurden bei der Suche folgende Ein- und Ausschlusskriterien:

1. Einschlusskriterien:

- Übergewichtsprävention als Ziel:
Intervention fokussiert explizit auf Übergewichtsprävention und relevante Themen wie Ernährung und Bewegung (und psychische Gesundheit sowie die Stärkung von Ressourcen und Lebenskompetenzen, sofern im klaren Bezug zu Übergewicht stehend).
- Adressaten:
Intervention adressiert je nach Setting Kinder, Jugendliche, (werdende) Eltern, Familien oder Multiplikatoren, die wiederum mit der jeweiligen oben genannten Zielgruppe arbeiten.
- Lebenswelt:
Intervention adressiert das Setting Familie/KiTa/Schule/Kommune, d. h. ein substanzieller Teil der Intervention wird in der jeweiligen Lebenswelt durchgeführt.
- Ausreichende Dokumentation:
Es liegen genügend Materialien vor, die eine Beschreibung und Bewertung der Intervention ermöglichen.

2. Ausschlusskriterien:

- Anderes Ziel:
Interventionen, deren Bezug zum Thema Übergewichtsprävention nicht unmittelbar gegeben/ersichtlich ist (d. h. auch Exklusion von themenunspezifischen Interventionen, z. B. der allgemeinen Lebenskompetenzförderung).

- **Andere Lebenswelt:**
Interventionen, die nicht direkt im jeweiligen Setting umgesetzt werden (d. h. auch solche, die zwar die Zielgruppe adressieren, aber in einer anderen Lebenswelt umgesetzt werden, z. B. Feriencamps im Setting Schule, Elternberatung in der KiTa im Setting Familie).
- **Therapie statt Prävention:**
Interventionen, die nicht der universellen Prävention zuordenbar sind (z. B. Interventionen für bereits von Übergewicht betroffene Kinder und Jugendliche, therapeutisch orientierte Interventionen).
- **Aktualität:**
Interventionen, die vor dem 01.01.2011 abgeschlossen wurden.
- **Verbreitung:**
Interventionen, die außerhalb Deutschlands umgesetzt werden.
- **Verfügbarkeit / Dokumentation:**
Interventionen, deren Anbieter nicht mehr verfügbar sind,
Interventionen, die nicht oder nicht hinreichend dokumentiert sind,
Interventionen, deren Dokumentation nicht verfügbar ist oder verfügbar gemacht wird.

Im Anschluss an die Interventionssuche wurden die gefundenen lebensweltspezifischen Interventionen durch Expertenwissen ergänzt. Bei Überschneidungen der Lebenswelten erfolgte die Zuordnung zu einer Lebenswelt, um Dopplungen auszuschließen. Das Flussdiagramm in Abbildung 1 veranschaulicht die Vorgehensweise am Beispiel der Lebenswelt Familie.

Durch dieses Verfahren wurden für die Lebenswelten Familie, Schule und Kommune insgesamt 347 Interventionen identifiziert (davon: Lebenswelt Familie: $n = 135$, Lebenswelt Schule: $n = 91$, Lebenswelt Kommune: $n = 121$). Die Recherche für die Lebenswelt KiTa erfolgte in denselben Interventions- und Literaturdatenbanken, jedoch wurden andere Ein- und Ausschlusskriterien für die Selektion der einzuschließenden Interventionen zugrunde gelegt (s. Kapitel 2.5). Die Anbieter der identifizierten Interventionen aus allen vier Lebenswelten) wurden kontaktiert und um schriftliche Materialien für eine inhaltliche Dokumentenanalyse gebeten.

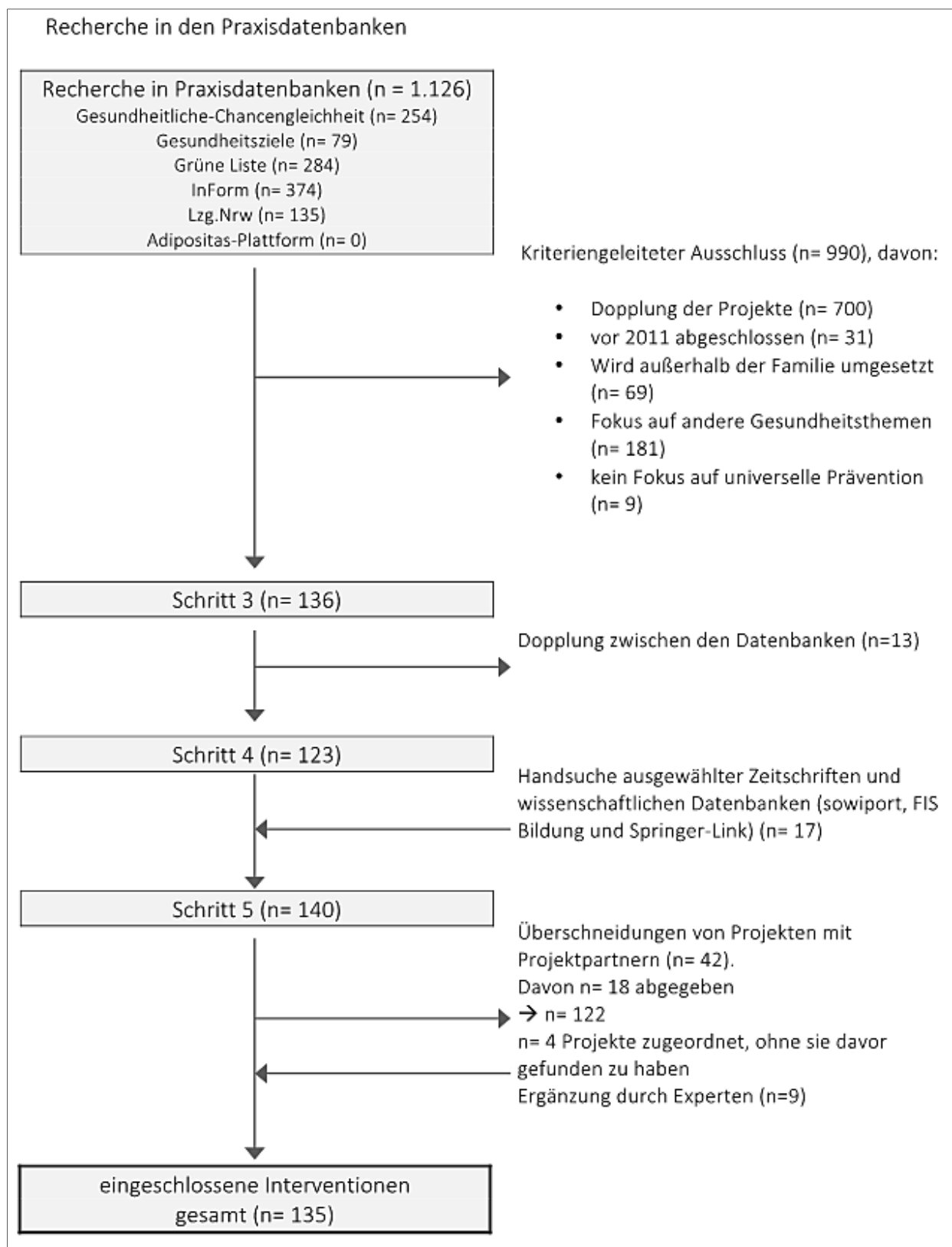


Abbildung 1: Flussdiagramm der Interventionssuche am Beispiel der Lebenswelt Familie

2.2.2 Dateneingabe

Für die Analyse wurden die Informationen aus den schriftlichen Materialien in eine eigens hierfür erarbeitete Access-Datenbank eingegeben, die alle Kriterien des Kriterienkatalogs abbildete.

Die Access-Datenbank wurde an allen Standorten in gleicher Weise verwendet, sodass am Ende der Export aller Daten in eine gemeinsam auswertbare Datei möglich war. Nach Abwägung verschiedener Umsetzungsoptionen fiel die Wahl auf die Software MS-Access, da:

- es sich hierbei um eine Standard-Software handelt, die an allen beteiligten Standorten verfügbar war und keinerlei zusätzliche Kosten durch Lizenzen verursachte,
- die Oberfläche übersichtlich und einfach zu bedienen ist,
- sich die ca. 100 Kriterien aus den verschiedenen Dimensionen des Kriterienkatalogs in verschiedene „Unterformulare“ aufteilen lassen und miteinander verbunden bleiben,
- über die Möglichkeit verschiedener Import- und Exportfilter die benötigten Daten leicht in andere Anwendungen übertragen werden können. Anders als SPSS erlaubt Access sowohl die Dokumentation qualitativer als auch quantitativer Daten.
- es sich im Unterschied zu Excel bei Access um eine Datenbanksoftware und nicht um eine Tabellenkalkulation handelt, was für die Fülle und die Form der Daten von Vorteil ist.

Die Eingabemaske wurde allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zum Testen zur Verfügung gestellt, Unstimmigkeiten und Fehler wurden in diesem Pretest bereinigt. Mit Abschluss des Projektes ist eine Datenbank entstanden, die auch über das Projektende hinaus eine gute Grundlage zur Dokumentation und Analyse von Interventionen zur Prävention in den angesprochenen Lebenswelten darstellt. Neben verschiedenen Aspekten konzeptioneller Ansätze lassen sich auch wichtige Grunddaten (z. B. Kontaktdaten der Anbieter) leicht aus der Datenbank entnehmen, jedoch sind diese Daten nicht als endgültig anzusehen und können sich ändern.

Die anschließende statistische Auswertung der eingegebenen Daten erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS. Dafür wurden die Daten aus der Access-Datenbank in SPSS importiert.

2.2.3 Datenanalyse

Nach Eingabe der Interventionsdaten in die Access-Datenbank und der Übertragung in SPSS nach den Dimensionen des Kriterienkatalogs wurden diese quantitativ ausgewertet und analysiert. Einzelne Kriterien des Kriterienkatalogs wurden als Grundlage genutzt, um Interventions-

typen zu bilden und konzeptionelle Ansätze zur universellen Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland zu identifizieren. Die Analyse erfolgte sowohl lebensweltübergreifend als auch spezifisch für jede Lebenswelt².

Typenbildung und Systematisierung der konzeptionellen Ansätze erfolgte in drei Arbeitsschritten:

- Bildung von Methodentypen und Beschreibung dieser auf Basis ausgewählter Kriterien (s. Kapitel 2.2.3.1)
- Selektion relevanter Kriterien und Identifikation von Clustertypen und Typen konzeptioneller Ansätze (s. Kapitel 2.2.3.2)
- Lückenanalyse konzeptioneller Ansätze mittels Kreuztabellierung der Clustertypen mit ausgewählten Kriterien (s. Kapitel 2.4.2)

2.2.3.1 Bildung und Beschreibung von Methodentypen

Aus dem Kriterienkatalog wurden einige zentrale Kriterien für die Identifikation konzeptioneller Ansätze ausgewählt. Zur Vorbereitung der Typenbildung wurden diese quantitativ ausgewertet und mithilfe von Kreuztabellen zueinander in Beziehung gesetzt. Dies geschah in einem mehrstufigen Verfahren:

Erster Auswertungsschritt:

- Quantitative Auswertung der „Anzahl der Methoden“ (B_1)³

Zweiter Auswertungsschritt:

Kreuztabellierung „Anzahl der Methoden“ (B_1) mit:

- „Strukturierungsgrad [offen/geschlossen/Anteile in etwa gleich]“ (B_1.1)
- „Theoretischer Ansatz beschrieben [ja/nein]“ (B_9.2)
- „Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) [ja/nein] (B_8)“
- „Mehrkomponentenansatz [ja (> 1 Komponente)/nein (= 1 Komponente)] (B_7)⁴“

² Aufgrund personeller Veränderungen im Projektverlauf wurden die Daten für die Lebenswelt KiTa nicht in die quantitative Auswertung einbezogen.

³ Die Buchstabenkürzel verweisen auf die zugehörigen Kriterien aus dem Kriterienkatalog, s. Anhang, Anlage 1.

⁴ Um einen Mehrkomponentenansatz handelt es sich, wenn die Intervention mehr als eine Determinante des Kinderübergewichts – Ernährung, Bewegung, inaktiver (sitzender) Lebensstil, psychische Gesundheit – adressiert.

Dritter Auswertungsschritt:

Kreuztabellierung „Anzahl der Methoden“ (B_1) mit Komponenten (B_7):

- „Bewegung“
- „Inaktiver (sitzender) Lebensstil“
- „Ernährung“
- „Psychische Gesundheit“
- „Mehrfachkombination“
- „Sonstige“

Für den ersten Auswertungsschritt wurden die in den Interventionen zum Einsatz kommenden Methoden (s. B_1 des Kriterienkatalogs) zu fünf übergeordneten Methodentypen zusammengefasst:

1. Strukturentwicklung:
 - Organisationsentwicklung
 - Strukturentwicklung
2. Schulung:
 - Peer Learning
 - Kurs/Training
 - Multiplikatorenschulung
3. Beratung:
 - Coaching-Ansatz
 - Beratungsangebot
4. Schriftliche Informationen:
 - Informationsmaterial
 - Schulungsmaterial
5. Sonstige Methoden

2.2.3.2 Clusteranalyse zur Identifikation konzeptioneller Ansätze

Die Identifikation von lebensweltübergreifenden Typen konzeptioneller Ansätze wurde anhand einer Clusteranalyse – einem statistischen Verfahren zur Identifikation von Ähnlichkeitsstrukturen in größeren Datenbeständen – umgesetzt.

Hierzu wurden aus den für die Beschreibung der Interventionen genutzten Variablen drei Kriterien ausgewählt und in die Clusteranalyse eingeschlossen:

- „Anzahl an Methodentypen [geringes/mittleres Methodenspektrum (≤ 3)/großes Methodenspektrum (> 3)]“ (B_1)

- „Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) [ja/nein]“ (B_8)
- „Mehrkomponentenansatz [ja/nein]“ (B_7)

Der Strukturierungsgrad (B_1.1) differenziert bei den verschiedenen Lebenswelten sehr unterschiedlich, daher wurde dieses Kriterium bei der generischen (lebensweltübergreifenden) Clusterbildung ausgeschlossen. Während dieses Kriterium im Feld der familiären Gesundheitsförderung beispielsweise sehr gut differenziert, ist dies z. B. im Kontext der schulischen Gesundheitsförderung nicht der Fall. Hier ist ein Großteil der Interventionen kontextspezifisch überwiegend geschlossen.

Das Kriterium „Theoretischer Ansatz“ (B_9) wurde zur Bildung generischer (d. h. lebensweltübergreifender) Clustertypen ebenfalls nicht berücksichtigt, da in den verfügbaren Materialien zu den Interventionen nur selten Angaben zur theoretischen Fundierung enthalten waren und die Variable für die Clusterung daher nicht aussagekräftig genug war.

In einem späteren Schritt wurde jedoch für die gebildeten Cluster bzw. Typen überprüft, ob diese theoretisch fundiert sind (siehe lebensweltspezifische Ergebnisse und Lücken/Handlungsfelder).

Die Clusteranalyse erfolgte anhand der „TwoStep“-Prozedur. Hierbei werden hierarchische Clusterlösungen berechnet, wobei diese Prozedur von einem Cluster mit allen Fällen ausgeht und dann die Ausgangscluster in Teilcluster zerlegt, bis die maximale Zahl der Cluster erreicht ist.

2.3 Online-Befragung

Die im Rahmen der Interventionsrecherchen zur Verfügung gestellten Materialien erwiesen sich in vielen Fällen als unzureichend für eine Charakterisierung. Aus diesem Grund wurde eine Befragung der Interventionsanbietenden realisiert, die das Ziel hatte, ein umfassenderes Bild der identifizierten Interventionen aus Anbietersicht zu erhalten.

Die Erhebung wurde als Online-Befragung unter Verwendung der für akademische Zwecke vorgesehenen Software Unipark der Firma QuestBack umgesetzt (www.unipark.com). Inhaltliche Basis stellte der von Kerngruppe 1 erarbeitete Kriterienkatalog dar, der jedoch nicht vollständig überführt, sondern auf seinen konzeptionellen Kerngehalt (Dimensionen A bis C sowie Teile von D) begrenzt wurde. Mit dem Ziel, ein größtmögliches Verständnis bei den Befragten zu erzeugen, wurden einzelne Variablen umformuliert und bei anderen Erklärungen ergänzt. Insgesamt umfasst der Fragebogen 27 Einzelfragen, welche in Form von Mehrfachantworten, Skalen oder offenen Formaten konzipiert wurden (s. Anhang, Anlage 3).

In die Online-Befragung wurden 453 der im Rahmen der systematischen Recherche identifizierten lebensweltbezogenen Interventionen der Übergewichtsprävention aufgenommen. Die Anbietenden wurden von der aus Kerngruppe 2 für das jeweilige Setting zuständigen Hochschule via E-Mail zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und bis zu dreimal per E-Mail, Telefonat oder postalischem Schreiben erinnert. Die Online-Befragung erfolgte im Zeitraum vom 14. April bis 15. Juli 2016.

2.4 Bestimmung von Lücken (GAP-Analyse)

Auf Basis einer systematischen Recherche wurden zunächst unterschiedliche Vorgehensweisen bei Lückenanalysen identifiziert. Derartige Analysen werden häufig in der Betriebswirtschaftslehre eingesetzt. Im Zentrum steht ein Soll-Ist-Abgleich, d. h. die Bestimmung der Abweichungen (Lücken) zwischen dem Zielzustand und dem Realzustand. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob die geplanten Unternehmensziele (Soll-Größen) unter Beibehaltung des derzeitigen Vorgehens auch zukünftig erreicht werden können. Dazu werden die Unternehmensziele unter Einbeziehung der gewünschten Entwicklung in die Zukunft projiziert [10, 15, 21, 44]. Besteht eine Diskrepanz zwischen der prognostizierten Entwicklung der Ist-Werte und der Soll-Größen innerhalb eines korrespondierenden Wertesystems, liegen operative und strategische Lücken vor [15, 19, 44].

In den Gesundheitswissenschaften wird eine methodisch basierte Lückenanalyse eher selten durchgeführt. Mögliche Gründe können in einer nicht ausreichenden Evidenz und/oder in dem Fehlen konkreter Referenzrahmen liegen, die eine exakte Definition der Soll- und Ist-Größen erschweren. Auch sind Prognosen im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Studien diffizil. Vereinzelt Versuche einer gesundheitswissenschaftlichen Lückenanalyse liegen vor. Dabei wird ein qualitativer – und nicht wie in der Ökonomie üblich quantitativer – Soll-Ist-Abgleich vorgenommen, jedoch ohne dass prognostische Überlegungen angestellt würden. Weiterhin erfolgt in den Gesundheitswissenschaften keine Differenzierung zwischen strategischer und operativer Lücke. Im Rahmen der Recherche konnten zwei Beispiele einer gesundheitswissenschaftlichen Lückenanalyse identifiziert werden: die Studie „Frameworks for determining gaps during systematic reviews“ von Robinson et al. [51] und die Studie „HEPCOM needs analysis and gap analysis for obesity prevention tools“ [17].

2.4.1 Vorgehensweise bei der Bestimmung von Lücken in der universellen Prävention des Kinderübergewichts (GAP-Analyse)

Die Ergebnisse der systematischen Recherche flossen in die methodische Vorgehensweise der Lückenanalyse in SkAP ein. Entsprechend wurden Soll- und Ist-Kriterien definiert, die die Grundlage für die Beschreibung der Differenz darstellen. Als **erster Schritt** der Lückenanalyse wurde der Zielzustand (Soll) definiert [44]. Die Soll-Kriterien wurden aus dem spezifisch für SkAP erarbeiteten und umfassenden Kriterienkatalog abgeleitet. Der entwickelte Kriterienkatalog umfasst Anforderungen (begründete Erwartungen) an die inhaltliche Ausgestaltung von universellen Präventionsmaßnahmen von Kinderübergewicht (s. Tabelle 5, Teil A), der Konzept- und Planungsqualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Anforderungen zur Darstellung von Interventionen zur universellen Prävention (s. Tabelle 5, Teil B). Weitere Soll-Kriterien ergeben sich aus der Methodenkritik des Kriterienkatalogs (s. Tabelle 5, Teil C).

Der **zweite Schritt** ist die Bestimmung des Realzustandes (Ist). Dieser muss unbedingt in einem korrespondierenden Wertemodell bestimmt werden, um eine Vergleichbarkeit von Soll- und Ist-Zustand zu gewährleisten. Im Rahmen von SkAP wird der Ist-Zustand festgelegt auf Basis der identifizierten Interventionen.

Tabelle 5: Analysedimensionen und Kriterien zur Ermittlung von Handlungsfeldern (Lücken)

Analysedimensionen		Merkmal (Soll-Zustand)	Reale Merkmalsausprägung (Ist-Zustand)
A Verbreitung von Interventionsansätzen			
1	Beschreibbarkeit der Interventionsansätze	A-, B-, C-Kriterien, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Methodik/Interventionstyp (B_1) • Strukturierungsgrad (B_B1.1) • Mehrkomponentenansatz (B_7) • Multimodaler Ansatz (B_8) • Theoretisches Konzept (B_9) 	a) Ungenügende oder ungenaue Information b) Nicht repräsentative Informationen c) Widersprüchliche oder unbekannte Beschaffenheit der Informationen d) Unpassende Informationen e) Fehlende Informationen [51]
2	Entwicklungspotenziale bei den Ansätzen	„State of the Art“ per Lebenswelt und lebensweltübergreifend	Identifizierte Typen
B Inhaltliche und konzeptionelle Analyse der Interventionen auf Basis des Kriterienkatalogs			
3	Inhaltlich und methodische Anforderungen (begründete Erwartungen) an die Übergewichtsprävention – lebensweltübergreifend	D- und E-Kriterien, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Adressatenbestimmung (D_2) • Besonderheiten und Stärken der Adressaten (D_3) • Haupt- und Teilziele benannt (D_8) • Schriftliches Konzept (D_9) • Partizipation (E_1) • Ressourcenstärkung und Empowerment (E_4) • Gesundheitliche Chancengleichheit (E_7) 	a) bis e) siehe oben
4	Inhaltlich und methodische Anforderungen (begründete Erwartungen) an die Übergewichtsprävention – lebensweltspezifisch	F- und G-Kriterien	a) bis e) siehe oben
5	Beschreibung der Übergewichtsprävention in Bezug auf Bedingungsfaktoren des Übergewichts	H-Kriterien	a) bis e) siehe oben
C Nutzbarkeit des Kriterienkatalogs (Methodenkritik)			
6	Umfang des Kriterienkatalogs und Auswahl		Fehlende wichtige Dimensionen, fehlende Kriterien im Katalog

7	Wissenschaftliche Absicherung des Kriterienkatalogs		Fehlende Evidenz hinsichtlich der Kriterien, theoretische Fundierung der Kriterien
8	Durchführung der Bewertung		Fehlende oder unzureichende Operationalisierung der Kriterien
9	Auswahl der Intervention und Umfang der Eingabe		--
10	Reichweite/Eignung des Kriterienkatalogs zur Systematisierung und Identifikation von Lücken		Fehlende Kriterien zur Beurteilung übergreifender Strategien und zur Verknüpfung von Handlungsfeldern, Dominanz der verhaltens- gegenüber den verhältnisbezogenen Kriterien

Im **dritten Schritt** wird ein Soll-Ist-Abgleich vorgenommen und auf dieser Basis generische und lebensweltspezifische Handlungsfelder (Lücken) in den konzeptionellen Ansätzen der universellen Prävention von Kinderübergewicht identifiziert. Die auf dieser Basis identifizierten Lücken werden abschließend in konkrete Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis überführt (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Übergreifende Bewertung der Handlungsfelder (Lücken)

Schwerpunkte/Übergreifende Handlungsfelder in der Prävention von Kinderübergewicht		Merkmal	
1	Erkenntnislücke/ Forschungslücke	Lücken in der Evidenz	Ergebnis des Soll-Ist-Abgleichs
2	Entwicklungslücke	Lücken in Methodik, Entwicklung, Konzeption	Ergebnis des Soll-Ist-Abgleichs
3	Versorgungslücke	Lücken in Interventionsfeldern, -ansätzen oder im Projektkonzept selbst	Ergebnis des Soll-Ist-Abgleichs
4	Qualitätslücke	Lücken in der Planungs- und Konzeptqualität	Ergebnis des Soll-Ist-Abgleichs

2.4.2 Soll-Ist-Abgleich zur Bestimmung von Lücken

Um mögliche Lücken bzw. Handlungsfelder zu identifizieren, wurden die berechneten Clustertypen (s. Kapitel 2.2.3.2) mit wichtigen Beschreibungskriterien des Kriterienkatalogs kreuztabeliert. Folgende Kriterien wurden ausgewählt:

- Theoretisches Konzept (B_9.1)
- Theoretische Modelle oder Konzepte sind beschrieben (B_9.2)
- Adressatenbestimmung (D_2)
- Vielfalt/Diversität (D_3.1)
- Gender (D_3.2)
- Einbettung in übergeordnete Strategie (D_4)
- Hauptziele (D_8a)
- Teilziele (D_8b)
- Differenziertes Zielsystem (D_8c)
- Inhalte und Methoden zur Zielerreichung sind beschrieben (D_9)
- Partizipation (E_1)
- Ressourcenstärkung und Empowerment (E_4)
- Vernetzung (E_5)
- Gesundheitliche Chancengleichheit (E_7)
- Verstetigung (E8)

Anhand der Ergebnisse der Kreuztabellen wurden lebensweltübergreifende und lebensweltsspezifische Lücken identifiziert (s. Kapitel 4 und 5).

2.5 Methodisches Vorgehen für die Lebenswelt KiTa

2.5.1 Studiendesign

Die Herausforderung für dieses Projekt bestand darin, dass es sich bei dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial nicht nur um Fachliteratur bzw. publizierte Studien handelte, sondern überwiegend um Materialien, die nicht spezifisch für die Fragestellung des Projekts, sondern zu anderen Zwecken und mit anderen Zielen erstellt worden waren und die sich in ihrer Struktur unterschieden. Sinnvoll erschien vor diesem Hintergrund eine induktive, auf das Material bezogene Vorgehensweise, die sich an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz als Konkretisierung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring [62, 63] anlehnt. Der Hauptgrund für die Wahl dieser Auswertungsmethode lag in der Kombination deduktiver und induktiver Kategorienbildung. Eine auf überwiegend theoretischen Überlegungen abgeleitete Auswahl der Kategorien bzw. typenbildenden Leitvariablen wurde für die Interventionen in der Lebenswelt KiTa nicht sinnvoll erachtet. Die für die Lebenswelt KiTa gewählte Vorgehensweise der Ableitung der Kategorien aus dem Material heraus macht eine klare Beschreibung und Abgrenzung der Kategorien und damit auch eine eindeutige Zuordnung mög-

lich. Darüber hinaus wurden ausschließlich Kriterien abgeleitet, die spezifisch für die Lebenswelt KiTa sind.

2.5.2 Identifikation der einzuschließenden Interventionen

Die Recherche ist in Kapitel 2.2.1 beschreiben. Für die Lebenswelt KiTa sind daraus insgesamt 535 Treffer hervorgegangen. Diese wurden in einem weiteren Schritt anhand folgender Ein- und Ausschlusskriterien gesichtet:

Bezug zu KiTa:

- KiTa hat das Vorhaben selbst entwickelt und führt es durch.
- Vorhaben wurde an anderer Stelle entwickelt, die KiTa führt die Intervention selbst durch.
- Vorhaben wird von anderen Anbietern in der KiTa durchgeführt.
- Vorhaben wird u. a. auch in den KiTas durchgeführt (aber auch in anderen Settings).
- KiTas erhalten Materialien, um diese durch die KiTa-Mitarbeiter anzuwenden.
- Das Umfeld der KiTa wird umgestaltet (beispielsweise so, dass Kinder [und Eltern] zu Fuß zur KiTa gehen können).

Bezug zu Übergewicht:

- Prävention von Übergewicht wird explizit als Ziel genannt.
- Prävention von Übergewicht wird im Hintergrund genannt.
- Prävention von Übergewicht lässt sich implizit aus den Angeboten erschließen, ist aber nicht explizit genannt (Ernährung, Bewegung, Stress, Veränderung der Umgebung).

Die anhand dieser Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählten Vorhaben entsprechen somit dem für die Auswertung zur Verfügung stehenden Sampling. Für insgesamt 175 Vorhaben (Interventionen) waren Materialien hinterlegt worden. Nach Ausschluss der Dopplungen verblieben 167 Interventionen. Davon wurden 11 ausgeschlossen, da der Bezug zur KiTa aus den vorliegenden Unterlagen (und weiterer Internetrecherchen) nicht bestätigt werden konnte. Weitere 12 Vorhaben wiesen keinen Bezug zum Thema Übergewicht auf und wurden ebenfalls eliminiert (n = 144). Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass das vorliegende Datenmaterial gekennzeichnet war durch eine teilweise begrenzte bis unzureichende Transparenz hinsichtlich zahlreicher unterschiedlicher Kriterien wie Vollständigkeit, Verbindlichkeit, Informationsgehalt, Spezifizierung bzw. Detaillierungsgrad, Verfügbarkeit, Einhaltung wissenschaftlicher/methodischer Qualitätskriterien, Aktualität usw. Die sehr enge Definition der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe oben) sollte dieses Problem reduzieren. Daher wurden weitere 52 Vorhaben ausgeschlossen, deren Materialien keine umfassende Auswertung ermöglichte. Endgültig in die Auswertung eingegangen sind 92 Vorhaben (s. Anhang, Anlage 2).

Es ist davon auszugehen, dass das vorliegende Datenmaterial einer Verzerrung aufgrund der schwerpunktmäßigen Recherche in Datenbanken öffentlicher Projektträger unterlag. Aufgrund

des gewählten qualitativen Methodendesigns konnte ein für die Typenbildung ausreichendes Sampling identifiziert werden, sodass der Verzerrung zumindest zum Teil entgegengewirkt werden konnte.

2.5.3 Datenanalyse

Im Rahmen der Qualitativen Inhaltsanalyse wurden (verkürzt) folgende Analyseschritte durchgeführt:

- Deduktive Ableitung von relevanten Themen aus der Literatur, Leitlinien oder anderen Materialien
- Sichtung und Markierung des vorliegenden Materials sowie erste grundsätzliche Codierung der Hauptkategorien
- Erneute Sichtung des gesamten Materials und Zuordnung relevanter Textpassagen zu den Kategorien

Die Auswertung erfolgte zum einen auf Basis der Kategorien mit dem Ziel der deskriptiven Beschreibung der Kategorien (z. B. in wie vielen Vorhaben liegen Angaben vor, welche Angaben liegen vor). Zum anderen wurde eine Auswertung auf Ebene der Vorhaben vorgenommen, um bestimmte Typen von Vorhaben identifizieren zu können. Die Ableitung einer Typologie und die beispielhafte Zuordnung einzelner Vorhaben zu den Typen erfolgten im zweiten Analyseschritt.

Um die Vorhaben zu analysieren, wurde ein Kategoriensystem entlang einer klassischen ökonomischen Einteilung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene gewählt, die durch allgemeine und konkretisierende Fragen gekennzeichnet ist. Die vorliegenden Materialien wurden entlang dieses Kategoriensystems ausgewertet – zunächst im Rahmen einer Matrix und anschließend als Fließtext. Dabei wurden die Ergebnisse durch Originalzitate aus den Materialien belegt. Für jede Kategorie wurden entsprechend ihrer Ausprägungen mehrere Interventionen beispielhaft aufgeführt.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurde eine Systematisierung der Vorhaben im Sinne einer Typisierung versucht. Dabei wurden zunächst die für die Typisierung relevanten Kategorien identifiziert. Die vorausgegangene Analyse hatte bereits gezeigt, dass eine klare und eindeutige Abgrenzung eines komplexen von einem nicht-komplexen (einfachen) Vorhaben nicht möglich, sondern nur eine ideelle Darstellung als Verortung auf dem Kontinuum von eher einfach bis eher komplex differenziert für verschiedene Parameter sinnvoll ist. Diese Parameter wurden im Rahmen der Untersuchung durch die Kategorien abgebildet und in einem zweiten Schritt zu Typen unterschiedlicher Komplexität zusammengefasst. Die für die Typisierung ausgewählten Vorhaben folgen der Methodik der Sample-Bildung. Ziel war es, mit den ausgewählten Vorgehen für die definierten Kategorien und deren Ausprägungen eine möglichst große Variationsbreite abzudecken. So sollte für die Ausprägungen jeder Kategorie mindestens ein Vorhaben benannt werden.

Aufgrund dieser stark strukturierten und umfassenden Vorgehensweise war es möglich, eine differenzierte Auswertung hinsichtlich der für die Lebenswelt KiTa relevanten Kategorien

durchzuführen sowie die unterschiedlichen Typen von Vorhaben und deren typische Merkmale zu identifizieren. Des Weiteren konnten Vorhaben angegeben werden, die hinsichtlich eines Kriteriums als einfach (wenig komplex) und gleichzeitig hinsichtlich anderer Kriterien als hoch komplex einzuschätzen waren. Darüber hinaus konnte z. B. neben der Häufigkeit und der Nennung der Zielgruppen auch die Partizipation einzelner Zielgruppen und die Interaktion untereinander dargestellt und somit ein Gesamtbild einer Intervention aufgezeigt werden. Die Erfassung des vorliegenden Textmaterials in einer Excel-Tabelle ermöglichte die Abgrenzung unterschiedlicher Ausprägungen und eine eindeutige Aussage zu (Dokumentations-)Lücken.

Mittels der gewählten Auswertungsmethodik konnte insbesondere die sehr große Heterogenität der Vorhaben und die große Komplexität der zu berücksichtigenden Merkmale adäquat abgebildet werden. Die beispielhafte Darstellung einzelner Vorhaben mit Originalzitate und deren Verortung hinsichtlich der Komplexität auf Basis der identifizierten Kategorien kann das Verständnis der Ergebnisse verbessern. (Diese wurde jedoch aus Gründen des Umfangs nicht in diesen Bericht integriert.)

Die Auswahl der Kategorien und die Identifikation unterschiedlicher Typen erfolgten somit nicht theoriebasiert, sondern ausschließlich auf Basis des vorliegenden Materials. Urteilsspielräume und subjektive Einschätzungen konnten durch die Ein- und Ausschlusskriterien bzw. die umfassende Beschreibung der Kategorien weitestgehend vermieden werden.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Ziele des SkAP-Projektes konnten realisiert und die anvisierten Meilensteine erreicht werden. Diese waren:

- Abstimmung der methodischen Vorgehensweise (Methodenbericht)
- Entwicklung eines Kriterienkatalogs
- Validierung des Kriterienkatalogs durch Experten und Expertinnen
- Systematische Recherche von Interventionen der universellen Prävention von Kinderübergewicht in den festgelegten Lebenswelten
- Finalisierung des Kriterienkatalogs
- Synthese zur Lückenanalyse
- Zwischenpräsentation
- Ergebnisse der lebensweltspezifischen Systematisierung
- Synthese zu den konzeptionellen Ansätzen (lebensweltspezifisch und lebensweltübergreifend)
- Ableitung von Handlungsempfehlungen
- Abschlusspräsentation und Abschlussbericht

Die Umsetzung der in SkAP definierten Aufgaben erwies sich im Projektverlauf als deutlich aufwändiger als zum Zeitpunkt der Projektbeantragung absehbar war. Zudem ergaben sich aufgrund projektinterner Diskussionen neue Vereinbarungen für die Projektbearbeitung, wie z. B. die Erweiterung der systematischen Recherche um Bedingungsfaktoren (Determinanten) des Kinderübergewichts, die Erstellung einer Access-Datenbank, die sehr zeitintensive Durchsicht der Materialien auf alle Kriterien des umfangreichen Kriterienkatalogs oder die Online-Befragung. Deshalb wurde eine Projektverlängerung um 5 ½ Monate beantragt, die durch das BMG und die BZgA genehmigt wurde. Das Ende des Förderzeitraums verschob sich dadurch vom 14.07.2016 auf den 31.12.2016.

In Tabelle 7 ist der angepasste Arbeits- und Zeitplan mit den wesentlichen Phasen des Projektes dargestellt. Aufgrund der Zuordnung zu Kerngruppe 1 bzw. Kerngruppe 2 sowie weiteren Aufgabenspezifizierungen weichen die Arbeitspläne der einzelnen Arbeitsgruppen unter Umständen etwas davon ab (siehe jeweilige Zuwendungsbescheide).

Tabelle 7: Arbeits- und Zeitplan

	2015						2016											
Zeitleiste Arbeitsschritte	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Konkretisierung und Abstimmung der Arbeitsstrukturen und methodischen Vorgehensweise	■	■																
Kriterienkatalog																		
Entwicklung des Kriterienkatalogs		■	■	■	■													
Monitoring und Anpassung des Kriterienkatalogs							■	■	■	■	■	■	■	■				
Systematisierung																		
Systematische Recherche der Interventionen							■	■	■									
Eingabe und Auswertung der Interventionen									■	■	■	■	■	■				
Pilotphase									■	■								
Anwendungsphase											■	■	■					
Synthese und Bewertung																		
Synthese und Bewertung der Ergebnisse														■	■	■	■	
Recherche zur Lückenanalyse										■	■	■	■					
Identifizierung konzeptioneller Ansätze in den Lebenswelten															■	■	■	
Lückenanalyse und Handlungsempfehlungen																■	■	
Präsentation/Berichte																		
Zwischenpräsentation									■									
Abschlusspräsentation																	■	■
Abschlussbericht															■	■	■	■
Workshops																		
Interne Workshops			■				■			■	■	■	■	■	■	■	■	
Workshop mit Experten und Expertinnen					■													

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse des SkAP-Projektes unterteilen sich in die Ergebnisse zum Kriterienkatalog, die Ergebnisse der Systematisierung konzeptioneller Ansätze (generisch und lebensweltspezifisch, quantitativ und qualitativ), die Ergebnisse der Online-Befragung und der Lückenanalyse.

4.1 Erstellung des Kriterienkatalogs für die Beschreibung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht

Insgesamt konnte eine Vielzahl einschlägiger Publikationen sowohl hinsichtlich der Kriterienkataloge als auch der Determinanten des Kinderübergewichtes identifiziert werden, die bei Erfüllung der Auswahl- und Beschreibungskriterien (s. Kapitel 2.1.1) in den Kriterienkatalog aufgenommen wurden [3–6, 8, 9, 11, 13, 14, 18, 20, 22–26, 29–31, 33, 38–42, 46–50, 52, 53, 56, 58, 60, 61]. Es erfolgte eine systematische Zusammenstellung von Kriterienkatalogen zur universellen Prävention (mit dem Schwerpunkt Übergewichtsprävention) insbesondere im Kindes- und Jugendalter in den unterschiedlichen Lebenswelten sowie die Identifikation von generischen und lebensweltspezifischen Beschreibungskriterien.

Der Kriterienkatalog ist entsprechend der Zielsetzung des Projektes so angelegt, dass damit eine umfangreiche Systematisierung der vorliegenden konzeptionellen Ansätze möglich ist. Neben allgemeinen Angaben zur Intervention und deskriptiven Elementen sind im Kriterienkatalog Schüsselemente eines konzeptionellen Ansatzes – sowohl generische als auch lebensweltspezifische – enthalten (s. Tabelle 8). Zusätzlich wurden Determinanten des Kinderübergewichtes aufgenommen, die sich ebenfalls in generischen und lebensweltspezifischen Indikatoren abbilden.

Tabelle 8: Dimensionen des Kriterienkatalogs

Bereich	Dimensionen
A	Lebenswelt
B	Konzeptioneller Ansatz/Ist-Erfassung
C	Adressaten
D	Beschreibungskriterien zur Konzeption und Planung von universeller Prävention – Lebensweltübergreifend (Grundlage: [39])
E	Leitgedanken der universellen Prävention – Lebensweltübergreifend (Grundlage: [39])
F	Beschreibungskriterien zur Konzeption und Planung von universeller Prävention – Lebensweltspezifisch
G	Leitgedanken der universellen Prävention – Lebensweltspezifisch
H	Determinanten für Kinderübergewicht (Grundlage: [61])

Der Kriterienkatalog unterscheidet Dimensionen und ihre jeweils spezifischen Indikatoren. Zusätzlich wurden jede Dimension und jeder Indikator mit einer Quelle belegt und die vorliegende Evidenz angegeben (s. Anhang, Anlage 1).

Die einzelnen Kriterien werden im Folgenden für den Bereich B und den Bereich D beschrieben und die Indikatoren vorgestellt.

Der Bereich B erfasst deskriptiv die Kernaspekte des jeweils verwendeten konzeptionellen Ansatzes bzw. einzelner Interventionselemente. Auf dieser Basis ist eine strukturierte Ist-Analyse der verwendeten konzeptionellen Ansätze zur universellen Prävention des Kinderübergewichts in den Lebenswelten möglich. Als Indikatoren werden berücksichtigt:

- Methodik/Interventionstyp (Interventionsmethodik): Typologisierung der Intervention, wenn möglich mit der vorgegebenen Systematisierung, wie z. B. Peer-Learning, Organisationsentwicklung, Kurs/Training (B_1)
- Strukturierungsgrad: offene oder geschlossene Angebotsform (B_1.1)
- Dauer, Intensität der Intervention: konkrete Angabe der Dauer und Intensität der Intervention (B_2)
- Reichweite: regionale Reichweite bei der Implementierung der Intervention (B_3)
- Durchführung der Intervention: interne oder externe Durchführung der Intervention (B_4)
- Schwerpunkt des Interventionsansatzes: verhaltens- und/oder verhältnisbezogener Ansatz (B_5)
- Ziel der Intervention: Prävention des Kinderübergewichts als explizites Ziel der Intervention (B_6)
- Mehrkomponentenansatz: Interventionen, die mehrere Determinanten des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen, wie z. B. Ernährung und Bewegung, adressieren (B_7)
- Multimodaler Ansatz: Interventionen in mehreren Settings mit zentraler Koordination (B_8)
- Theoretisches Konzept: kurze Beschreibung des theoretischen Konzeptes (B_9)
- Theoretisch-konzeptionelle Fundierung der Intervention: theoretische Fundierung der Intervention liegt vor
- Dargelegte Evidenz für die Intervention: Wirksamkeitsnachweis für die Intervention liegt vor (B_10)

Im Bereich D werden für die Planungs- und Konzeptqualität ausgewählte Kriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen [11] aufgegriffen und um weitere, aus der systematischen Recherche identifizierte Kriterien ergänzt. Folgende Qualitätskriterien der BZgA [31] wurden im Bereich D aufgenommen:

- Ermittlung und Dokumentation des Bedarfs (D_1)
- Bestimmung der Adressaten vor dem Hintergrund von Bedarf (D_2)
- Erkennen und Beschreiben der Besonderheiten und Stärken der Adressaten (D_3)
- Bestimmung von Haupt- und Teilzielen (D_8)
- Konzept in schriftlicher Form (D_9)
- Adressatengerechte Zugangswege (D_10)
- Adressatengerechte Vermittlungsmethoden (D_11)

Ergänzt wurden diese durch die Kriterien:

- Vielfalt/Diversität (D_3.1)
- Gender (D_3.2)
- Einbettung in übergeordnete Strategien (D_4)
- Berücksichtigung von Leitlinien/Empfehlungen (D_6)
- Passung der Intervention zur Theorie (D_7)

In ähnlicher Weise wurde im Bereich E vorgegangen.

Bei den Determinanten (Bereich H) wurden die Bedingungsfaktoren aus dem Evidenzreport [40] berücksichtigt, für die zumindest eine schwache Evidenz („weak evidence“) ermittelt werden konnte. Ergänzungen aus den zusätzlich durchgeführten systematischen Recherchen erfolgten, wenn analog der Evidenzbewertung eindeutige Belege aus mindestens einem systematischen Review oder einer Metaanalyse vorlagen. Diese wurden dann im Kriterienkatalog im Bereich H entweder als generische oder als lebensweltspezifische Determinanten aufgenommen. Eine Einordnung als generischer Bedingungsfaktor erfolgte, wenn dieser auf Basis der Evidenzlage nicht ausschließlich einer Lebenswelt zuzuordnen war oder in mehreren Lebenswelten als bedeutsam beschrieben wurde. Beispiele für zusätzlich aufgenommene Determinanten sind:

1. Generische/lebensweltübergreifende Determinanten:
 - sozioökonomische Benachteiligung (u. a. [13, 41])
2. Determinanten für die Lebenswelt Familie:
 - Stillen [60, 61]
 - Bewegung/körperliche Aktivität in der Schwangerschaft [23, 39, 41]
 - Rauchen der Eltern in der Schwangerschaft (u. a.: [41, 50])
3. Determinanten für die Lebenswelt Schule:
 - Bereitstellung von Wasser [3]
 - Schulgestaltung und Schulumgebung [9, 31]

4. Determinanten für die Lebenswelt Kommune:

- kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen [26]
- Gestaltung/Organisation von Bewegungsmöglichkeiten/Ferienfreizeitangeboten [4, 24, 42, 53]

Der Kriterienkatalog wurde einer Expertengruppe in einem gemeinsamen Workshop (Fachgespräch am 30.11.2015 in Berlin) vorgestellt und diskutiert. An der Sitzung nahmen als Experten und Expertinnen teil:

- Prof. Dr. Gesine Bär, Alice Salomon Hochschule Berlin
- Dr. Jens Bucksch, Universität Bielefeld
- Dr. Margareta Büning-Fesel, aid infodienst
- Dr. Nina Ferrari, Deutsche Sporthochschule Köln
- Gabriele Graf, Verbraucherzentrale NRW
- Dr. Beate Grossmann, Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
- Friederike Jäger, Gesundheit Berlin-Brandenburg
- Susanne Jordan, Robert Koch-Institut
- Dr. Cornelia Lange, Robert Koch-Institut
- Prof. Dr. Katja Kröller, Hochschule für Gesundheit, Sport, Technik, Kunst Berlin
- Katharina Reiss, aid infodienst
- Dr. Iris Schiek, Gesundheit Berlin-Brandenburg
- Prof. Dr. Ulrike Ungerer-Röhrich, Technische Universität Chemnitz
- Gianni Varnaccia, Robert Koch-Institut.

Aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligten sich an der Sitzung:

- Dr. Ute Winkler (BMG)
- Karin Höppner (BMG)
- Dr. Eveline Maslon (BZgA)
- Cornelia Goldapp (BZgA)
- Stephanie Hendriks (BZgA).

Der Kriterienkatalog wurde von den teilnehmenden Experten und Expertinnen positiv und für die Zielstellung des Projektes als angemessen bewertet. Die systematische Vorgehensweise bei der Erstellung des Kriterienkatalogs wurde sehr begrüßt. Auf Basis der im Kriterienkatalog enthaltenen Dimensionen kann nach Ansicht der Experten und Expertinnen eine umfassende

und detaillierte Charakterisierung der konzeptionellen Ansätze vorgenommen werden. Diesbezüglich besteht bis dato – auch aus Sicht der Experten und Expertinnen – ein Manko. Gleichzeitig wurde aber zu bedenken gegeben, dass mit dem Vorteil der detaillierten Erfassung der Nachteil eines sehr umfangreichen und ausdifferenzierten Kataloges einhergeht, der eventuell nur eingeschränkt genutzt wird. Dies sollte nach der Erprobungsphase bewertet und abgewogen werden.

4.2 Systematisierung konzeptioneller Ansätze – Generische Ergebnisse

Von den zunächst 347 für die Lebenswelten Familie, Schule und Kommune gefundenen Interventionen wurden nach Sichtung aller zugesendeten Materialien schließlich 141 in die Berechnung der Ergebnisse einbezogen: LW Familie $n = 36$, LW Schule $n = 40$, LW Kommune $n = 65^5$ (s. Anhang, Anlage 2: Liste aller Interventionen sortiert nach Lebenswelten). Unzureichendes (z. B. unvollständiges) Material zur Beschreibung der Intervention führte zu ihrem Ausschluss.

Entsprechend der methodischen Vorgehensweise, die in Kapitel 2.2.3 beschrieben ist, erfolgte die Identifikation konzeptioneller Ansätze in mehreren Schritten:

- der Bildung und Beschreibung von Methodentypen auf Basis ausgewählter Kriterien,
- der clusteranalytischen Bestimmung von Typen konzeptioneller Ansätze und
- der Synthese der Resultate und Identifizierung von konzeptionellen Ansätzen.

4.2.1 Bildung und Beschreibung von Methodentypen

Als zentrale Größe zur Identifizierung eines konzeptionellen Ansatzes wurde das Kriterium Methoden/Interventionstyp (B_1 des Kriterienkatalogs) ermittelt. Es umfasst fünf Methodentypen (vgl. Kapitel 2.2.3.1):

1. Strukturentwicklung
2. Schulung
3. Beratung
4. Schriftliche Informationen
5. Sonstige Methoden (z. B. Events, Aktionen)

⁵ Aufgrund personeller Änderungen im Projektverlauf wurden die Daten für die Lebenswelt KiTa nicht mit in die generische Auswertung der Daten übernommen.

Tabelle 9 zeigt die Anzahl der eingesetzten Methodentypen in allen eingeschlossenen Interventionen (n = 141) lebensweltübergreifend.

Tabelle 9: Anzahl der eingesetzten Methodentypen – lebensweltübergreifend (n = 141)

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Häufigkeit	21	40	42	20	3	15
in Prozent*	15 %	28 %	30 %	14 %	2 %	11 %

* Die Prozentangaben sind gerundet.

Methodentypen: **Strukturentwicklung** = Organisationsentwicklung, Strukturentwicklung | **Schulung** = Peer Learning, Kurs/Training, Multiplikatoren-schulung | **Beratung** = Coaching-Ansatz, Beratungsangebot | **schriftliche Informationen** = Informationsmaterial, Schulungsmaterial | **sonstige Methoden**

Die Mehrzahl der Interventionen kombiniert zwei (n = 40) bis drei (n = 42) Methodentypen. Hierbei am häufigsten zur Anwendung kommen:

1. Bei der Kombination von zwei Methodentypen:
 - Schulung + Strukturentwicklung (n = 16, 40 %)
 - Schulung + Material (n = 10, 25 %)
2. Bei der Kombination von drei Methodentypen:
 - Schulung + Strukturentwicklung + Beratung (n = 14, 33 %)
 - Schulung + Strukturentwicklung + schriftliche Informationen (n = 12, 29 %)
 - Schulung + Beratung + schriftliche Informationen (n = 12, 29 %)

In etwa gleich häufig ist die Nutzung eines einzelnen Methodentyps (n = 21, 15 %) und die Anwendung von vier Methodentypen (n = 20, 14 %). Beschränkt sich die Intervention auf einen Methodentyp, stehen Schulung und Strukturentwicklung im Vordergrund, kommen vier Methodentypen zum Einsatz, ist die Kombination Schulung + Strukturentwicklung + Beratung + schriftliche Informationen die am häufigsten genutzte.

Im zweiten Arbeitsschritt wurde die Anzahl der eingesetzten Methodentypen mit ausgewählten Kriterien des Kriterienkatalogs kreuztabelliert, um zu einer differenzierteren Beschreibung der Interventionen zu gelangen (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – lebensweltübergreifend

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Strukturierungsgrad (n = 134, Missings = 7)						
Überwiegend offen	15 (71 %)	17 (44 %)	17 (42 %)	10 (56 %)	3 (100 %)	7 (58 %)
Überwiegend geschlossen	5 (24 %)	17 (44 %)	13 (32 %)	5 (28 %)	0 (0 %)	5 (42 %)
Anteile etwa gleich	1 (5 %)	5 (13 %)	11 (27 %)	3 (17 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Gesamt	21 (100 %)	39 (100 %)	41 (100 %)	18 (100 %)	3 (100 %)	12 (100 %)
Theoretischer Ansatz ist beschrieben (n = 141)						
Ja	1 (5 %)	8 (20 %)	9 (21 %)	6 (30 %)	1 (33 %)	6 (40 %)
Nein	20 (95 %)	32 (80 %)	33 (79 %)	14 (70 %)	2 (67 %)	9 (60 %)
Gesamt	21 (100 %)	40 (100 %)	42 (100 %)	20 (100 %)	3 (100 %)	15 (100 %)
Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) (n = 141)						
Ja	9 (43 %)	20 (50 %)	24 (57 %)	11 (55 %)	1 (33 %)	3 (20 %)
Nein	12 (57 %)	20 (50 %)	18 (43 %)	9 (45 %)	2 (67 %)	12 (80 %)
Gesamt	21 (100 %)	40 (100 %)	42 (100 %)	20 (100 %)	3 (100 %)	15 (100 %)
Mehrkomponentenansatz (n = 141)						
Ja (> 1 Komponente*)	16 (76 %)	30 (75 %)	36 (86 %)	15 (75 %)	3 (100 %)	12 (80 %)
Nein (= 1 Komponente*)	5 (24 %)	10 (25 %)	6 (14 %)	5 (25 %)	0 (0 %)	3 (20 %)
Gesamt	21 (100 %)	40 (100 %)	42 (100 %)	20 (100 %)	3 (100 %)	15 (100 %)

*Komponenten Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit
 Alle Prozentangaben sind gerundet.

Strukturierungsgrad

Bei der am häufigsten verwendeten Kombination von zwei und drei Methodentypen zeigen sich Ähnlichkeiten beim Strukturierungsgrad: Offene Angebote mit wechselnder Teilnehmerschaft (2 Methoden 44 %; 3 Methoden 42 %) und geschlossene Angebote mit fester Teilnehmerschaft (2 Methoden 44 %; 3 Methoden 32 %) sind gleichermaßen ausgeprägt. Einen deutlichen Unter-

schied gibt es dort, wo die Anteile offener und geschlossener Angebote etwa gleich hoch sind (2 Methoden 13 %, 3 Methoden 27 %).

Theoretische Fundierung

Beim theoretischen Ansatz fällt auf, dass ein Großteil (ca. 80 %) der erfassten Interventionen in den verfügbaren Materialien keine Beschreibung des theoretischen Ansatzes bereitstellen.

Multimodaler Ansatz

Eine lebensweltübergreifende und zentrale Koordinierung (multimodaler Ansatz) findet sich bei Interventionen, die zwei oder drei Methodentypen einsetzen, mit ähnlicher Häufigkeit (2 Methoden 50 %, 3 Methoden 57 %).

Mehrkomponentenansatz

Der Mehrkomponentenansatz gibt Auskunft über die Frage, wie häufig die Interventionen mehr als eine Determinante des Übergewichts (Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit) einbeziehen. Interventionen, die mehr als eine Determinante fokussieren sind deutlich häufiger vorzufinden als thematisch singuläre Interventionen.

Thematische Schwerpunkte

Die Häufigkeit der thematischen Schwerpunkte der Interventionen in Abhängigkeit von der Methodenanzahl ist differenziert dargestellt in Tabelle 11. Unabhängig von der Anzahl der Methoden lässt sich feststellen, dass die überwiegende Mehrheit der Interventionen mehrere Komponenten des Übergewichts adressiert.

Tabelle 11: Thematische Schwerpunkte nach Anzahl der Methoden – lebensweltübergreifend

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Ernährung	-	4 (10 %)	3 (7 %)	1 (5 %)	-	2 (13 %)
Bewegung	2 (10 %)	5 (13 %)	1 (2 %)	-	-	-
Inaktiver Lebensstil	-	-	-	-	-	-
Psychische Gesundheit	3 (14 %)	1 (3 %)	2 (5 %)	4 (20 %)	-	1 (7 %)
Mehrfachkombination	16 (76 %)	25 (63 %)	33 (79 %)	15 (75 %)	2 (67 %)	10 (67 %)
Sonstige	-	5 (13 %)	3 (7 %)	-	1 (33 %)	2 (13 %)
Gesamt	21 (100 %)	40 (100 %)	42 (100 %)	20 (100 %)	3 (100 %)	15 (100 %)

Alle Prozentangaben sind gerundet.

4.2.2 Clustertypen konzeptioneller Ansätze

Unter Rückgriff auf die in Kapitel 2.2.3.2 genannten kategorialen Variablen (Anzahl an Methoden, Multimodaler Ansatz und Mehrkomponentenansatz) wurde eine Clusteranalyse durchgeführt, anhand derer sich sieben Grundtypen konzeptioneller Ansätze identifizieren ließen (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: Typen konzeptioneller Ansätze (n = 141) – lebensweltübergreifend

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
Multimodaler Ansatz	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja
Mehrkomponentenansatz	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Anzahl an Methodentypen	> 3	≤ 3	> 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	> 3
Häufigkeit	6	14	10	46	9	46	10
in Prozent (%)	4,3	9,9	7,1	32,6	6,4	32,6	7,1

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singulär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz

Die ermittelte Clusterlösung zeigt eine gute Clusterqualität (ermittelt über das Silhouettenmaß für Kohäsion und Separation) auf. Die sieben Typen lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

- **Typ 1 – Monothematisch komplexer Ansatz:**

Dieser Typ zeichnet sich durch eine Fokussierung auf eine spezifische Determinante des Übergewichts aus (z. B. Ernährung, Bewegung oder psychische Gesundheit). Er kombiniert verschiedene Methodentypen (> 3) und wird über verschiedene Settings hinweg mit zentraler Koordination umgesetzt.

- **Typ 2 – Singulär fokussierter Ansatz:**

Interventionen dieses Typs lassen sich durch einen geringen Komplexitätsgrad charakterisieren: Sie sind auf eine spezifische Determinante des Übergewichts sowie ein spezifisches Setting ausgerichtet. Zudem werden hier wenige Methodentypen eingesetzt (≤ 3).

- **Typ 3 – Settingfokussiert komplexer Ansatz:**

Im Gegensatz zum singulär-fokussierten Typen adressieren Interventionen dieses Typs zeitgleich verschiedene Themen bzw. Determinanten des Übergewichts und weisen ein höheres Spektrum an Methodentypen auf. Einzig mit Blick auf die Lebenswelten findet sich hier eine Ausrichtung auf ein spezifisches Setting (z. B. Familie, Schule).

- **Typ 4 – Methodenfokussiert komplexer Ansatz:**

Während sich Interventionen dieses Typs hinsichtlich der adressierten Lebenswelten und Determinanten des Übergewichts komplex darstellen, findet sich mit Blick auf die eingesetzten Methodentypen eine geringe bis mittlere Komplexität (d. h. eine geringere Anzahl an eingesetzten Methodentypen).

- **Typ 5 – Settingübergreifend fokussierter Ansatz:**

Interventionen, die zu diesem Typ gehören, zielen auf ein spezifisches Thema (z. B. Bewegung, Ernährung) und werden mit einem geringen bis mittleren Methodenspektrum realisiert. Im Gegensatz zum singular-fokussierten Ansatz (Typ 2) findet sich hier eine zentral koordinierte Umsetzung in verschiedenen Settings (z. B. Kommune und Familie).

- **Typ 6 – Themenübergreifend fokussierter Ansatz:**

Das Charakteristische dieses Typs konzeptioneller Ansätze liegt in seiner Fokussierung auf ein spezifisches Setting sowie einer begrenzten Anzahl an eingesetzten Methoden. Jedoch weisen entsprechende Interventionen eine thematische Breite auf und adressieren verschiedene Determinanten des Übergewichts (z. B. Ernährung und Bewegung).

- **Typ 7 – Komplex koordinierter Ansatz:**

Interventionen dieses Typs weisen über alle Kriterien hinweg die größte Komplexität auf, indem sie auf verschiedene Themen bzw. Determinanten des Übergewichts ausgerichtet sind und ein größeres Methodenspektrum einsetzen. Überdies sind sie nicht auf ein Setting begrenzt, sondern werden in verschiedenen Lebenswelten mit zentraler Koordination realisiert.

Die möglichen Ausprägungen der den Clustern zugrundeliegenden Variablen lassen sich Tabelle 12 entnehmen. Aus der Analyse der 141 eingeschlossenen Interventionen folgt, dass sich jeweils knapp ein Drittel (32,6 %) aller Interventionen im Typ 4 und Typ 6 wiederfindet. Während sich Interventionen des Typs 4 dadurch auszeichnen, dass sie mehrere Determinanten des Übergewichts fokussieren, in verschiedenen Settings mit zentraler Koordination umgesetzt werden und ein geringes bis mittleres Methodenspektrum nutzen (≤ 3), werden Interventionen des Typs 6 in einem Setting durchgeführt, sind jedoch ansonsten mit Typ 4 vergleichbar.

Die Häufigkeit der übrigen Grundtypen liegt zwischen 4,3 und 9,9 %. Dabei lassen sich mit dem Typ 2 und dem Typ 7 zwei Extremformen beschreiben: Während sich die Interventionen des Typs 2 hinsichtlich der Variablenausprägung eher als singular und fokussiert darstellen, lässt sich Typ 7 mit Blick auf die Anzahl an Methoden, Determinanten und adressierten Settings eher als komplex und übergreifend beschreiben. Zum Typ 7 konzeptioneller Ansätze gehören zehn Interventionen (7,1%), während sich 14 Interventionen (etwa 10%) dem singular-fokussierten Typ 2 zuordnen lassen.

Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei Betrachtung der einzelnen Settings: Während Typ 6 mit jeweils 42 % aller Interventionen vor allem im schulischen und familiären Kontext vorzufinden ist, lassen sich über die Hälfte aller kommunalen Interventionen (52 %) dem Typ 4 zuordnen.

Die oben dargestellten Analysen beziehen sich auf die zusammengeführte Erfassung der Lebenswelten Schule, Kommune und Familie. In der Betrachtung der lebensweltspezifischen Verteilung der Typen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 13: Verteilung der sieben konzeptionellen Typen über drei Lebenswelten

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
Familie (n = 36)	5 (14%)	6 (17%)	2 (6%)	5 (14 %)	2 (6%)	15 (42%)	1 (3%)
Schule (n = 40)	1 (3%)	6 (15%)	4 (10%)	7 (17%)	1 (3%)	17 (42%)	4 (10%)
Kommune (n = 65)	0 (0 %)	2 (3%)	4 (6%)	34 (52%)	6 (9%)	14 (22%)	5 (8%)
Gesamt (n = 141)	6 (4%)	14 (10%)	10 (7%)	46 (33%)	9 (6%)	46 (33%)	10 (7%)

Alle Prozentangaben sind gerundet.

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singulär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz.

4.3 Systematisierung konzeptioneller Ansätze – Lebensweltspezifische Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Systematisierung konzeptioneller Ansätze unter lebensweltspezifischen Aspekten betrachtet. Die Beschreibungen beziehen sich auf die quantitativen Ergebnisse sowie zum Teil auf eine qualitative Betrachtung der Interventionen.

4.3.1 Lebenswelt Familie

Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebenswelt Familie sich von anderen Lebenswelten zum Teil erheblich unterscheidet – dies bezieht sich insbesondere auf die identifizierten Komponenten der Interventionen.

Bildung und Beschreibung von Methodentypen

In der Lebenswelt Familie fällt auf, dass die meisten Interventionen zwei oder drei Methodentypen nutzen (s. Tabelle 14). In den anderen untersuchten Lebenswelten ist diesbezüglich ein ähnlicher Trend zu beobachten. Die am häufigsten genutzten Methoden, einzeln oder in Kombinationen, sind Schulungen, die in 75 % aller Interventionen miteingeschlossen sind, Beratung in 61 % aller Interventionen, Strukturentwicklung mit 47 % und schriftliche Informationen mit 39 %.

Tabelle 14: Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Familie (n = 36)

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Häufigkeit	5	9	11	6	0	5
in Prozent*	14 %	25 %	31 %	17 %	0 %	14 %

* Die Prozentangaben sind gerundet.

Methodentypen: **Strukturentwicklung** = Organisationsentwicklung, Strukturentwicklung | **Schulung** = Peer Learning, Kurs/Training, Multiplikatoren-schulung | **Beratung** = Coaching-Ansatz, Beratungsangebot | **schriftliche Informationen** = Informationsmaterial, Schulungsmaterial | **sonstige Methoden**

Strukturierungsgrad

Die Charakteristika der Interventionen in der Lebenswelt Familie sind in Tabelle 15 dargestellt. Im Gegensatz zur Lebenswelt Schule differenziert das Kriterium Strukturierungsgrad in der Lebenswelt Familie. Hier zeigt sich, dass 19 Interventionen (56 %) „überwiegend offen“ angelegt sind, 11 Interventionen (32 %) „überwiegend geschlossen“ und vier Interventionen (12 %) beide Anteile vereinen.

Theoretische Fundierung

Ein theoretischer Ansatz wird in der Lebenswelt Familie nur in neun von 36 Interventionen beschrieben – dies entspricht einem Anteil von 25 % und ist damit ähnlich niedrig wie auch in den anderen Lebenswelten.

Multimodaler Ansatz

Das Kriterium „Multimodaler Ansatz“ wird im Kontext familiärer Gesundheitsförderung bei 11 der 36 Interventionen (31 %) erfüllt. Interventionen der Lebenswelt Familie sind somit weniger häufig lebensweltübergreifend und zentral koordiniert.

Mehrkomponentenansatz

Das Kriterium „Mehrkomponentenansatz“ gibt Auskunft darüber, wie häufig eine Intervention mehr als einen Bedingungsfaktor des Übergewichts (Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit) adressiert. Die meisten Interventionen der Lebenswelt Familie (n = 25, 69 %) fokussieren mehrere Komponenten.

Tabelle 15: Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Familie

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Strukturierungsgrad (n = 34, Missings = 2)						
Überwiegend offen	2 (40 %)	3 (38 %)	6 (55 %)	4 (80 %)	-	4 (80 %)
Überwiegend geschlossen	3 (60 %)	4 (50 %)	3 (27 %)	-	-	1 (20 %)
Anteile etwa gleich	-	1 (13 %)	2 (18 %)	1 (20 %)	-	-
Gesamt	5 (100 %)	8 (100 %)	11 (100 %)	5 (100 %)	0 (100 %)	5 (100 %)
Theoretischer Ansatz ist beschrieben (n = 36)						
Ja	1 (20 %)	1 (11 %)	2 (18 %)	1 (17 %)	-	4 (80 %)
Nein	4 (80 %)	8 (89 %)	9 (82 %)	5 (83 %)	-	1 (20 %)
Gesamt	5 (100 %)	9 (100 %)	11 (100 %)	6 (100 %)	0 (100 %)	5 (100 %)
Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) (n = 36)						
Ja	-	2 (22 %)	5 (46 %)	3 (50 %)	-	-
Nein	5 (100 %)	7 (78 %)	6 (55 %)	3 (50 %)	-	5 (100 %)
Gesamt	5 (100 %)	9 (100 %)	11 (100 %)	6 (100 %)	0 (100 %)	5 (100 %)
Mehrkomponentenansatz (n = 36)						
Ja (> 1 Komponente*)	2 (40 %)	6 (67 %)	9 (82 %)	4 (67 %)	-	4 (80 %)
Nein (= 1 Komponente*)	3 (60 %)	3 (33 %)	2 (18 %)	2 (33 %)	-	1 (20 %)
Gesamt	5 (100 %)	9 (100 %)	11 (100 %)	6 (100 %)	0 (100 %)	5 (100 %)

*Komponenten Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit
Alle Prozentangaben sind gerundet.

Clustertypen konzeptioneller Ansätze

Schon die Vorstrukturierung zeigt, welche Typen für die Lebenswelt Familie erwartet werden können. Betrachtet man die Ergebnisse der Clusteranalyse zur Typenbildung, so lassen sich für die Lebenswelt Familie drei Gruppierungen erkennen (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Familie (n = 36)

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
Multimodaler Ansatz	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja
Mehrkomponentenansatz	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Anzahl an Methodentypen	> 3	≤ 3	> 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	> 3
Häufigkeit	5	6	2	5	2	15	1
in Prozent (%)	13,9	16,7	5,6	13,9	5,6	41,7	2,8

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singulär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz

Nur jeweils ein bis zwei Interventionen (2,8 % bis 5,6 %) fallen unter Typ 3, Typ 5 oder Typ 7. Häufiger vertreten sind Typ 1, Typ 2 und Typ 4 mit jeweils fünf bis sechs Interventionen (13,9 % bis 16,7 %). Typ 6 umfasst in der Lebenswelt Familie mit 15 Interventionen (41,7 %) die meisten Nennungen.

Die Ergebnisse der Clusteranalyse bestätigen, dass – gemäß der Vorstrukturierung – der Typ 6 besonders häufig vorkommt. Dieser Typ entspricht einem geringen bis mittleren Methodenspektrum (≤ 3), er adressiert mehrere Bedingungsfaktoren des Übergewichts (Mehrkomponentenansatz), umfasst aber keinen „multimodalen Ansatz“. Diesem Typ können beispielsweise Angebote in Familienbildungsstätten, Familienzentren und große, zum Teil bundesweite Projekte zugeordnet werden. Dies bedeutet für die Lebenswelt Familie, dass derzeit nur wenige Interventionen lebensweltübergreifend und zentral koordiniert werden.

Methodisch werden in der Lebenswelt Familie einzelne Schwerpunkte fokussiert oder in geringem Umfang miteinander kombiniert – häufig sind dies in der Lebenswelt Familie Schulungen und Beratungen/Coachings – kombiniert mit mehreren Komponenten aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil und psychische Gesundheit.

Besonderheiten in der Lebenswelt Familie

Methoden

Neben den bereits genannten Methoden, werden in der Lebenswelt Familie zusätzliche Methoden eingesetzt, die teilweise in ihrer Struktur anders, z. B. aufsuchend erfolgen und sich nicht den in SkAP vordefinierten Kategorien zuordnen ließen. Diese wurden deshalb qualitativ erfasst und ausgewertet. Zur Verhaltensprävention wurde in einer Intervention beispielsweise ein Screening gekoppelt an einen Präventionspass. Ziel hierbei war, Ernährung und Bewegung der Kleinkinder zu verbessern, indem die regelmäßige Überprüfung der Kindergesundheit gekoppelt wurde an das Elternfeedback zu Ernährung und Bewegung. Die Intention der Intervention

lag einerseits darin, den Eltern das Verhalten bewusst zu machen und andererseits darin, Hebammen sowie Ärzten und Ärztinnen diese Informationen zugänglich zu machen.

Bei einer anderen Intervention wurde ein „informelles Screening“ genutzt, um Eltern zu beraten und zu unterstützen, um ihre Kompetenzen zu den Themen Ernährung und Bewegung weiter auszubauen. Zusätzlich wurden allgemeine Hinweise zum Stillen, zur Beikost sowie zu Bewegungsangeboten mit und für Kinder gegeben.

Zwei weitere Interventionen boten ein sogenanntes Bewegungspicknick an, bestehend aus vielfältigen Bewegungsspielen im Rahmen eines Picknicks. Zusätzlich wurde den Familien eine Erziehungsberatung angeboten – Planung und Gestaltung des Angebotes erfolgten dabei gemeinsam mit den Eltern.

Neben der Förderung der Verhaltensprävention finden sich Interventionen, die auf eine bessere Verhältnisprävention zielen. Ein Beispiel für eine solche verhältnisorientierte Methode bildete die Zertifizierung zu einem babyfreundlichen Krankenhaus. Hierzu wurden internationale Standards als inhaltliche Grundlage genutzt, um die Einrichtung der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde auszuzeichnen. Im Fokus des Konzepts stand die Vermittlung wichtiger Themen, wie Bindungsförderung, Entwicklung des Kindes sowie Ernährung inklusive Stillen.

Komponenten Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit

Die Betrachtung der einbezogenen Komponenten verdeutlicht, dass in der Lebenswelt Familie die Förderung der psychischen Gesundheit besonders häufig adressiert wird. Unter den thematisch singulären Interventionen finden sich 11 zum Thema psychische Gesundheit. Zusätzlich findet sie sich 18-mal in Kombination mit anderen Komponenten. Insgesamt wird sie, einzeln oder in Kombination, in 29 der 36 Interventionen berücksichtigt – dies entspricht 81 %.

Die anderen Komponenten werden ebenfalls berücksichtigt, zumeist in Kombination: Ernährung in 61 %, Bewegung in 42 % und inaktiver Lebensstil in 6 % der analysierten Interventionen.

Theoretisches Konzept oder Modell

Interventionen des Typs 6 weisen in 47 % der Fälle auf ein theoretisches Konzept hin – dies findet sich entsprechend auch typenübergreifend (44 %) wieder.

Zum Teil wird dabei schlicht auf die Verwendung eines ganzheitlichen Ansatzes oder auf die Selbstwirksamkeit verwiesen, teilweise werden Konzepte, wie die Salutogenese nach Antonovsky detailliert beschrieben. Eine Intervention beschreibt zudem das Transtheoretische Modell nach Prochaska. Mehrfach wird bei den Interventionen auf die Beachtung der Bindungstheorie verwiesen. Ökologische Theorien werden zum einen allgemein genannt, zum anderen spezifisch angewendet, so die Ökologie der menschlichen Entwicklung (Bronfenbrenner 1981) und eine Ökologische Systemtheorie sowie die Familiensystemtheorie.

Adressatenbestimmung/Vielfalt und Diversität

Bei 67 % der Interventionen des Typs 6 erfolgte eine Adressatenbestimmung. Die Vielfalt und Diversität der Adressaten wurde in 73 % der Fälle berücksichtigt.

Hauptziele und Teilziele

Hauptziele werden bei 83 % aller betrachteten Interventionen der Lebenswelt Familie benannt, im Typ 6 sind es 80 %. Teilziele hingegen formulieren insgesamt nur 47 %, innerhalb des Typs 6 53 % der Interventionen.

Inhalte und Methoden zur Zielerreichung

Innerhalb des Typs 6 beschreiben 71 % der Interventionen Inhalte und Methoden, die zur Zielerreichung genutzt wurden. Über alle Interventionstypen hinweg sind es noch 63 %.

Ressourcenstärkung und Empowerment

Ziele wie Empowerment und Ressourcenstärkung der Adressaten wird innerhalb von Typ 6 von 87 % der Interventionen benannt, über alle Interventionstypen hinweg ist dies bei 89 % der Fall. Insgesamt zeigt sich hier ein deutlicher Schwerpunkt in der Lebenswelt Familie.

Vernetzung

Bestrebungen zur Vernetzung sind ein weiterer wichtiger Bestandteil der Interventionen für die Lebenswelt Familie. Die Mehrheit der Interventionen des Typs 6 (73 %) zielt auf Vernetzung der Interventionen. Bei familiären Interventionen überwiegen Netzwerke der Frühen Hilfen, dies spiegelt sich auch in den Daten wider, 30 von 36 Interventionen arbeiten vernetzt – das entspricht 83 % der berücksichtigten Interventionen.

4.3.2 Lebenswelt KiTa⁶

Insgesamt lagen für 175 Interventionen Informationsmaterialien vor, von diesen konnten 92 Vorhaben aufgrund der definierten Ein- und Ausschlusskriterien in die Auswertung einbezogen werden.

Insgesamt zeigte sich ein sehr heterogenes Bild der in den KiTas angebotenen Interventionen. Dies bezieht sich sowohl auf die Ausgestaltung der Konzepte in den KiTas als auch auf die darüber vorliegenden Informationen. Aufgrund der häufigen Überlagerungen der Teiltypen (hoher Anteil von Mehrfachnennungen in Schlüsselvariablen) werden die Ergebnisse zunächst differenziert nach einzelnen Kategorien dargestellt, um sie zum Schluss in Typen zu überführen. Es bestätigte sich die verbreitete thematische Untergliederung in die großen Interventionsrichtungen: Verbesserung von (1) Ernährungsverhalten, (2) Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungsverhalten sowie (3) Selbstregulationskompetenzen, die auch in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindes- und Jugendalter [64] vorgenommen wird.

⁶ Aufgrund der personellen Änderungen im Projektverlauf und der anderen Vorgehensweise in der Systematisierung und Lückenbestimmung weicht die Darstellung der Ergebnisse für die Lebenswelt KiTa von jenen der anderen Lebenswelten ab.

Komponenten und Mehrkomponentenansatz

Insgesamt wurde in 70 (76 %) der 92 Vorhaben das Thema Ernährung benannt und in 66 (72 %) das Thema Bewegung, für 42 Vorhaben (45 %) zudem weitere thematische Inhalte. Diese betrafen überwiegend Themen der psychosozialen Gesundheit, wie Stressbewältigung und Entspannung oder die Stärkung von Selbstkompetenz und Bewältigungsressourcen. (Darüber hinaus wurde von einigen Vorhaben die Entwicklung von Aktionsbündnissen und Netzwerken als konkretes Ziel aufgeführt.) Im Durchschnitt sind 2,2 Komponenten genannt worden. Die Aufschlüsselung zeigt jedoch, dass

- 34 Vorhaben (37 %) nur ein Thema behandeln,
- 21 Vorhaben (23 %) zwei Themen,
- 25 Vorhaben (27 %) drei Themen,
- sechs Interventionen (6 %) vier Themen,
- fünf Interventionen fünf Themen (5 %) und
- eine Intervention sechs Themen behandeln.

Von den 34 Vorhaben, die nur ein Thema behandelten, befassten sich 17 mit Ernährung, 14 ausschließlich mit Bewegung und ein übergeordneter Förderverbund mit dem Thema gesunde Lebenswelten. Am häufigsten waren Ernährung und Bewegung miteinander verknüpft. Dabei ist zu beachten, dass nur die Komponenten gewertet wurden, die in einem direkten Bezug zu Übergewichtsprävention standen. Wenn eine Intervention also z. B. auch die Steigerung der Teilnehmeraten an den U-Untersuchungen zum Ziel hatte, so wurde dies nicht in die Auswertung einbezogen.

Die Auswertung belegt ein breites Spektrum an Themen und Inhalten in den KiTas. Monothematische Vorhaben finden sich eher bei einmaligen Interventionen durch externe Fachleute und in einzelnen KiTas, während Mehrkomponentenansätze eher in Großprojekten zu sehen sind.

Adressaten und Partizipation

Die in der Auswertung berücksichtigten Interventionen unterscheiden sich in der Anzahl, Kombination und Differenzierung/Detaillierung ihrer Adressaten. Bezüglich der ersten beiden Aspekte wird deshalb zwischen Vorhaben, die auf eine, zwei oder drei Zielgruppen zielen, unterschieden. Mögliche Kombinationen der Zielgruppen werden dargestellt und belegen die Heterogenität der einbezogenen Vorhaben.

Nach dieser Unterscheidung benennen 20 Interventionen (22 %) jeweils eine Zielgruppe und weitere 23 Interventionen (25 %) jeweils zwei Zielgruppen. Abgesehen von einem Vorhaben, das sich ausschließlich an Erzieher/-innen wendet, wird diese Zielgruppe sonst nur zusammen mit weiteren Zielgruppen genannt. Die Hauptzielgruppe der Interventionen sind die Kinder in Kindertagesstätten. Sie werden in 16 Interventionen (17 %) als alleinige Zielgruppe genannt, davon in zwei Fällen nur über eine indirekte Beschreibung – hier ist der Fokus bzw. das Hauptziel jeweils das Coaching bzw. die Fortbildung von Erziehern und Erzieherinnen bzw. von Er-

wachsenden, während Kinder als diejenige [Ziel-]Gruppe angesprochen werden, die von diesen Maßnahmen profitieren sollen.

Bei Interventionen mit jeweils genau zwei Zielgruppen sind die möglichen Kombinationen die der

- Erwachsenen/Eltern UND Erzieher/-innen (n = 3),
- Erzieher/-innen UND Kinder (n = 4), und
- Erwachsenen/Eltern UND Kinder (n = 16).

Knapp die Hälfte (n = 45) aller ausgewerteten Vorhaben beschreibt die Ausrichtung ihrer jeweiligen Inhalte auf drei Zielgruppen (Kinder UND Eltern UND Erzieher/-innen) oder sogar auf mehr. Zusätzlich formulieren einige Projekte (n = 17, 19 %) Zielgruppen, welche sich nicht direkt den genannten Zielgruppen zuordnen lassen. Dazu hören z. B. Verantwortliche für die Verpflegung in Tageseinrichtungen, wie Träger, Leitung, pädagogisches und hauswirtschaftliches Personal, Essensanbieter oder Caterer. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in KiTas unterschiedlich viele Zielgruppen in unterschiedlichen Kombinationen angesprochen werden. Die Berücksichtigung von mehreren Zielgruppen spricht für eine höhere Komplexität, die auch mit einer umfassenderen Bereitstellung zusätzlicher interner oder externer Kompetenzen (Fortbildung bzw. Beratung) einhergeht.

Die Ergebnisse weisen auf die Vielfältigkeit der Partizipation von Zielgruppen in die Entwicklung und/oder Durchführung der Vorhaben hin. Die Identifikation der angesprochenen Zielgruppen und deren Einbindung in die Entwicklung und Durchführung der Vorhaben können einen Hinweis für Komplexität darstellen, müssen es jedoch nicht. Es besteht kein offensichtlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl an Zielgruppen oder Themen und der Partizipation. Die Einbeziehung der Zielgruppen ermöglicht eine den spezifischen Bedarfen besser angepasstes Angebot, geht jedoch auch mit höherem Ressourceneinsatz einher.

Vernetzung

Insgesamt 30 (33%) der 92 eingeschlossenen Interventionen konnten der Gruppe der Großprojekte bzw. der Netzwerke oder Kooperationen zugeordnet werden. Sie standen häufig in einem räumlichen Bezug (z.B. Bundesland) und wurden durch eine öffentliche Einrichtung (Kommune, Ministerium) ausgeschrieben und finanziell gefördert. Die Projektverantwortung übernahmen häufig örtliche Vereine, Verbände, Stiftungen und ähnliche Einrichtungen. Im Rahmen dieser Großprojekte wurden verschiedene Teil-/Unterprojekte entwickelt und durchgeführt, deren Zugehörigkeit zum Großprojekt durch ein Label sichtbar war, die aber inhaltlich sehr unterschiedlich ausgerichtet sein konnten. Bei Großprojekten sind grundsätzlich zwei Varianten zu unterscheiden: Zum einen wurden Großprojekte identifiziert, deren Teilprojekte unterschiedliche Ideen zur Lösung eines Problems entwickeln und umsetzen. Ziel ist die Vielfalt der Ansätze und gegebenenfalls der Austausch der Teilprojekte untereinander. Eine andere Variante sind Großprojekte, die unter der Leitung einer Einrichtung eine einheitliche Intervention entwickeln, umsetzen und evaluieren. Hier ist nicht die Vielfalt der Ansätze wichtig, sondern die Frage der Umsetzbarkeit und Effektivität einer einzelnen klar definierten Intervention in unterschiedlichen Einrichtungen, gegebenenfalls auch unterschiedlichen Settings.

Projektdurchführung

Die drei Kategorien Projektdurchführende, Projektverantwortliche und Kostenträger werden zusammen abgehandelt, da es sehr starke Überschneidungsbereiche gibt. Einfache Strukturen sind gegeben, wenn ein Projektträger die Implementation, Durchführung und gegebenenfalls Evaluation begleitet, die Kosten des Projektes übernimmt und eine oder mehrere Personen stellt, die dieses verantwortlich betreuen. Die ausgewerteten Interventionen zeigen die Heterogenität der Projektträger, die von einer einzelnen KiTa, über einen Verein bzw. Verband oder eine Kommune bis hin zu einer Krankenkasse reichen kann. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass zu den Kategorien Projektdurchführung, Projektverantwortung und Kostenübernahme in den vorliegenden Materialien häufig keine ausreichenden Angaben zu finden sind. Dies betrifft gerade die kleineren Vorhaben, deren Materialien eher werbenden Charakter haben, während in den Berichten zu den Großprojekten fast immer ausreichende Informationen zur Verfügung stehen. Insofern entstand der Eindruck, dass komplexere Vorhaben das Übergewicht haben. Hier besteht sicherlich noch Verbesserungsbedarf im Hinblick auf mögliche Nutzer insbesondere auch von Datenbanken.

Materialien und Methoden

Unabhängig davon, wie breit angelegt ein Vorhaben ist, Materialien werden in vielen Fällen zur Verfügung gestellt. Meist richten sie sich an Erzieher und Erzieherinnen, aber auch direkt an Kinder und Eltern. Die Verfügbarkeit der Materialien für (interessierte) Projektnehmer ist dabei sehr unterschiedlich. Schwierig war die Erfassung der Methoden, denn aussagefähige Informationen lagen nur für die Interventionen vor, für die ein Abschlussbericht publiziert worden war. Eine quantitative Auswertung der Materialien (und Methoden) wurde nicht vorgenommen. Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass bei vielen Interventionen unterschiedliche Materialien und Methoden zum Einsatz kommen, diese waren jedoch in den vorliegenden Informationsmaterialien nicht erkennbar.

Frequenz und Dauer

Zu den meisten Projekten stehen nur wenige Angaben über die tatsächliche Frequenz und Dauer der Aktivitäten zur Verfügung. Dies ist zum Teil inhaltlich begründet: Die konkreten Aktivitäten werden von bzw. mit den KiTas individuell geplant und umgesetzt und unterscheiden sich daher von KiTa zu KiTa. Bei einigen Projekten stimmt die Dauer des gesamten Vorhabens auch mit der Dauer der jeweiligen Aktivitäten überein. Das trifft insbesondere für Modellprojekte zu. Die Laufzeit orientiert sich an dem begrenzten Finanzierungszeitraum, sodass nach Ende der Förderung die Aktivitäten nicht immer fortgeführt werden können. Die vorliegenden Angaben unterscheiden sich darüber hinaus sehr stark. In vielen Fällen fehlten aber schlicht Informationen zu Frequenz und Dauer, sodass an dieser Stelle keine belastbare Aussage getroffen werden kann.

Wirksamkeit

In nur wenigen Materialien konnten Hinweise auf den Nachweis der Wirksamkeit der Vorhaben gefunden werden, die zudem nicht immer ausreichende Informationen boten. Detailliertere Angaben zur Wirksamkeit der Interventionen liegen in der Regel für Vorhaben vor, zu welchen ein

Abschluss- oder ein Evaluationsbericht verfasst wurde. Manchmal ist die Wirksamkeit auch in zusammenfassender/verkürzter Form dargestellt.

Evaluation

Etwa knapp zwei Drittel aller ausgewerteten Vorhaben geben an, dass eine Evaluation durchgeführt wurde. Die Evaluationsebenen (Prozess- Struktur-, Ergebnisevaluation), die Art und Weise, wie evaluiert wurde, sowie die Angaben zu Akteuren und Akteurinnen, die an der Evaluation beteiligt waren, sind dabei unterschiedlich genau beschrieben.

Aus den Unterlagen von insgesamt 57 Einrichtungen (62%) konnte klar abgeleitet werden, dass eine Evaluation durchgeführt worden war. Darunter befanden sich 26 Einrichtungen, die die Evaluation an externe Dritte vergeben hatten. Weitere 25 Einrichtungen hatten nach eigenen Angaben eine interne Evaluation, d.h. mithilfe der direkt in die Konzeption und Durchführung der Projektmaßnahmen eingebundenen Akteure und Akteurinnen oder als Dissertation durchgeführt. Von sechs Einrichtungen mit Verweis auf eine Evaluation liegen Informationen darüber vor, dass externe und interne Evaluationsansätze sowie die dementsprechenden Methoden - überwiegend in zeitlicher Abfolge - im Rahmen des Projektes verbunden wurden. Von den restlichen 35 Einrichtungen (38%) lagen keine Angaben zu einer Evaluation vor oder es war erkennbar, dass die Maßnahme nicht evaluiert worden war.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Evaluationen eher in großen Projekten mit öffentlicher Finanzierung durchgeführt werden. Das kann mit den damit einhergehenden zeitlichen Ressourcen begründet werden. Aufgrund fehlender Kenntnisse und Erfahrung in der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen werden die Evaluationen zudem häufig durch (externe) wissenschaftliche Einrichtungen durchgeführt.

Typenbildung

Zusammenfassend lässt sich für die ausgewerteten Vorhaben festhalten, dass inhaltlich – also bezüglich der Themenschwerpunkte, Zielgruppen (Adressaten), Partizipation, Kooperationen und Vernetzungen, Projektmanagement, Frequenz, Dauer sowie der Wirksamkeit – als auch methodisch bzw. in der Art und Weise der Berichterstattung eine sehr große Heterogenität und Bandbreite besteht. Das macht einfache Aussagen unmöglich. Die Variationsbreite zeigt sich gerade auch darin, dass ein Vorhaben hinsichtlich einer Kategorie wenig komplex sein kann bei gleichzeitig hoher Komplexität hinsichtlich anderer Kategorien. Eine abschließende Bewertung kann daher nur im Einzelfall und unter Berücksichtigung der jeweiligen Ziele und Rahmenbedingungen erfolgen. So kann angenommen werden, dass Vorhaben, die eine hohe Komplexität und Vielschichtigkeit hinsichtlich der einzelnen Aktivitäten in Kindertagesstätten und zwischen Kooperationspartnern aufweisen, dem jeweiligen Bedarf besser gerecht werden können. Doch kann diese Komplexität auch eine Hürde in der Umsetzung gerade für KiTas ohne Erfahrung in der Umsetzung von präventiven Programmen sein.

Hinsichtlich der Themenschwerpunkte lässt sich feststellen, dass beispielsweise die Fokussierung auf ein (37 %), zwei (21 %) oder drei Themen (27 %) je nach Größe und Umfang der Vorhaben recht ausgewogen ist, und somit gut auf die individuellen Bedarfe der jeweiligen Einrichtungen eingegangen werden kann. Pauschale Aussagen über die Komplexität lassen sich jedoch nicht treffen, selbst bei monothematischen Vorhaben (zumeist Bewegung oder Ernäh-

rung) nicht, da teilweise auch hier Aktivitäten auf mehreren und unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Zielgruppen, Kooperationspartnern, Materialien usw. stattfinden. Weiterhin bleibt bei der Auswahl der Themen oft unklar, inwiefern diese grundsätzlich „von oben“ (top-down; von den Projektträgern an und in die Einrichtungen) vermittelt und implementiert wurden, oder ob die Einrichtungen „von unten“ (bottom-up) beispielsweise anhand einer Bedarfsplanung über die Themenschwerpunkte mitentscheiden konnten.

Bezüglich der Zielgruppen (Adressaten) zeigen die Ergebnisse zunächst, dass die Kombination verschiedener, vielfältiger Kombinationen oder die Fokussierung auf nur eine Zielgruppe eine individualisierte Herangehensweise an die jeweiligen Herausforderungen, Problematiken, und Risiken – der Zielgruppen ermöglicht (z. B. zu wenig Bewegung bei Kindern, Informationsbedarf bei Eltern, Schulungsbedarf bei Erziehern und Erzieherinnen). Die Art und Weise der Einbindung dieser und weiterer Zielgruppen bleibt dabei jedoch in vielen Fällen nicht explizit dargestellt oder wird wenig bzw. gar nicht begründet. Dies wirkt sich folglich z. B. auf die Evaluation und die Wirksamkeit aus. (Konnten die Zielgruppen, für welche das Vorhaben entwickelt wurde, gezielt adressiert werden? Wie hilfreich bzw. effektiv war der Fokus auf die jeweilige Zielgruppe?)

Für den Bereich Kooperationen und Vernetzungen zeigt sich, dass sich selbst Großprojekte (größere/große Vorhaben) wesentlich in ihrer Komplexität unterscheiden. So lassen sich einige Projekte als wenig komplex bewerten und sind dementsprechend durch Kooperationen auf gleicher Ebene, eher wenige Kooperationspartner, wenig standardisierte Abläufe innerhalb der Kooperationen und eher unverbindliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten gekennzeichnet. Die Mehrheit der Großprojekte hat jedoch einen höheren Grad an Komplexität. Hier finden vermehrt Kooperationen auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen bzw. vielen Partnern statt, Abläufe sind stärker standardisiert und Aufgaben und Verantwortlichkeiten verbindlicher festgelegt. Bezüglich der Auswertung muss auch hier festgehalten werden, dass vor allem Aussagen über Verbindlichkeiten, Hierarchien und Standardisierungen oft nur implizit formuliert werden.

Bei der Auswertung der Bereiche Projektdurchführung, Frequenz und Dauer der Vorhaben sowie der Wirksamkeitsnachweise wurde festgestellt, dass die Vorhaben insgesamt eine dem Thema angemessene Bandbreite an Optionen formulieren. Beispielsweise wird das Projektmanagement bzw. die Gesamtprojektverantwortung je nach Komplexität des Vorhabens vom Projektträger übernommen, zwischen Projektträger und Einrichtung aufgeteilt, eine separate Stelle für das Projektmanagement geschaffen oder einzelne Managementaufgaben innerhalb der Projektkooperation bzw. des Netzwerks delegiert. Jedoch sind Angaben zu detaillierten Aspekten – z. B. zur Dauer der einzelnen Aktivitäten in den Einrichtungen oder zur Wirksamkeit des Vorhabens auf der Ebene der [Kinder-]Gesundheit, des Wissens, und der Kompetenzen – oft unvollständig oder allgemein gehalten. Sie erschweren damit die Aussagefähigkeit der jeweiligen Vorhabenbeschreibungen.

Unter Gesichtspunkten der Versorgungssteuerung und der Komplexität der Vorhaben lassen sich die Vorgehensweisen anhand der gesammelten Daten grob in folgende Ansätze aufteilen:

- **Typ A – Einfacher Ansatz:**

Vorhaben, die zu diesem Typ gehören, adressieren eine Zielgruppe, in der Regel Fachkräfte, die wenig bis gar nicht partizipativ eingebunden sind. Die Interventionen sind monothematisch ausgerichtet, sprechen also die Interventionsbereiche Ernährung, Bewegung, Selbstregulation einzeln an (z. B. Angebote einiger Sportverbände) und fokussieren überwiegend auf die Verhaltensebene. Sie können auf Einrichtungsebene (bei Träger oder KiTa) dauerhaft implementiert sein, etwa durch regelmäßige Wiederholung oder durch dauerhafte Veränderungen von Prozessen und Strukturen (z. B. manche Krankenkassenprodukte zur gesunden KiTa-Ernährung für Kinder). Auf diese Weise können Interventionen dieses Typs zu einem späteren Zeitpunkt zuverlässig mit weiteren Vorgehensweisen kombiniert werden. Die Koordination erfolgt überwiegend durch eine Zentralstelle. Finden Kooperationen statt, dann nur innerhalb des Settings KiTa.

- **Typ B – Kombiniertes Ansatz:**

Interventionen dieses Ansatzes beziehen mehrere Zielgruppen, in der Regel Kinder und Fachkräfte ein und werden häufig durch Teilangebote für Familien ergänzt. Dieser Typ kommt in den Unterformen multithematisch und monothematisch vor und umfasst im besten Fall Angebote der Verhaltens- und Verhaltensebene. Die Interventionen sprechen die Bereiche Ernährung, Bewegung, Selbstregulation einzeln an (z. B. Angebote einiger Sportverbände), überwiegend adressieren sie sie jedoch zusammen (z. B. mehrere Krankenkassenprodukte, Gesunde-KiTa-Ansätze in einzelnen Bundesländern, oder Audit Gesunde KiTa). Die Koordination kann durch eine Zentralstelle erfolgen (z. B. Gesunde-KiTa-Ansätze in einzelnen Bundesländern) oder einem Netzwerk der Einrichtungen überantwortet werden. Auch hier sind Kooperationen eher im gleichen Setting zu sehen.

- **Typ C – Komplexer Ansatz:**

Hier werden kombinierte Ansätze verfolgt und daher mehrere Zielgruppen angesprochen, allerdings teilweise wenig partizipativ. Besonderes Merkmal ist die Integration mehrerer Kooperationspartner, durchaus auch aus anderen Settings bzw. auf kommunaler oder politischer Ebene. Vernetzung ist eine wesentliche Intention der Vorhaben dieses Typs. Damit gehen ein umfangreiches Projektmanagement und entsprechende Ressourcenbindungen einher.

- **Typ D – Integrativer Ansatz:**

Die Interventionen dieses Typs unterscheiden sich von jenen mit komplexen Ansätzen insbesondere hinsichtlich der sehr breiten Einbeziehung und aktiven Partizipation der Zielgruppen, neben den Erziehern und Erzieherinnen auch Eltern und Kinder. Kooperationen finden sowohl innerhalb wie außerhalb des Settings KiTa statt und sind zentraler Aspekt dieser Ansätze. Bei mehreren der analysierten Interventionen die zu diesem Typ gehören, ist die Kommune in die Entwicklung und/oder Durchführung eingebunden. Diese Vorhaben sind für eine nachhaltige und breite Umsetzung konzipiert.

- **Typ E – Ausrichtung auf spezifische Zielgruppen:**

Die Vorgehensweise ist bei dieser Interventionsfamilie auf besondere Anforderungen ausgelegt (z. B. Integrationskindertagesstätten, Interventionen für Kinder mit geistiger Behinderung oder Entwicklungsverzögerungen). Interventionen dieses Typs könnten auch den oben beschriebenen Typen B oder C zugeordnet werden, insofern sie deren Merkmale erfüllen. Sie richten sich aber nur an ein begrenztes Spektrum von Einrichtungen unter besonderen Durchführungsbedingungen (z. B. kleinere Gruppen) und bedürfen aus diesem Grund keiner Koordination durch Netze oder Zentralstelle.

Die Typenbildung für die Interventionen der Lebenswelt KiTa ähnelt jener auf Ebene des Gesamtprojekts und der Lebenswelten Familie, Schule und Kommune anhand der Komplexität der konzeptionellen Ansätze. Die Differenzierung gestattet Schlussfolgerungen hinsichtlich möglicher Verbesserungen der Versorgungssteuerung.

Tabelle 17: Ausprägungen der Typisierung in der Lebenswelt KiTa

Ausprägung	1	2	3	4	5
Themen/Inhalt	monothematisch	zwei Themen	multithematisch indirekt (drei Themen indirekt erwähnt)	multithematisch - drei Themen	multithematisch plus (drei oder mehr Themen)
Zielgruppe	nur eine andere/indirekte Zielgruppen (nicht Eltern, Erzieher, Kinder)	eine	zwei	drei	drei plus weitere
Projektträger	intern - nur Kita oder nur Einzelperson	extern - ein externer Träger	ein interner (Kita) und ein externer	zwei externe	mehrere interne und externe
Kooperationen	keine/keine Angabe	ein Partner	Partner auf gleicher Ebene	Partner auf verschiedenen Ebenen	viele Partner auf verschiedenen Ebenen
Großprojekte	eine Maßnahme in einer Kita	eine Maßnahme in mehreren Kitas	zwei Maßnahmen in einem Setting	mehrere Maßnahmen in zwei Settings	mehrere Maßnahmen in mehreren Settings
Partizipation	nur durch Projektträger	Partizipation von einer Zielgruppe	Partizipation von einer Zielgruppe in mehreren Phasen	Partizipation mehrerer Zielgruppen in einer Phase	Partizipation mehrerer Zielgruppen in mehreren Phasen
Nachhaltigkeit	keine Angabe	einmalig ohne Verlängerung	einmalig, Weiterführung geplant	bereits weitergeführt	vollständig in regulären Kita-Alltag integriert

4.3.3 Lebenswelt Schule

Bildung und Beschreibung von Methodentypen

Mit Blick auf die in der Lebenswelt Schule angewendeten Interventionsmethoden zeigt sich, dass annähernd zwei Drittel (62,5 %) zwei bis drei Typen von Methoden einsetzen, während lediglich 20 % der Interventionen ein großes Methodenspektrum (≥ 4 Methodentypen) nutzen (s. Tabelle 18).

Tabelle 18: Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Schule (n = 40)

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methode	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Häufigkeit	1	10	15	7	1	6
in Prozent*	3 %	25 %	38 %	18 %	23 %	15 %

* Die Prozentangaben sind gerundet.

Methodentypen: **Strukturentwicklung** = Organisationsentwicklung, Strukturentwicklung | **Schulung** = Peer Learning, Kurs/Training, Multiplikatoren-schulung | **Beratung** = Coaching-Ansatz, Beratungsangebot | **schriftliche Informationen** = Informationsmaterial, Schulungsmaterial | **sonstige Methoden**

Differenziert nach der Art der zum Einsatz kommenden Methoden, überwiegt bei den schulischen Interventionen mit zwei Methodentypen vor allem die Kombination aus Schulung und schriftlichen Informationen (90 % aller Nennungen bei zwei Methoden). Beim Methodentyp Schulung fallen insbesondere Kurse und Trainings ins Gewicht, die in 75 % aller Interventionen Verwendung finden. Hierzu zählen insbesondere auch die unterrichtsbezogenen Verhaltensprogramme, die in Form von standardisierten Trainings zumeist manualbasiert (also in Kombination mit Informationsmaterialien) umgesetzt werden.

Bei den Interventionen mit drei Methodentypen überwiegen zum einen Maßnahmen, die neben Schulung und schriftlichen Informationen zusätzlich beratungsbezogene Methoden einsetzen (n = 7, 47 %), zum anderen Angebote, die Schulung, Strukturentwicklung und Beratung miteinander kombinieren (n = 4, 27 %). Exemplarisch für letztere Methodenkombination lassen sich die Interventionen „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ sowie „Gesund Leben Lernen“ nennen. Bei beiden handelt es sich um Interventionen der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung, bei denen Schulen über einen festen Zeitraum in der Umsetzung selbst gewählter Veränderungsprozesse geschult und begleitet werden.

Auch bei den Interventionen, die vier Methodentypen miteinander kombinieren, überwiegen vor allem strukturelle, schulungs-, beratungs- und materialbezogene Ansätze, die Veränderungsprozesse in den Schulen anstoßen (z. B. Anschub.de).

Differenzierte Einblicke in die Charakteristika der schulischen Interventionen lassen sich Tabelle 19 entnehmen.

Strukturierungsgrad

Hinsichtlich des Strukturierungsgrades zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Interventionen sich an einen geschlossenen Teilnehmerkreis richtet. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der bereits berichteten Erkenntnis, dass 75 % aller Schulinterventionen auf Basis von Kursen und Trainings durchgeführt werden, die in der Regel einen festen Teilnehmerkreis voraussetzen. Bei den überwiegend offen strukturierten Schulinterventionen finden sich gehäuft jene, die im Sinne ganzheitlicher Ansätze auf die Entwicklung des Settings Schule abzielen (schulische Organisationsentwicklungsprojekte) und auf Basis der schulischen Bedarfe umgesetzt werden (d. h. keine thematische Eingrenzung aufweisen).

Tabelle 19: Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Schule

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Strukturierungsgrad (n = 35, Missings = 5)						
Überwiegend offen	-	2 (20 %)	4 (29 %)	2 (33 %)	1 (100 %)	1 (33 %)
Überwiegend geschlossen	1 (100 %)	8 (80 %)	7 (50 %)	4 (67 %)	-	2 (67 %)
Anteile etwa gleich	-	-	3 (21 %)	-	-	-
Gesamt	1 (100 %)	10 (100 %)	14 (100 %)	6 (100 %)	1 (100 %)	3 (100 %)
Theoretischer Ansatz ist beschrieben (n = 40)						
Ja	-	4 (40%)	2 (13%)	3 (43%)	1 (100%)	2 (33 %)
Nein	1 (100%)	6 (60%)	13 (87%)	4 (57%)	-	4 (67 %)
Gesamt	1 (100%)	10 (100%)	15 (100%)	7 (100%)	1 (100%)	6 (100 %)
Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) (n = 40)						
Ja	-	2 (20 %)	6 (40 %)	4 (57 %)	-	1 (17 %)
Nein	1 (100 %)	8 (80 %)	9 (60 %)	3 (43 %)	1 (100 %)	5 (83 %)
Gesamt	1 (100 %)	10 (100 %)	15 (100 %)	7 (100 %)	1 (100 %)	6 (100 %)
Mehrkomponentenansatz (n = 40)						
Ja (> 1 Komponente*)	1 (100 %)	8 (80 %)	12 (80 %)	6 (86 %)	1 (100 %)	4 (67 %)
Nein (= 1 Komponente*)	-	2 (20 %)	3 (20 %)	1 (14 %)	-	2 (33 %)
Gesamt	1 (100 %)	10 (100 %)	15 (100 %)	7 (100 %)	1 (100 %)	6 (100 %)

*Komponenten Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit
 Alle Prozentangaben sind gerundet.

Theoretische Fundierung

In 70 % der Interventionen mangelt es an einer theoretischen Fundierung. Differenziert nach der Anzahl der Methodentypen, lassen sich jedoch keine eindeutigen Muster zugunsten eines bestimmten Schwellenwertes erkennen.

Multimodaler Ansatz

Anders stellt sich dies bei dem Kriterium „Multimodaler Ansatz“ dar, der insbesondere bei Interventionen mit einem größeren Methodenspektrum häufiger vorzufinden ist. Mit anderen Worten: Interventionen, die in verschiedenen Settings durchgeführt und zentral koordiniert werden, weisen auch ein höheres Methodenspektrum auf. So liegt der Anteil an multimodalen Interventionen bei denjenigen Maßnahmen, die vier Methodentypen zeitgleich einsetzen, bei 57 %, während dieser bei Interventionen mit geringem Methodenspektrum (z. B. zwei Methodentypen) bei lediglich 20 % liegt.

Mehrkomponentenansatz

Schließlich gibt Tabelle 18 ebenfalls Auskunft über die Frage, mit welcher Häufigkeit schulische Interventionen mehr als einen relevanten Bedingungsfaktor des Übergewichts adressieren. Interventionen mit Mehrkomponentenansatz sind gegenüber thematisch singulären Interventionen deutlich häufiger vorzufinden. 80 % aller schulischen Interventionen fokussieren auf mehr als eine Komponente. Dabei ist der Anteil der mehrkomponentenorientierten Interventionen über alle Methodenkategorien so hoch, dass sich in Abhängigkeit von der Anzahl an Interventionsmethoden keine Muster erkennen lassen.

Clustertypen konzeptioneller Ansätze

Unter Rückgriff auf ausgewählte Variablen entsprechend des im Kapitel 2.2.3.2 beschriebenen methodischen Vorgehens wurden sieben Cluster bzw. übergeordnete Typen konzeptioneller Ansätze gewonnen (s. Kapitel 4.2.2).

Tabelle 20: Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Schule (n = 40)

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
Multimodaler Ansatz	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja
Mehrkomponentenansatz	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Anzahl an Methodentypen	> 3	≤ 3	> 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	> 3
Häufigkeit	1	6	4	7	1	17	4
in Prozent (%)	2,5	15,0	10,0	17,5	2,5	42,5	10,0

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singulär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz

Die Häufigkeiten für die einzelnen Typen schulischer Interventionen finden sich in Tabelle 20. Auffallend hierbei ist das häufige Vorkommen von Intervention des Typs 6 (themenübergreifend fokussierter Ansatz; n = 17, 42,5 %). Entsprechend den zugrunde liegenden Kriterien handelt es sich hierbei um einen Interventionstyp, der mehrere Komponenten des Übergewichts adres-

siert, jedoch ausschließlich im Schulsetting mit einem geringen bis mittleren Methodenspektrum (≤ 3) durchgeführt wird. Exemplarisch lassen sich die Interventionen „CHILT“, „Praevikus“, „ScienceKids“ oder auch „Gesund Leben Lernen“ für diesen Typ anführen.

Demgegenüber sind komplexe Interventionsansätze, wie sie im Typ 7 (komplex koordinierter Ansatz) beschrieben werden, lediglich bei vier Interventionen (10 %) zu finden. Hierunter finden sich Interventionen wie „Klasse 2000“ oder auch die von der BZgA umgesetzte Jugendaktion „GUT DRAUF“. Mit 15 % aller Schulinterventionen etwas häufiger findet sich hingegen der im Typ 2 abbildbare Gegenansatz zu Typ 7, der sich als singulär und fokussiert beschreiben lässt. Zu nennen sind hier z. B. der „aid-Ernährungsführerschein“ oder die Intervention „HealthyPEP“.

4.3.4 Lebenswelt Kommune

Die quantitativen Ergebnisse beziehen sich auf 65 für die Kommune charakterisierten Interventionen (Liste siehe Anhang, Anlage 2). Dies bedeutet, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt, jedoch können aus diesen Ergebnissen Hinweise und Trends erkannt werden, die im qualitativen Abschnitt näher beleuchtet werden.

Bildung und Beschreibung von Methodentypen

Zur Anzahl der genutzten Methodentypen ergab sich aus den vorliegenden Materialien eine Tendenz zu einer eher geringen Methodenanzahl (s. Tabelle 21). Eine bis drei Methodentypen sind etwa gleich stark vertreten (1 Methode $n=15$; 23,1 %; 2 Methoden $n=21$; 32,3 %; 3 Methoden $n=16$; 24,6 %). Vier oder mehr Methoden sind deutlich seltener (4 Methoden $n=7$; 10,8 %; 5 Methoden $n=2$; 3,1 %).

Tabelle 21: Anzahl der eingesetzten Methodentypen – Lebenswelt Kommune ($n=65$)

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methode	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Häufigkeit	15	21	16	7	2	4
in Prozent*	23 %	32 %	25 %	11 %	3 %	6 %

Die Prozentangaben sind gerundet.

Methodentypen: **Strukturentwicklung** = Organisationsentwicklung, Strukturentwicklung | **Schulung** = Peer Learning, Kurs/Training, Multiplikatorenschulung | **Beratung** = Coaching-Ansatz, Beratungsangebot | **schriftliche Informationen** = Informationsmaterial, Schulungsmaterial | **sonstige Methoden**

Die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass Strukturentwicklung und Organisationsentwicklung eine elementare Rolle in der Kommune spielen. Schulungen werden primär in Kombination mit Strukturentwicklung angewendet ($n=14$; 21,5 %). Aktionstage und Events kommen bei den hier analysierten Interventionen eher selten vor. Dieses Ergebnis kann im Widerspruch zu den Praxiserfahrungen in der Lebenswelt Kommune stehen.

Strukturentwicklung, Schulung, Beratung, schriftliche Informationen und sonstige Methoden wie Events oder Aktionen kommen in den unterschiedlichsten Kombinationen vor. Eine weitere

sonstige Methode, welche im kommunalen Bereich identifiziert werden konnte, ist die sogenannte Sinnesbildung, bei der Kinder in Übungen und Experimenten frische Lebensmittel mit ihren Sinnen erforschen und so ihre Geschmackswahrnehmung erweitern [1].

Die Charakteristika der kommunalen Interventionen lassen sich Tabelle 22 entnehmen.

Tabelle 22: Charakterisierung der Interventionen nach Anzahl der Methoden – Lebenswelt Kommune

	Eine Methode	Zwei Methoden	Drei Methoden	Vier Methoden	Fünf Methoden	Sonstige
Strukturierungsgrad (n = 65)						
Überwiegend offen	13 (87%)	12 (57%)	7 (44%)	4 (57%)	2 (100%)	2 (50%)
Überwiegend geschlossen	1 (7%)	5 (24%)	3 (19%)	1 (14%)	-	2 (50%)
Anteile etwa gleich	1 (7%)	4 (19%)	6 (38%)	2 (29%)	-	-
Gesamt	15 (100%)	21 (100%)	16 (100%)	7 (100%)	2 (100%)	4 (100%)
Theoretischer Ansatz ist beschrieben (n = 65)						
Ja	-	3 (30%)	5 (31%)	2 (29%)	-	-
Nein	15 (100%)	18 (86%)	11 (69%)	5 (71%)	2 (100%)	4 (100%)
Gesamt	15 (100%)	21 (100%)	16 (100%)	7 (100%)	2 (100%)	4 (100%)
Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) (n = 65)						
Ja	9 (60%)	16 (76%)	13 (81%)	4 (57%)	1 (50%)	2 (50%)
Nein	6 (40%)	5 (24%)	3 (19%)	3 (43%)	1 (50%)	2 (50%)
Gesamt	15 (100%)	21 (100%)	16 (100%)	7 (100%)	2 (100%)	4 (100%)
Mehrkomponentenansatz (n = 65)						
Ja (> 1 Komponente*)	13 (87%)	16 (76%)	15 (94%)	-	-	-
Nein (= 1 Komponente*)	2 (13%)	5 (24%)	1 (7%)	7 (100%)	2 (100%)	4 (100%)
Gesamt	15 (100%)	21 (100%)	16 (100%)	7 (100%)	1 (100%)	6 (100%)

*Komponenten Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit
Alle Prozentangaben sind gerundet.

Strukturierungsgrad

Die vorliegenden Angaben zum Strukturierungsgrad – also ob eine Intervention eher offen (mit wechselnder Teilnehmerschaft) oder geschlossen konzipiert ist – zeigen, dass kommunale Interventionen vorwiegend offen ausgerichtet sind (n = 40; 61,5 %). Prägnante Beispiele dafür sind offene Kinder- und Jugendtreffs mit Angeboten der Übergewichtsprävention. Sie sind in der Regel zusätzlich zu ihrem offenen Charakter niederschwellig konzipiert sowie genderspezifisch ausgerichtet.

Theoretische Fundierung

Die Datengrundlage zur theoretischen Fundierung von Interventionen war für das Setting Kommune wenig aussagekräftig. Hinweise auf theoretische Bezüge wurden lediglich in acht Interventionen gefunden. Die genannten theoretischen Ansätze lauten:

- Salutogenese (n = 4)
- Resilienzkonzept (n = 2)
- Martin Hafen „Grundlagen der systemischen Prävention – Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis“ (2007) (n = 1)
- Bindungstheorie (n = 1)

In einer der Interventionen mit salutogenetischer Ausrichtung wurden mit Kindergärten, Grundschulen und Gemeinwesenvereinen Bewegungskonzepte entwickelt und erprobt, die die Selbstbildungspotenziale, die selbsttätige Aneignung und angemessene Formen einer spielerischen Erkundung im Prozess der Selbst- und Weltkonstruktion in den Mittelpunkt stellen. Dies eröffnet Chancen zur Entwicklung von Kohärenzsinn und Kohärenzgefühl, die in salutogenetischen Ansätzen eine zentrale Rolle spielen.

Multimodaler Ansatz

Ein zentrales Merkmal von Präventionsansätzen im kommunalen Bereich sind lebensweltübergreifende und dabei zentral koordinierte Ansätze (multimodaler Ansatz). Über zwei Drittel (n = 45; 69,2 %) der betrachteten kommunalen Interventionen erfüllen dieses Kriterium. Dabei werden beispielsweise Maßnahmen zur Übergewichtsprävention in KiTa, Schule und Freizeitbereich verbunden und zentral koordiniert.

Mehrkomponentenansatz

Um einen Mehrkomponentenansatz handelt es sich, wenn mehr als eine Determinante des Kinderübergewichts (Ernährung, Bewegung, inaktiver Lebensstil, psychische Gesundheit) im Fokus einer Präventionsintervention steht. Die hier betrachteten Interventionen fokussieren überwiegend eine bis drei dieser Determinanten. Die Mehrfachkombination aus Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit und inaktiver Lebensstil kommt bei ein bis zwei kommunalen Interventionen vor. Drei Interventionen adressieren die Themen Bewegung, Ernährung und inaktiver Lebensstil.

Neben den Mehrfachkombinationen findet sich bei thematisch singulären Interventionen vor allem die Komponente Bewegung. Ernährung wird nur in einer Intervention als singuläre Kom-

ponente adressiert. Inaktiver Lebensstil und psychische Gesundheit kommen nur in Mehrfachkombinationen vor.

In der Lebenswelt Kommune gibt es eine Reihe weiterer Kriterien, die für die Beschreibung von Interventionen zur universellen Prävention von Kinderübergewicht eine bedeutende Rolle spielen. Sie werden im Folgenden besprochen.

Laufzeit

Ein wichtiges Kriterium ist die Laufzeit. Kommunale Interventionen, die mehrere Jahre laufen, zeichnen sich häufig durch Struktur- und Organisationsbildungsprozesse sowie weitere Verfestigungsmaßnahmen aus. Dies unterscheidet sie von den Lebenswelten Schule und KiTa, die meist nur zeitlich stark begrenzte Interventionen vorweisen.

Reichweite

Die für das Setting Kommune identifizierten Interventionen finden vorwiegend im Quartier und/oder auf Ebene einzelner Kommunen statt. Selten gibt es Interventionen, die den gesamten Landkreis einbeziehen bzw. landes- oder bundesweit durchgeführt werden. Solche eher seltener vertretenen Interventionen verfolgen häufig eine kommunale Gesamtstrategie mit klarer Verhältnisorientierung durch den Aufbau eines Präventionsnetzwerkes.

Einbettung in übergeordnete Strategien; Passung der Strategie der Intervention in eigene Trägerinstitution

Von den 65 betrachteten kommunalen Interventionen sind neun Teil einer übergeordneten Strategie, Policy oder eines übergeordneten Programms. Übergeordnete Programme können z. B. bundesweite Gesundheitsförderungsprogramme für Kinder und Jugendliche von Dienstleistern im Bereich der Jugend-, Sozial- und Bildungsarbeit sein. Kommunale Einheiten wie z. B. städtische Behörden wiederum können für übergeordnete Präventionsstrategien zuständig sein.

Adressatengerechte Zugangswege

Adressatengerechte Zugangswege werden bei 53,8 % (n = 35) der kommunalen Interventionen berücksichtigt, das heißt, dass z. B. Plakate, Ansprachen, Internetseiten oder AGs für die Zielgruppe passen. Dabei wird die Entwicklung der Kinder in Bezug auf ihre Lebenswelt und ihre Familie berücksichtigt.

Partizipation

Annähernd zwei Drittel (n = 41, 63,1 %) der kommunalen Interventionen beziehen die Adressaten in die Planung und Umsetzung ein. Es entsteht also eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Adressaten und Anbietern. Im besten Fall werden alle Beteiligten über die komplette Laufzeit in die Konzeption, Durchführung und Evaluation der Intervention miteinbezogen.

Interventionsplanung

Bei 73,1 % der kommunalen Interventionen (n = 49) werden die lokalen Fähigkeiten und Bedürfnislagen bei der Konzeption berücksichtigt sowie mehrere Stakeholder einbezogen.

Lokale Koordinierung

Bei der Konzeption der Intervention für mehrere Settings ist eine lokale Koordinierung bei rund drei Viertel (n = 51, 76,1 %) der Interventionen gewährleistet. Bestehende Strukturen können so systemübergreifend verbunden, einzelne Maßnahmen in einer kommunalen Gesamtstrategie gebündelt und Lücken in der Unterstützungsstruktur durch neue Angebote geschlossen werden.

Kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen

Aus den quantitativen Daten geht hervor, dass 34,3 % (n = 23) der kommunalen Interventionen lokale Rahmenbedingungen, wie demografische, strukturelle, geografische und kulturelle Aspekte kontinuierlich an ihre Intervention anpassen. Dabei sind es vor allem strukturelle und kulturelle Aspekte, die bei der Konzeptionierung der Interventionen einbezogen werden. Dies sind in der Regel Interventionen, die eine lokal-spezifische Ausprägung der Gemeinwesenarbeit fokussieren.

Gestaltung/Organisation von Community Food Environment

Bei der Gestaltung bzw. Organisation von Community Food Environment geht es z. B. um das Anbieten gesunder Snacks, Preisungen von bestimmten Lebensmitteln oder um Hinweise auf Verpackungen zu besonders gesunden oder ungesunden Lebensmitteln. Von den betrachteten kommunalen Interventionen gestalten 10,4 % (n = 7) Community Food Environment.

Clustertypen konzeptioneller Ansätze

Anhand der durchgeführten Clusteranalyse konnten für das Setting Kommune sechs Typen identifiziert werden (Typ 1 tritt nicht auf). Tabelle 23 zeigt die Eigenschaften sowie die Häufigkeiten dieser Typen.

Tabelle 23: Typen konzeptioneller Ansätze in der Lebenswelt Kommune (n = 65)

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
Multimodaler Ansatz	ja	nein	nein	ja	ja	nein	ja
Mehrkomponentenansatz	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Anzahl an Methodentypen	> 3	≤ 3	> 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	> 3
Häufigkeit	0	2	4	34	6	14	5
in Prozent (%)	0	3,1	6,2	52,3	9,2	21,5	7,7

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singulär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz

Der häufigste Ansatz zur Prävention von Übergewicht in der Kommune ist Typ 4 (n=34, 52,3%). Dieser Typ zeichnet sich durch den Einbezug mehrerer Settings mit zentraler Koordination, der Fokussierung auf mehrere Komponenten der Übergewichtsprävention (z. B. Bewegung und Ernährung) und weniger als drei Methodentypen aus. Zu diesem Typ zählen viele komplexe Interventionen, diese beinhalten häufig eine Verknüpfung von Ernährungs- und Bewegungsangeboten oder die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit. Die in diesem Typ vorkommende zentrale Koordination kann z. B. durch eine zentrale Präventionsbeauftragte gewährleistet sein.

Typ 7 ist der komplexeste Typ. Dieser ist zentral koordiniert und findet in mehreren Settings statt. Er fokussiert mehr als eine Determinante des Kinderübergewichts und wendet mehr als drei Methoden an. Darüber hinaus zeichnet er sich häufig durch verhältnispräventive Maßnahmen aus, die einen Aufbau dauerhafter Strukturen verfolgen.

Qualitative Ergebnisse – Kommunale Besonderheiten und kommunal-spezifische Kontextfaktoren

Die hier genannten quantitativen Ergebnisse geben einen ersten Überblick über die Beschaffenheit kommunaler Interventionen zur Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Ergebnisse decken sich an vielen Stellen mit dem Wissen aus dem Feld, so z. B. bei den Ergebnissen zur Struktur- und Organisationsentwicklung. Diese Prozesse spielen häufig tatsächlich eine entscheidende Rolle bei kommunalen Interventionen. Die rein quantitative Betrachtung der Projekte, Maßnahmen, Angebote und Programme stößt jedoch an ihre Grenzen, wie z. B. bei dem Kriterium „Anzahl der Methoden“ gesehen werden kann. Hierzu können leider, wie auch an anderen Stellen, lediglich Aussagen anhand der vorliegenden Materialien gemacht werden. Aus diesem Grund ist es für das Setting Kommune sinnvoll, sich die Interventionen auch unter qualitativen Gesichtspunkten anzusehen, um zum einen kommunale Besonderheiten zu erfassen und zum anderen weitere Hinweise auf Kontextfaktoren für konzeptionelle Ansätze der Übergewichtsprävention in der Lebenswelt Kommune zu erhalten.

Zieht man zur Analyse und Generierung von weiteren Informationen die verfügbaren Beschreibungen der 65 ausgewählten Interventionen (Programme, Projekte, Maßnahmen, Angebote) heran, so erhält man eine Reihe von wichtigen Informationen, die sich aus der rein quantitativen Betrachtung der Ergebnisse nicht erschließen. Wenn wir von „Kommune“ sprechen, dann meinen wir auch die Stadt, den Bezirk, den Stadtteil, das Quartier, eine ländliche Gemeinde, eine Region oder einen anderweitig von den Akteuren und Akteurinnen definierten sozialen Raum für Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Aussage ist wichtig, um zu verstehen, dass Kommune als Lebenswelt ein Überbegriff für unterschiedliche soziale Räume ist. Die kommunale Intervention schlechthin gibt es nicht: Der Raum, der fokussiert wird, wird im Vorfeld einer Intervention immer von den Akteuren und Akteurinnen selbst definiert und festgelegt.

Die kommunalen Besonderheiten der identifizierten Interventionen weisen auf spezifische kommunale Kontextfaktoren hin, auf strategische und planerische Vorgehensweisen im Sinne normativer Vorgaben und Anforderungen sowie auf integrierte Handlungsansätze, wie sie nur auf kommunaler bzw. sozialräumlicher Ebene bestehen.

Im Folgenden sollen diese benannt und kurz beschrieben werden.

Kommunale und regionale räumliche Einheiten

Die Ergebnisse der Recherchen zeigen, dass sich kommunale Interventionen unterschiedlich auf die räumlichen Einheiten verteilen. Die meisten Interventionen finden sich in den Stadtstaaten, ihren Stadtteilen und Quartieren. Dann folgen die Interventionen in sogenannten Metropolregionen bzw. in typischen deutschen Großstädten über 100.000 Einwohner. Immer weniger werden die Interventionen in ländlichen Regionen oder Regionen mit besonderer Lage (Grenzregionen, Insellage usw.). Allerdings finden sich auch in Landkreisen (wenn auch in wenigen) komplexe Interventionsansätze im Sinne einer kommunalen Gesamtstrategie. Der Raum, die Region sowie die räumliche Bezugsgröße sind besonders wichtig, weil sie auch bestimmte soziokulturelle, professionelle und politische Kontextfaktoren implizieren bzw. mitdenken lassen. Eine besondere Rolle nehmen hier die Stadtstaaten und großen Großstädte ein. Hier scheinen „Skills, Resources, Structures, Ideas and Research“ so dicht beisammen zu liegen, dass vielfältige Ansätze entwickelt und umgesetzt werden können. Diese genannten Faktoren stehen in ländlichen Regionen (Landkreise, Gemeinden usw.) nicht in dem Maße als Ressourcen zur Verfügung.

Verschiedenartigkeit kommunaler Selbstverwaltung und ihre Spielräume

Für den konzeptionellen Ansatz ist es wichtig, welche kommunalpolitischen Entscheidungsspielräume bestehen. Das kann vor dem Hintergrund der in Deutschland gesetzlich geregelten kommunalen Selbstverwaltung von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich sein und bestimmt im Wesentlichen die Herangehensweise an Entwicklung und Implementation kommunaler sozialräumlicher Interventionen.

Integration des Handlungsfeldes „Prävention von Kinderübergewicht“ in andere laufende kommunale Policy-Programme

Auf Ebene der konzeptionellen Ansätze im kommunalen Sozialraum ist weiterhin hervorzuheben, dass es Ansätze gibt, die strategisch planerisch vorgehen und das Handlungsfeld der Prävention von Kinderübergewicht in das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention von anderen laufenden kommunalen sozialräumlich-orientierten Programmen integrieren. Das ist beispielsweise eine Option bei den spezifischen Policy-Programmen (von Bund, Ländern und Kommunen) der sozialen Stadtteil- und Quartiersentwicklung, aber auch bei der regionalen Entwicklung oder bei den kommunal aufgestellten Frühen Hilfen.

Integration des Handlungsfeldes „Prävention von Kinderübergewicht“ in kommunale Regelaufgaben innerhalb der Gemeinwesenarbeit

Eine weitere Ebene der Realisierung des Handlungsfeldes Prävention von Kinderübergewicht besteht in der Integration in Bereiche der sozialen Arbeit, wie in die offene Kinder- und Jugendarbeit, oder in Programme, Konzepte und Regelaufgaben in der lokal-spezifischen Gemeinwesenarbeit. Hier scheinen ähnliche Vorteile für die Akteure und Akteurinnen zu entstehen wie in der oben genannten Integration in Stadtteilentwicklungsprogramme. Vorhandene Ressourcen, Strukturen und Zugänge können für Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden, Integration ist möglich und umsetzbar.

Wissenschafts-Praxis-Kooperation und Begleitforschung

Nicht allzu häufig werden kommunalen Interventionen von Anfang an durch wissenschaftliche Begleitforschung bei Entwicklung und Umsetzung unterstützt. Die Fördermittelgebenden bezeichnen solche Ansätze als Wissenschafts-Praxis-Kooperation (BMBF-Begriff). Im Grunde handelt es sich dann um experimentelle Interventionsstudien. Eine weitere integrative Kooperation, die in die hier angesprochene Kategorie fällt, wird mit dem Begriff Community-Campus-Partnership beschrieben. Gemeint ist die wissenschaftliche Unterstützung durch lokale Hochschulen mit studentischen Projekten, Abschlussarbeiten und Workshops.

Aufbau und Nutzung einer integrierten kommunalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung

Die Entwicklung einer solchen Berichterstattung steckt aus Mangel an politischem Willen und Ressourcen noch immer in den Kinderschuhen fest. Vorangetrieben wird sie kaum. Unter den 65 in der Lebenswelt Kommune beschriebenen Interventionen finden sich deshalb nur wenige, die eine solche Berichterstattung nutzen. Die wenigen Beispiele zeigen aber, wie Akteure und Akteurinnen den normativen Anspruch des Public Health Action Cycle für die Nutzung von Daten erfüllen können. Leider haben nur wenige Kommunen in Deutschland diese Ressource zu bieten.

Kombination der kommunal-spezifischen Kontextfaktoren

Alle hier genannten Faktoren der kommunalen Besonderheiten und der kommunal-spezifischen Kontextfaktoren können in einer spezifischen Kombination auftreten. Bei den für die Lebenswelt Kommune identifizierten komplexen Interventionen kommt dies in unterschiedlichen Phasen ihrer Entwicklung und Umsetzung vor.

Zu diskutieren sind die Umsetzungsperspektiven für die hier genannten kommunalen Aspekte. Auf Ebene einzelner Interventionen sind häufig – stärker kleinteilig und interventionsspezifisch betrachtet – Lücken und Handlungsfelder zu finden (s. Kapitel 5.4.4). Diese stellen wesentliche Bedingungen von Planung, Entwicklung und erfolgreicher Implementation eines Programmes, eines Projektes, einer Maßnahme und/oder eines Angebotes dar. Diskutiert werden muss auch, was in einer Kommune mit ihren unterschiedlichen räumlichen Einheiten, unterschiedlichen adressatenspezifischen Einrichtungen der Versorgung, der Bildung und der Kinder- und Jugendhilfe sowie professionellen Akteursstrukturen speziell für die Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen geleistet werden kann. Herauszuarbeiten ist, was das Spezifische sein kann, das gerade Kommunen für bestimmte Aufgaben prädestiniert. Hierzu werden an späterer Stelle Handlungsempfehlungen erläutert (s. Kapitel 8.2.4).

4.4 Ergebnisse der Online-Befragung

Nach Beendigung der Befragung sowie der anschließenden Plausibilitätsprüfung konnten insgesamt 185 Interventionen in der Auswertung berücksichtigt werden, was einer Rücklaufquote von 40,8 % entspricht. Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang ausgewählter Kategorien vorgestellt. Die Auswertung der Online-Befragung erfolgt separat zu den von der Projektgruppe

selbst erfassten Daten, um eine Vermischung von Selbst- und Fremdperspektive zu verhindern.

Adressierte Lebenswelten

Mit Blick auf die Lebenswelten wurden die Anbietenden gebeten, anzugeben, in welchen Settings die von ihnen angebotene Intervention durchgeführt wird. Um die Anzahl an zeitgleich adressierten Lebenswelten abbilden zu können, wurde ein Summenwert für die Lebenswelten gebildet, der eine Spannweite von ein bis vier Settings einnehmen kann. Für 167 Interventionen liegen entsprechende Informationen vor. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Mehrzahl der Interventionen (72 %) ein spezifisches Setting adressiert, während 13 % in zwei Settings, etwa 8 % in drei Settings und nur etwa 7 % der Interventionen in allen vier Settings zeitgleich durchgeführt wird.

Methoden

Analog zum Kriterienkatalog wurden auch in der Online-Befragung die unterschiedlichen Interventionsmethoden (Indikator B_1 des Kriterienkatalogs) erfragt. Mit Blick auf die Einzelmethoden werden Informationsmaterialien (63,8 %), gefolgt vom Kurs/Training (57,8 %) sowie Beratungsangebot (54,1 %) und Multiplikatoren-schulung (54,1 %) am häufigsten eingesetzt. Deutlich seltener angewendet werden hingegen Coaching-Ansätze (18,9 %) oder Methoden der Strukturentwicklung (10,3 %). Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die neun Einzelmethoden zu fünf Methodentypen verdichtet:

1. Strukturentwicklung – bestehend aus Organisations- und Strukturentwicklung,
2. Schulung – bestehend aus Peer Learning, Kurs/Training und Multiplikatoren-schulung,
3. Beratung – bestehend aus Coaching-Ansatz und Beratungsangebot,
4. Schriftliche Informationen – bestehend aus Informations- und Schulungsmaterial,
5. Sonstiges – bestehend aus allen sonstigen Methoden.

Die prozentualen Häufigkeiten dieser Methodentypen sind in Tabelle 24 aufgeführt. Demnach werden Schulungsmethoden (sicherlich aufgrund der hohen Anzahl an Kursen/Trainings) mit 84,9 % (n = 157) am häufigsten eingesetzt. Demgegenüber sind auch hier Methoden aus dem Bereich der Struktur- und Organisationsentwicklung deutlich seltener vorzufinden.

Tabelle 24: Häufigkeit eingesetzter Interventionsmethoden (n = 185)

Methodentyp	Nennung (n)	Prozentuale Häufigkeit
Strukturentwicklung	44	23,8 %
Schulung	157	84,9 %
Beratung	111	60,0 %
Schriftliche Informationen	118	63,8 %
Sonstige Methoden	38	20,5 %

Um zu prüfen, wie viele Methoden zeitgleich durch die Interventionen eingesetzt werden, wurde auch hier ein Summenscore gebildet, der eine Spannweite von eine bis fünf Methodentypen (inklusive Sonstiges) einnehmen kann. Der Mittelwert beträgt hier 2,53, d. h. Interventionen der Übergewichtsprävention nutzen durchschnittlich 2,53 Methodentypen. Dabei setzen etwa 48 % ein bis zwei Methodentypen ein, während 31 % drei Methoden und etwa 21 % vier oder fünf Methodentypen anwenden.

Strukturierungsgrad

Der Strukturierungsgrad gibt an, inwiefern sich die Intervention an einen geschlossenen (d. h. fest definierten) oder offenen (d. h. wechselnden) Teilnehmerkreis richtet. Die Angaben der Befragten weisen auf ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis von offenen (50,2 %) und geschlossenen Interventionen (49,2 %) hin. Differenziert nach primärem Bezugssetting lässt sich feststellen, dass die eher organisationalen Settings wie KiTa und Schule häufiger Interventionen für einen geschlossenen Teilnehmerkreis anbieten (KiTa 52,3 %; Schule 57,6 %), während sich familiäre und kommunale Interventionen häufiger an einen offenen, d. h. wechselnden Teilnehmerkreis richten.

Wird zusätzlich das Kriterium „Interventionsmethodik“ herangezogen, so wird deutlich, dass Interventionen mit einem offenen Strukturierungsgrad gegenüber den geschlossenen Interventionen signifikant mehr Interventionsmethoden einsetzen (offen: 2,71; geschlossen: 2,31; $p < 0,05$). Auch hinsichtlich der Art der Interventionsmethoden lassen sich erste Unterschiede feststellen: Während struktur- und beratungsbasierte Interventionsmethoden häufiger bei Interventionen mit offenem Strukturierungsgrad eingesetzt werden (Struktur: 67,4 % versus 32,6 %; Beratung: 58,9 % versus 41,1 %), finden sich schulungsbasierte Methoden etwas häufiger bei den geschlossenen Interventionen (52,3 % versus 47,7 %). Letztere Befunde dürften darauf zurückzuführen sein, dass diese Methodenkatgorie auch Trainings und Kurse subsummiert, die zumeist einen festen Teilnehmerkreis voraussetzen.

Theoretische Fundierung

Die Teilnehmenden an der Befragung wurden um eine Einschätzung gebeten, inwieweit ihre Intervention theoretisch fundiert ist. Den Angaben zufolge weisen etwa drei Viertel aller Interventionen (74 %) eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung auf, wobei sich zwischen den einzelnen Settings geringfügige, jedoch berichtenswerte Unterschiede finden. So ist der Anteil der Interventionen mit theoretischer Fundierung in Kommunen (80 %) und Schulen (76,7 %) am größten, während dieser Prozentsatz in KiTas (71,7 %) und Familien (68,8 %) etwas geringer ausfällt.

Neben der subjektiven Einschätzung, ob die eigene Intervention theoretisch fundiert ist, wurden die Anbietenden um die Nennung der zugrundeliegenden Theorien und Modelle gebeten. Eine erste Sichtung der Angaben ergab ein äußerst heterogenes Bild, wobei sich die Nennungen in drei verschiedene Typen klassifizieren lassen. Zum einen rekurrieren Interventionsanbietenden oftmals auf sehr **allgemeine konzeptionelle Bezüge**, indem sie auf übergreifende Theorien wie das der Salutogenese oder auf sozialökologische Ansätze verweisen. Diese Bezüge blei-

ben jedoch allgemein und es wird nicht konkretisiert, inwiefern und in welcher Tiefe die Intervention auf diesen Theorien basiert. Zum anderen wird von den Interventionsanbietenden regelmäßig auf Leitlinien oder Empfehlungen zurückgegriffen, welche keine Theorien darstellen, sondern allenfalls die Funktion der **Hilfstheorie** erfüllen. Hierzu zählen exemplarisch die aid-Ernährungspyramide, Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung oder Bewegungsempfehlungen. Schließlich lassen sich in einer dritten Kategorie **spezifische Theorien** nennen, die zum Teil im Sinne einer Interventionstheorie als Entwicklungsbasis der Interventionen angeführt werden. Zu nennen sind hier exemplarisch Gesundheitsverhaltensmodelle oder die sozial-kognitive Lerntheorie.

Komponenten

Im Rahmen der Online-Befragung wurde erfasst, welche Determinanten des Übergewichts durch die Interventionen fokussiert werden. Im Gegensatz zum Kriterienkatalog wurden an dieser Stelle lediglich drei Hauptkomponenten berücksichtigt: (1) Ernährung, (2) Bewegung (einschließlich der Prävention von Inaktivität) sowie (3) psychische Gesundheit. Über alle Settings zeigt sich, dass ernährungsbezogene Themen mit 83 % und bewegungsbezogene Themen mit 72 % am häufigsten aufgegriffen werden (s. Tabelle 25). Demgegenüber finden sich bei etwa der Hälfte aller Interventionen der Online-Befragung auch Aspekte der psychischen Gesundheit.

Tabelle 25: Thematische Komponenten der Interventionen nach Setting (n = 185), Häufigkeit in %

	Familie	KiTa	Schule	Kommune	Gesamt
Ernährung	85,4	82,1	85,1	80,0	83,2
Bewegung	85,4	71,6	74,7	82,2	71,9
Psychische Gesundheit	54,2	50,7	42,5	51,2	48,6

Aufgeschlüsselt nach Setting lassen sich insbesondere für die Komponenten Bewegung und psychische Gesundheit Unterschiede feststellen, und zwar derart, dass bewegungsbezogene Themen am häufigsten in familiären und kommunalen Lebenswelten fokussiert und Themen der psychischen Gesundheit am seltensten in der Schule umgesetzt werden.

Schließlich wurde auch hier ein Summenscore gebildet, um zu ermitteln, wie viele Komponenten in der einzelnen Intervention berücksichtigt werden. Hier ergab sich ein Mittelwert von 2,1 Komponenten, die zeitgleich durch die Interventionen fokussiert werden. Dabei berücksichtigen familiäre Interventionen im Vergleich zu den anderen Settings durchschnittlich etwas mehr Komponenten (M = 2,25). Während sich in Bezug auf den Strukturierungsgrad keine Unterschiede in der Anzahl an Komponenten finden, zeigt sich, dass Interventionen, die strukturelle Methoden einsetzen (Struktur- und Organisationsentwicklung) tendenziell auch mehr Komponenten fokussieren (M = 2,19).

4.5 Lückenanalyse konzeptioneller Ansätze – Generische Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die generischen Lücken bzw. Handlungsfelder oder Entwicklungspotenziale, die während der Identifikation von konzeptionellen Ansätzen festgestellt wurden, beschrieben.⁷

Beschreibbarkeit der Interventionsansätze

Bei der Recherche und Analyse von Interventionen der Übergewichtsprävention fiel auf, dass diese über die verschiedenen Datenbanken zwar gut zu finden sind, sie sich anhand des verfügbaren Datenmaterials jedoch oft nur eingeschränkt charakterisieren ließen. Als problematisch erwies es sich oftmals, das benötigte Material zu bekommen, das entweder frei zugänglich ist oder von den Anbietern auf Anforderung zur Verfügung gestellt wurde. Interventionen, die umfangreiche Materialpakete (bestehend aus Ordnern, Manualen, Evaluationsberichten u. a.) lieferten, standen andere gegenüber, deren Materialbasis aus Flyern oder Kurzinformativbögen bestand. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der Interventionslandschaft der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention um ein kompetitives Feld handelt, nicht zuletzt aufgrund begrenzter Ressourcen und einer dadurch bedingten wettbewerbsorientierten Allokation. So gab es verschiedene Fälle, bei denen trotz mehrfacher Nachfrage keine Materialien zur Verfügung gestellt wurden. Ein weiterer hiermit in Zusammenhang stehender Aspekt betrifft die Informationstiefe der Materialien. Auch hier ließ sich eine große Heterogenität beobachten. Zu vielen Kriterien des Kriterienkatalogs ließen sich in den Materialien keine ausreichenden Informationen finden. Dies betrifft insbesondere Aussagen zur theoretischen Fundierung, der Adressatendifferenzierung (z. B. Gender, Vielfalt und Diversität) und den Bedingungsfaktoren des Übergewichts (Dimension H des Kriterienkatalogs). Zusammenfassend ergibt sich hieraus eine bedeutsame Informationslücke, einerseits auf Ebene der Informationsverfügbarkeit/-zugänglichkeit, andererseits auf Ebene der Informationstiefe.

Hierzu ist anzumerken, dass die Informationsdefizite zusätzlich mit methodischen Herausforderungen einhergingen. So war bei mangelnder Informationslage zu entscheiden, ob für die fehlende Beschreibung eines Kriteriums die Antwortoption „nein“ oder „keine Angabe“ zu vergeben war. Eine „falsch-negative Bewertung“ (fälschliche Auswahl der Option „nein“) führt zu einer möglichen Unterschätzung der Komplexität von Interventionen, während die Auswahl der Option „keine Angabe“ mit einem systematischen Informationsdefizit einhergeht.

Verbreitung von Interventionsansätzen

Erste Hinweise zur Verbreitung von Interventionsansätzen zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter lassen sich den Ergebnissen zur Reichweite entnehmen. Dieses Kriterium gibt Auskunft über die sozialräumlichen Ebenen der Interventionen. Die Ergebnisse zeigen, dass 28 % der eingeschlossenen Interventionen auf Ebene des Quartiers/Stadtteils und

⁷ Aufgrund personeller Änderungen im Projektverlauf wurden die Daten für die Lebenswelt KiTa nicht mit in die generische Auswertung der Daten übernommen.

42 % auf kommunaler Ebene umgesetzt werden. Hingegen finden sich mit 18 % deutlich weniger Interventionen, die auf Länderebene und lediglich 11 %, die bundesweit umgesetzt werden. Insgesamt sind kleinräumig orientierte Interventionen im Vergleich zu den überregionalen Maßnahmen deutlich häufiger zu finden. Angesichts des Anspruchs, möglichst spezifisch auf die lokalen Bedürfnisse zugeschnittene Interventionen anzubieten, ist diese Tendenz durchaus positiv zu werten. Allerdings haben Interventionen mit einer nationalen Reichweite den Vorteil, dass sie deutlich mehr Menschen erreichen können, womit die Wahrscheinlichkeit populationsbezogener Effekte steigt. Demzufolge lässt sich der geringe Anteil nationaler Interventionen im Sinne einer Lücke interpretieren.

Im Kontext der Verbreitung von Interventionsansätzen von Bedeutung ist auch die Frage der Adressatenerreichung. In den verfügbaren Materialien finden sich kaum Informationen, die eine systematische Beantwortung dieser Frage zulassen. Es ist also nicht oder allenfalls für einzelne Interventionen möglich, Aussagen über die durch die Intervention erreichten Kinder und Jugendlichen zu treffen. Dadurch sind Selektionseffekte nicht auszuschließen, also die Nicht-Erreichbarkeit einzelner Adressatengruppen (z. B. vulnerable Gruppen). Hiermit ist eine substantielle generische Lücke erkannt. Geschlossen werden kann sie durch geeignete Berichts- und Monitoring-Systeme.

Typen konzeptioneller Ansätze

Wie in Kapitel 4.2.2 dargestellt, ließen sich clusteranalytisch insgesamt sieben Typen konzeptioneller Ansätze ermitteln, wobei Typ 2 (singulär fokussierter Ansatz) von geringer Komplexität und Typ 7 (komplex koordinierter Ansatz) von einem hohen Komplexitätsgrad geprägt sind. Diese beiden beschreiben zwei Extremformen. Alle anderen Typen stellen Mischformen dar. Entgegen den in der Literatur oftmals geforderten komplexen Interventionsansätzen weisen die SkAP-Ergebnisse darauf hin, dass lediglich 7 % ($n = 10$) aller charakterisierten Interventionen dem komplexen Typ 7 zuzuordnen sind. Auch wenn sich hiermit erste Hinweise auf eine Lücke ergeben, so sind bei der Interpretation der Ergebnisse mindestens zwei Aspekte zu berücksichtigen:

1. Zum einen sind in die clusteranalytische Bestimmung der Typen nur ausgewählte Kriterien aufgenommen worden, die nur einen Ausschnitt komplexer Interventionen abbilden können, nicht aber den Anspruch erheben, die Komplexität in ihrer Vielfalt zu erfassen.
2. Zum anderen ist zu beachten, dass in die eigentliche Charakterisierung nur ein Teil der ursprünglich identifizierten Interventionen eingegangen ist. Auch wenn die Auswahl der Interventionen mit dem Ziel der Abdeckung einer größtmöglichen Heterogenität und Spreizung erfolgte, so sind die hier berichteten Ergebnisse nicht repräsentativ und ein „Selektions-Bias“ kann nicht ausgeschlossen werden.

Während Interventionen des komplexen Typs (Typ 7) selten vorzufinden sind, weisen die Ergebnisse auf ein hohes Vorkommen von Interventionen des Typs 4 (methodenfokussiert komplexer Ansatz) und des Typs 6 (multithematisch fokussierter Ansatz) (s. Tabelle 12). Beide Typen fokussieren verschiedene Determinanten des Übergewichts und werden somit der Forderung nach einer themenübergreifenden Ausrichtung gerecht. Im Gegensatz zu den methodenfokussiert-komplexen Interventionen (Typ 4) zeichnen sich Interventionen des Typs 6 (multi-

thematisch fokussiert) durch eine geringe Komplexität aus. Aufgrund seiner Häufigkeit (n = 46; 32,6 %) wäre in einem weiteren Analyseschritt zu prüfen, ob dieser Typ mit bestimmten Lücken verbunden ist (z. B. hinsichtlich der Wirksamkeit oder der nachhaltigen Implementation).

Lücken in Bezug auf inhaltliche und methodische Anforderungen an die Übergewichtsprävention

Mit der Entwicklung des Kriterienkatalogs wurden wichtige Anforderungen formuliert, die von Interventionen der Prävention von Übergewicht berücksichtigt werden sollten. Auf Basis der in Kapitel 4.2.2 dargestellten Grundtypen konzeptioneller Ansätze der Übergewichtsprävention wurden in einem weiteren Schritt weitere Kriterien des Kriterienkatalogs herangezogen und mit den Grundtypen kreuztabelliert. Ziel dieses Analyse-Schrittes war die differenzierte Beschreibung der Typen anhand von qualitativ orientierten Kriterien der Planungs- und Konzeptqualität, um hierüber Stärken und Schwächen (Lücken) sowie Entwicklungspotenziale abzuleiten. Die generische Betrachtung zeigt für eine Reihe dieser Anforderungen einen unzureichenden Umsetzungsgrad. Dieser ist im Sinne einer Lücke zu berichten.

Die Ergebnisse im Einzelnen stellen sich wie folgt dar:

Theoretische Fundierung

Lediglich 40 % (n = 56) aller eingeschlossenen und charakterisierten Interventionen basieren auf einem theoretischen Konzept, während für 50 % keine Angabe getätigt werden konnte und für weitere 10 % keine Fundierung vorzufinden war. Im Hinblick auf die Benennung und Beschreibung konkreter theoretischer Modelle finden sich für lediglich 22 % (n = 31) entsprechende Angaben.

Gender und Vielfalt/Diversität

An dieser Stelle zeigt sich, dass lediglich etwas mehr als ein Viertel der einbezogenen Interventionen eine geschlechtergerechte Ausrichtung aufweisen und nur 3 % zumindest teilweise geschlechtsbezogen differenzieren. Weitere Aspekte von Verschiedenartigkeit (Vielfalt/Diversität) werden von 42 % der Interventionen systematisch berücksichtigt.

Zielsystem

Während die überwiegende Mehrheit der eingeschlossenen Interventionen (92 %) Hauptziele aufweist, finden sich lediglich in 45 % der Interventionen differenzierte Teilziele. Dies ist insbesondere angesichts der Überprüfung der Zielerreichung im Rahmen der Evaluation eine bedeutsame Lücke.

Partizipation

Obgleich Partizipation ein wesentliches Leitprinzip der Gesundheitsförderung und universellen Prävention darstellt, weist lediglich die Hälfte aller analysierten Interventionen eine partizipative Grundausrichtung auf. Differenziertere Befunde finden sich in den Ergebnissen der Online-Befragung, bei der das Ausmaß an Partizipation in unterschiedlichen Phasen der Intervention auf einer fünfstufigen Skala (1 = geringes Partizipationsausmaß bis 5 = hohes Partizipationsausmaß) erfasst wurde. Den Ergebnissen zufolge ist die Adressatenbeteiligung in der Phase

der Interventionsentwicklung am wenigsten ausgeprägt, während das Ausmaß an Partizipation im Rahmen der Durchführung deutlich höher ist.

Gesundheitliche Chancengleichheit

In etwas weniger als der Hälfte aller Interventionen (48,2 %) wird die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen explizit als eine Zieldimension genannt. Eng hiermit verknüpft ist die ethisch problematische Gefahr von Stigmatisierung bei Übergewicht und hiermit assoziierten Aspekten. Bei lediglich 18 % aller in der Analyse berücksichtigten Interventionen werden Aspekte von Stigmatisierung explizit aufgegriffen und durch die Intervention adressiert.

Lücken in Bezug auf Bedingungsfaktoren des Kinderübergewichts

Neben den im Kriterienkatalog verankerten inhaltlichen und methodischen Anforderungen wurden zur Lückenbestimmung die durch das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ermittelten Bedingungsfaktoren des Übergewichts im Kindes- und Jugendalter herangezogen. Diese konnten für 138 Interventionen aus den Lebenswelten Familie, Schule und Kommune ermittelt werden.

Tabelle 26: Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – lebensweltübergreifend (Mehrfachantworten möglich, n = 138)

	Häufigkeit	in Prozent (%)
Bewegung, davon:	111	80,4
H_1.1 Aerobe Belastung (Ausdauersport)	33	23,9
H_1.2 Intensität der sportlichen Aktivität	62	44,9
H_2.1 Bildschirmzeit	17	12,3
Ernährung, davon:	108	78,3
H_3.1 Verzehr zuckergesüßter Getränke	38	27,5
H_3.2 Obst- und Gemüseverzehr	49	35,5
H_3.3 Energie- und Nährstoffzufuhr	23	16,7
H_4.1 Außer-Haus-Mahlzeiten	3	2,2
H_4.2 Gemeinsame Familienmahlzeiten	15	10,9
H_4.3 Einnahme eines Frühstücks	31	22,5
Weitere Determinanten:		
H_7.1 Schlafdauer	11	8,0
H_7.2 Sozioökonomische Benachteiligung	77	55,8

Mit etwa jeweils 80 % fokussierten die eingeschlossenen Interventionen am häufigsten die Determinanten Bewegung oder Ernährung allgemein, während sich für etwa 56 % der Interventionen Hinweise auf eine Berücksichtigung sozioökonomischer Benachteiligung finden ließen (s. Tabelle 26). Äußerst selten wurde hingegen die Förderung der Schlafdauer in den Fokus von übergewichtspräventiven Maßnahmen gestellt (n = 11; 8 %).

Ausgehend von den übergeordneten Kategorien Ernährung und Bewegung wurden im Kriterienkatalog verschiedene Teilaspekte erfasst, z. B. die Prävention eines sitzenden Lebensstils oder die Förderung von ausdauerorientierten Bewegungsformen. Im Hinblick auf die bewegungsbezogenen Determinanten zielten lediglich 12 % aller berücksichtigten Interventionen auf die Reduktion von (passiven) Bildschirmzeiten (n = 11), während etwa ein Viertel die Förderung der aeroben Belastungsfähigkeit in den Fokus stellten. Angesichts der zunehmenden Durchdringung des Alltags mit digitalen Medien bereits in frühen Lebensphasen, kann vor allem die mangelnde Berücksichtigung von reduzierten Bildschirmzeiten als Lücke gewertet werden.

Im Bereich Ernährung am häufigsten adressiert, wird die Förderung des Obst- und Gemüsekonsums, jedoch liegt der Anteil bei lediglich einem Drittel aller Interventionen. Noch seltener werden Aspekte der regelmäßigen Einnahme eines Frühstücks (22,5 %), der Energie- und Nährstoffversorgung (16,7 %) sowie der Förderung von gemeinsamen Familienmahlzeiten (10,9 %) in den berücksichtigten Interventionen thematisiert. Vor dem Hintergrund der Erkenntnislage, dass alle diese Faktoren in einem mindestens schwachen, jedoch signifikanten Zusammenhang mit der Entstehung von Übergewicht bei Heranwachsenden stehen, lassen sich für den gesamten Bereich Ernährung deutliche Inhaltslücken ableiten.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass fehlende Informationen zu den in Tabelle 25 angeführten Determinanten zwar einerseits auf bestehende Lücken hindeuten können, andererseits möglicherweise jedoch Ergebnis des begrenzt zur Verfügung stehenden Materials sind. Möglich ist überdies, dass die Anbieter der Interventionen auf eine explizite Nennung und Beschreibung von spezifischen Determinanten in der Darstellung ihrer Projekte verzichtet haben, diese aber möglicherweise dennoch indirekt Gegenstand der Intervention waren. Wie bereits beschrieben, geht hiermit die Möglichkeit der „falsch-negativen Bewertung“ einher, obgleich es sich hier nicht zwangsläufig um eine „inhaltliche Lücke“ handelt, sondern um eine Informations- und Transparenzlücke.

4.6 Lückenanalyse konzeptioneller Ansätze – Lebensweltspezifische Ergebnisse

4.6.1 Lebenswelt Familie

Lücken in Bezug auf inhaltliche und methodische Anforderungen an die Übergewichtsprävention

Theoretische Fundierung:

Die theoretische Fundierung der Interventionen bzw. ihre explizite Dokumentation in verfügbaren Materialien zeigt für die Lebenswelt Familie Entwicklungspotenzial. 44 % der berücksichtig-

ten Interventionen weisen in ihrem Informationsmaterial auf theoretische Konzepte hin. Die genauere Betrachtung zeigt jedoch, dass lediglich in 27 % der Fälle eine ausführliche Beschreibung des theoretischen Konzeptes vorlag, in den übrigen 73 % fehlte sie.

Adressatenbestimmung, Gender und Vielfalt/Diversität

Auch im Hinblick auf eine differenzierte Definition der Adressaten und die Berücksichtigung von jeweiligen Besonderheiten besteht für die Lebenswelt Familie deutliches Entwicklungspotenzial. Hier wurden die Adressaten in 55 % der eingeschlossenen Interventionen explizit bestimmt, in 26 % der Fälle geschah dies nur teilweise, bei 19 % der Interventionen wurde dies vollständig vernachlässigt. Speziellen Aspekten wie Vielfalt und Diversität oder Gender-Mainstreaming kommt nur eine geringe Bedeutung zu. Vielfalt und Diversität wurden bei der Planung bzw. Durchführung bei 53 % der Interventionen berücksichtigt und Gender-Mainstreaming-Aspekte bei lediglich 35 %.

Übergeordnete Strategie

Die Zuordnung in eine übergeordnete Strategie ließ sich in der Lebenswelt Familie immerhin in 63 % der Interventionen aufzeigen, aber auch hier gibt es deutliches Ausbaupotenzial für die Einbettung in eine übergeordnete Gesamtstrategie zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter.

Zielsystem

Die Formulierung von Teilzielen und der Einsatz eines differenzierten Zielsystems gelten in der Gesundheitsförderung und Prävention als eine Art „Goldstandard“. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass dieser Standard noch lange nicht von allen Interventionen erfüllt wird. Bei der Beschreibung der Interventionen fiel auf, dass zwar die meisten Interventionen Hauptziele bestimmt haben (83 %), die Bestimmung der Teilziele mit 47 % jedoch deutlich dahinter zurückbleibt. Besonders auffällig erscheint, dass trotz der häufigen Formulierung von Hauptzielen und der teilweisen Nennung von Teilzielen, lediglich 36 % der Interventionen ein differenziertes Zielsystem aufweisen.

Partizipation

Das bereits bei den generischen Ergebnissen aufgezeigte Entwicklungspotenzial für den Einbezug partizipativer Ansätze, ist in der Lebenswelt Familie ganz besonders deutlich festzustellen. Hier wurde die Partizipation der Adressaten bei nur 25 % der Interventionen berücksichtigt.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit, der derzeit teilweise mitgedacht wird, teilweise noch nicht, sollte Grundlage jeder Intervention sein. In der Lebenswelt wird sie beinahe so oft mitbedacht (44 %), wie das sie nicht explizit im Fokus steht (56 %). Insbesondere vor dem Hintergrund der Debatten um das im Präventionsgesetz verankerte Ziel des Abbaus sozial bedingter Ungleichheit, hat der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit und der damit verknüpften ethischen Anforderungen an eine Vermeidung von Stigmatisierung großes Entwicklungspotenzial im Bereich der Familie.

Verstetigung

Die Verstetigung scheint in den hier betrachteten Interventionen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Dies ist ein Punkt, der bereits bei der Antragsstellung von den jeweiligen Fördermittelgebenden beachtet werden sollte. Die Verstetigung der Interventionen wurde teilweise mitbedacht (44 %), teilweise jedoch nicht eingeplant (56 %).

Lücken in Bezug auf Bedingungsfaktoren des Kinderübergewichts

Zu den Bedingungsfaktoren des Übergewichts können für die Lebenswelt Familie keine belastbaren Aussagen getroffen werden, weil sich in den vorliegenden Materialien der Anbieter hierzu kaum Angaben finden (s. Tabelle 27). Hier liegt ein grundsätzliches Informationsdefizit vor. Die Auswertung der Interventionen aus der Lebenswelt Familie lassen zumindest für diese Kriterien kaum Rückschlüsse auf die tatsächliche Situation zu. Die Sichtung des Materials legt nahe, dass die Antwortoption „keine Angabe“ als „nein“ zu interpretieren ist, da in den Materialien keinerlei Hinweise auf die Erfüllung dieser Kriterien gegeben sind. Insofern liegt nicht nur eine Informationslücke vor, sondern vermutlich auch eine Lücke durch die Nicht-Berücksichtigung dieser Kriterien.

Tabelle 27: Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – Lebenswelt Familie (Mehrfachantworten möglich, n = 31)

	ja	nein	keine Angabe	ja in Prozent (%)
Bewegung, davon:	16	1	14	51,6
H_1.1 Aerobe Belastung (Ausdauersport)	1	2	28	3,2
H_1.2 Intensität der sportlichen Aktivität	6	1	24	19,4
H_2 Sitzendes Verhalten	5	1	25	16,1
H_2.1 Bildschirmzeit	4	1	26	12,9
Ernährung, davon:	20	1	10	64,5
H_3.1 Verzehr zuckergesüßter Getränke	4	2	25	12,9
H_3.2 Obst- und Gemüseverzehr	4	1	26	12,9
H_3.3 Energie- und Nährstoffzufuhr	4	1	26	12,9
H_4.1 Außer-Haus-Mahlzeiten	2	1	28	6,5
H_4.2 Gemeinsame Familienmahlzeiten	4	1	26	12,9
H_4.3 Einnahme eines Frühstücks	2	1	28	6,5
Weitere Determinanten:				
H_7.1 Schlafdauer	8	1	22	25,8
H_7.2 Sozioökonomische Benachteiligung	18	2	11	58,0

Bei der Mehrzahl der analysierten Interventionen (n = 31) wurden kaum Angaben im Material zu diesen Aussagen gefunden. Die Antwort „keine Angabe“ wurde bei den folgenden Kriterien jeweils 22 bis 28-mal ausgewählt. Die lückenhaft beschriebenen Kriterien sind:

- die „Förderung der aeroben Belastung (Ausdauersport)“ (H_1.1)
- die „Förderung der körperlichen Aktivität in Bezug auf Dauer, Häufigkeit und Intensität“ (H_1.2)
- die „Verringerung des sitzenden Verhaltens“ (H_2)
- die „Verminderung des inaktiven Lebensstils durch weniger Bildschirmzeiten“ (H_2.1)
- die „Verminderung des Konsums zuckergesüßter Getränke“ (H_3)
- die „Förderung eines höheren Obst- und Gemüseverzehr“ (H_3.2)
- „explizite Hinweise zu Energie- und Nährstoffzufuhr“ (H_3.3)
- die „Verminderung des Außer-Haus-Verzehr“ (H_4.1)
- die „Förderung gemeinsamer Familienmahlzeiten“ (H_4.2)
- die „Förderung der Einnahme eines Frühstücks“ (H_4.3)
- die „Förderung von ausreichendem Schlaf bei Kindern“ (H_7.1).

Ausnahmen bilden die Kriterien:

- „Ernährung“ als allgemeines und übergeordnetes Kriterium mit 20 Nennungen bei „ja“, einer Nennung bei „nein“ und 10 Nennungen bei „keine Angabe“;
- „Bewegung“ als allgemeines und übergeordnetes Kriterium“ mit 16 Nennungen bei „ja“, einer Nennung bei „nein“ und 14 Nennungen bei „keine Angabe“ sowie
- die Berücksichtigung einer „sozioökonomischen Benachteiligung“ mit 18 Nennungen bei „ja“, zwei Nennungen bei „nein“ und 11 Nennungen bei „keine Angabe“.

Diese Aspekte wurden in den Interventionen berücksichtigt. Um zu einer genaueren Aussage gelangen zu können, wäre jedoch eine genauere Beschreibung der Kriterien in den Interventionsmaterialien notwendig. Aus den vorhandenen Angaben lässt sich dennoch die Tendenz ableiten, dass ein deutliches Potenzial zur Verbesserung der Situation besteht.

Ernährung als allgemeines und übergeordnetes Kriterium wird derzeit in zwei Dritteln aller betrachteten Interventionen einbezogen, zu den Details können derzeit jedoch häufig keine Angaben in den Interventionsmaterialien gefunden werden. Bewegung als allgemeines Themenfeld wird in nur knapp der Hälfte der betrachteten Interventionen berücksichtigt. Je nach Ausrichtung der Intervention ist diese ein wichtiger Aspekt für die Prävention von Kinder- und Jugendübergewicht und sollte mitberücksichtigt werden. Im Hinblick auf die Verminderung sozioökonomischer Benachteiligung gibt es noch Entwicklungspotenzial. Dieser Aspekt sollte bei der Planung und Durchführung der Interventionen miteinbezogen werden.

4.6.2 Lebenswelt KiTa

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass bereits viele Vorhaben entwickelt worden sind, die sich allerdings erheblich hinsichtlich verschiedener Merkmale unterscheiden. Deutlich wird jedoch auch, dass der Informationsgehalt der vorliegenden Materialien sehr variiert. Insgesamt ist festzustellen, dass auf Strukturebene ein breites Angebot vorgehalten wird, sodass die Kategorien Themen/Inhalte (Ernährung, Bewegung, Selbstregulation, Verhaltens-/Verhältnisprävention), Zielgruppen (Kinder, Eltern, KiTa-Personal, andere), Projektträger (Personen, private Einrichtungen, öffentliche Einrichtungen, Vereine, Verbände usw.), Kooperationen (in unterschiedlichen Lebenswelten und hinsichtlich der Ziele wie Strukturbildung, Organisationsentwicklung, Vernetzung usw.) in ihren jeweiligen Ausprägungen in Deutschland abgedeckt werden können. Dennoch sind einige Aspekte zu benennen, für die noch weiterer Informationsbedarf besteht.

Versorgungslage

Ein wichtiger Aspekt ist die Frage nach der Verbreitung der Vorhaben bzw. die regionale Verfügbarkeit einzelner Angebote. Hierzu liegen bislang keine belastbaren Angaben vor. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass im Setting Kita bereits eine hohe Anzahl ($n=92$) an Vorhaben im Rahmen einer durchaus begrenzten Recherche identifiziert werden konnten. Es ist davon auszugehen, dass durch eine systematischere und umfassendere Recherche eine Reihe weiterer – insbesondere kleinerer – Vorhaben hätten gefunden werden können. Die vorliegenden empirischen Daten deuten auf einen bunten Teppich koexistierender Angebote mit unterschiedlicher Inanspruchnahme (Nutzung durch eine oder mehrere KiTas), mit unterschiedlicher Nachhaltigkeit (Nutzung für eine oder mehrere Kindergenerationen) sowie mit unterschiedlicher regionaler Verbreitung hin.

Verzerrungseffekt

Es muss davon ausgegangen werden, dass größere und/oder geförderte Vorhaben aufgrund der vorgehaltenen Ressourcen (Projektmanagement) eher in der Lage sind, umfangreiche Publikationen, Berichte oder andere Materialien zu erstellen und zu veröffentlichen. Kleinere Vorhaben, z. B. auf Ebene einer KiTa, können dies häufig aufgrund fehlender personeller Ressourcen nicht leisten, sodass in der für die Öffentlichkeit zugänglichen Grundgesamtheit von Informationen von einer Verzerrung auszugehen ist.

Vorhabendurchführung

Die Zuordnung der Kategorien zu der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene hat gezeigt, dass sich die Informationen aus den vorliegenden Materialien überwiegend auf die Strukturbildung bezogen. Aus den Berichten, Flyern, Postern usw. ist gut erkennbar, welche strukturnahen Anforderungen, wie z. B. personelle (Anzahl und Kompetenz der Mitarbeiter/-innen), räumliche und materielle Ausstattung zu erfüllen sind oder gegebenenfalls mit welchen zusätzlichen finanziellen Belastungen sie einhergehen. Deutlich weniger Informationen fanden sich zu Kategorien der Prozessebene. Es fehlen häufig genaue Angaben dazu, welche konkreten Maßnahmen (z. B. gemeinsames Frühstück, Bewegungspause, Umgestaltung der KiTa-Räume oder des Umfeldes der KiTa) angeboten und wie diese umgesetzt werden (z. B. welche Materialien werden genutzt, wer führt die Maßnahme durch und welche Kompetenzen werden dafür

benötigt). Diese Informationen sind für potenzielle Nutzer/-innen wichtig, um mögliche finanzielle oder andere zusätzliche Belastungen abschätzen zu können. Häufig fehlen Informationen zu Frequenz und Dauer sowie zur Nachhaltigkeit bzw. Projektlaufzeit (Verstetigung) der Interventionen, anhand derer Außenstehende den (zeitlichen) Umfang sowie die Chance auf Kontinuität der Durchführung einschätzen können.

Evidenz und Kosten

Angaben zu Kategorien der Ergebnisebene liegen nur in geringem Umfang vor. Das betrifft insbesondere die Kosten (der Entwicklung, der Implementation und der routinemäßigen Durchführung) sowie die Evaluation. Es ist anzunehmen, dass kaum eine Evaluation bzw. Kostenrechnung durchgeführt wird. Aus Sicht der Träger oder Durchführenden mag das nachvollziehbar sein, da die erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen vor Ort oft nicht vorliegen. Aus Sicht potenzieller Nutzer/-innen wie auch aus wissenschaftlicher und politischer Perspektive sind jedoch Aussagen zu Kosten bzw. Effektivität ein relevantes Entscheidungskriterium, um das Vorhaben z. B. zu fördern bzw. zu verbreiten. Es bleibt festzuhalten, dass Wirksamkeit bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis kein zwingend erforderliches Merkmal der Veröffentlichung und Durchführung von Interventionen zu sein scheint. Dies entspricht auch der internationalen Forschungslage über Strategien zur Implementation von Übergewichtsprävention in der Frühen Bildung [59].

Qualität

Vergleichsweise häufig wird die Vergabe von (Re-)Zertifikaten angegeben, die ein wichtiger Hinweis auf Qualitätssicherungsmaßnahmen sind und für eine Verstetigung der Maßnahmen sprechen. Die Qualität der Zertifizierungsmaßnahmen und die Aussagefähigkeit der Zertifikate ist im Rahmen dieses Projekts nicht untersucht worden. Eine Fokussierung auf strukturelle Parameter unter Vernachlässigung der Prozess- und Ergebnisebene ist jedoch aus Gründen der einfacheren Datenerhebung zu erwarten. Für viele Interventionen liegen keine Angaben zur Qualitätssicherung vor. Sofern keine finanzielle Förderung mit dem Vorhaben einhergeht, werden Angaben zur Qualitätssicherung in der Regel auch nicht eingefordert. So wünschenswert qualitätsgesicherte Vorhaben in den KiTas sind, so bedeuten die erhöhten Anforderungen auch weitere (bürokratische) Hürden, die einer größeren Verbreitung der Vorhaben in Deutschland im Wege stehen können.

Strukturentwicklungsprogramme

Ein großer Teil der lebensweltspezifischen Beschreibungskriterien, die aus verfügbaren Qualitätsmanagementsystemen abgeleitet werden konnten, sind Anforderungskriterien zur Strukturverbesserung, wie sie z. B. auch in Qualitätshandbüchern der Träger festgelegt sind. Dies können z. B. Regularien zur Ausstattung der Essensräume, zu den Vorgaben für den Essenslieferanten oder zur Weiterbildung der Mitarbeiter/-innen sein. Diese Anforderungen können dann die Strukturverbesserung hemmen oder gar verhindern, wenn die damit verbundenen Investitionen durch die Träger nicht abgedeckt werden (können). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern die Schaffung übergeordneter Förderungen auf Landes- oder Bundesebene die Verbreitung von Interventionen der Übergewichtsprävention in Deutschland unterstützen kann.

Steuerung der Informationsvermittlung

Angesichts der Vielfalt und des Umfangs der identifizierten Vorhaben stellt sich die Frage, wie die „richtigen“ bzw. „passenden“ Angebote zu den Nutzern und Nutzerinnen finden. Thematisiert werden soll hier die Schwierigkeit der Vermittlung zwischen Interventionsanbietern und (potenziell) nutzenden Einrichtungen. Es existieren in Deutschland bereits eine Reihe von Datenbanken, die jeweils eine Auswahl an Projekten und Interventionen anhand bestimmter Merkmale mehr oder weniger strukturiert vorstellen (Praxisdatenbank gesundheitliche Chancengleichheit, Projektdatenbank Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung [KNP], Grüne Liste Prävention, Projekt-Datenbank Prävention NRW – Gesundheit & Lebensqualität usw.). Sie geben jedoch keinen umfassenden Überblick über das Angebot an Übergewichtsprävention für KiTas. Es fehlt somit eine Instanz oder ein Angebot, das die Einrichtungsträger und Fachkräfte befähigt, zueinander passende und aufeinander aufbauende Interventionen auszuwählen. Dabei ist nicht nur die Vollständigkeit der Vorhaben ein wichtiges Erfordernis, sondern auch den unterschiedlichen Nutzern und Nutzerinnen (KiTas, KiTa-Träger, Politik, Wissenschaft) entsprechende inhaltliche Informationen.

Beratungsstellen

Angesichts der großen Heterogenität von Interventionen sind KiTas möglicherweise mit der Identifikation der für ihre Rahmenbedingungen passenden Angebote bzw. Interventionen überfordert. Eine hohe Professionalität ist notwendig, um aus der Menge der Angebote die geeignete Vorgehensweise auszuwählen. Möglicherweise wird auch eine umfassende und gut strukturierte Datenbank nicht alle Informationsbedürfnisse der Nutzer/-innen befriedigen können. Derzeit bieten zahlreiche Programme infolge ihrer wettbewerblichen Aufstellung eigene Beratungen an, wobei die Qualität der Beratungen nicht ersichtlich ist. Neutrale Gremien wie die Landesvereinigungen für Gesundheit, Fachberatungen der Träger, Landespräventionsräte oder der Öffentliche Gesundheitsdienst können aufgrund ihrer personeller Ausstattung wohl eher nur vereinzelt zu diesen Fragen beraten. Insofern fehlen Konsultationsgremien, die Fragen beantworten und fachkundig beraten können.

Spezifische Versorgungslücken

Trotz der Bandbreite der ausgewerteten Vorhaben, stellt sich die Frage nach spezifischen Versorgungslücken. Genannt werden müssen hier die Einbeziehung von Zielgruppen wie Kinder mit Migrationshintergrund, Kinder mit Behinderungen oder anderen schweren Beeinträchtigungen. Hierzu sind einzelne Vorhaben identifiziert worden („Joschi hat`s drauf“, „Adipositas bei Menschen mit Intelligenzminderung“, „Unversorgte Kinder“). Es bleibt jedoch unklar, wie verbreitet diese Angebote tatsächlich sind und inwiefern möglicherweise in den anderen Vorhaben spezifische Zielgruppen angesprochen werden. Eine weitere mögliche Versorgungslücke ist in fehlenden Interventionen für die Übergänge (Familie->KiTa, KiTa->Schule) zu sehen. Viele Vorhaben sind settingspezifisch, aber auch bei settingübergreifenden Programmen bzw. Projekten finden sich eher selten eindeutige Hinweise auf begleitende Präventionsangebote während der Übergangsphasen („Bewegung macht stark für die Schule“).

4.6.3 Lebenswelt Schule

Lücken in Bezug auf inhaltliche und methodische Anforderungen an die Übergewichtsprävention

Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse aus der Kreuztabellierung der sieben Grundtypen konzeptioneller Ansätze mit weiteren Kriterien des Kriterienkatalogs und die sich daraus ergebenden Lücken und Entwicklungspotenziale vorgestellt:

Theoretische Fundierung

Über alle Typen hinweg finden sich für etwa zwei Drittel aller Schulinterventionen (65 %) Hinweise auf eine theoretische Fundierung, während sich für 35 % entweder keine Angabe finden ließ oder keine theoretische Basis vorhanden ist. Im Hinblick auf den für Schulinterventionen häufig vorzufindenden Typ 6 zeigt sich, dass dieser mit 53 % etwas seltener eine theoretische Fundierung aufweist. Demgegenüber finden sich für die beiden Extremtypen (singulärer Typ 2 und komplexer Typ 7) in 83 % bzw. 7 % entsprechende Hinweise. Neben der Frage nach allgemeinen Hinweisen auf theoretische Bezüge wurde ebenfalls erfasst, inwieweit konkrete theoretische Modelle und Konzepte beschrieben sind. Dies ist lediglich für 30 % aller Schulinterventionen der Fall, wobei sich für Interventionen des häufig vorkommenden Typs 6 (themenübergreifend fokussierter Ansatz) keine Abweichungen vom Durchschnitt ergeben.

Adressatenbestimmung

Mithilfe dieses Kriteriums wurde erfasst, inwiefern die Adressaten der Intervention vor dem Hintergrund ihres Bedarfs bestimmt wurden. Mehr als die Hälfte aller Schulinterventionen erfüllen dieses Kriterium und weitere 10 % erfüllen dieses zumindest teilweise. Differenziert nach den konzeptionellen Grundtypen wird dieses Kriterium am seltensten von singulären Interventionen (Typ 2, 33 %) sowie von Interventionen des Typs 4 (methodenfokussiert komplexer Ansatz, 29 %) erfüllt.

Gender und Vielfalt/Diversität

Wie in den generischen Ergebnissen ausgeführt (s. Kapitel 4.5 und Kapitel 6 zum Gender-Mainstreaming), so finden sich auch für den Kontext Schule nur wenige Interventionen (15 %), die durchgehend oder zumindest teilweise gendergerecht ausgerichtet sind. Hier gibt es über die verschiedenen konzeptionellen Grundtypen keine substantiellen Unterschiede, so dass hier ein deutliches Entwicklungspotenzial besteht. Ein ähnlicher Mangel lässt sich hinsichtlich der Berücksichtigung von Aspekten der Adressatenvielfalt und -diversität feststellen. Lediglich ein Viertel aller Schulinterventionen weisen entsprechende Bezüge auf, wobei der im Setting Schule häufig auftretende themenübergreifend fokussierte Interventionsansatz (Typ 6) eine geringe Diversitäts-Sensibilität aufweist.

Zielsystem

Während nahezu alle schulischen Interventionen Grob- oder Hauptziele aufweisen, lässt sich für 73 % eine Ausrichtung an spezifischeren Teilzielen feststellen. Dies gilt mit 82 % insbesondere für Interventionen vom Typ 6, während die Extremtypen (singulärer Typ 2 und komplexer Typ 7) nur zu jeweils 50 % Teilziele ausweisen. Einhergehend mit der Ausrichtung von Inter-

ventionen an Haupt- und Teilzielen, werden für nahezu alle schulischen Interventionen Inhalte und Methoden zur Zielerreichung beschrieben.

Partizipation

Beteiligung gilt als ein zentrales Leitprinzip der Gesundheitsförderung und Prävention. Über alle Grundtypen hinweg werden bei etwa der Hälfte aller schulischen Interventionen der Übergewichtsprävention die Adressaten in die Planung und Durchführung einbezogen. Überraschend ist der geringe Partizipationsanteil bei den komplex koordinierten Interventionen (Typ 7, 25 %), wobei auch der häufig in Schulen vorzufindende Typ 6 mit 47 % seltener eine partizipative Ausrichtung aufweist.

Ressourcenstärkung und Empowerment

Die Stärkung und Weiterentwicklung von Ressourcen sowie die Befähigung der Zielgruppen stellen weitere grundlegende Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention dar. Entsprechende Aspekte werden von 75 % aller schulbasierten Interventionen adressiert, wobei lediglich 50 % der Interventionen des komplexen Typs 7 die Ressourcenstärkung und Befähigung der Adressaten zum Gegenstand haben. Demgegenüber wird dieses Kriterium von mehr als 80 % der schulischen Maßnahmen vom Typ 6 erfüllt.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Trotz der Relevanz ist die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen lediglich bei einem Viertel aller schulischen Interventionen der Übergewichtsprävention explizit als Zieldimension ausgewiesen. Komplex koordinierte Interventionsansätze (Typ 7) erfüllen dieses Kriterium mit 50 % deutlich häufiger, wohingegen sich für singulär fokussierte Interventionen des Typs 2 ein deutlicher Mangel und Entwicklungsbedarf feststellen lässt.

Verstetigung

Hinweise auf die Verfügbarkeit eines Konzeptes zur Sicherstellung von Nachhaltigkeit (z. B. der Prozesse und Strukturen) finden sich für mehr als die Hälfte (57,1 %) aller Schulinterventionen der Übergewichtsprävention. Hierbei lassen sich über die einzelnen Schultypen hinweg keine wesentlichen Unterschiede feststellen.

Lücken in Bezug auf Bedingungsfaktoren des Kinderübergewichts

Im Hinblick auf die Berücksichtigung der Bedingungsfaktoren, ergibt sich für das Setting Schule das in Tabelle 28 dargestellte Bild.

Während auf übergeordneter Ebene die Determinanten Ernährung und Bewegung von einem Großteil der eingeschlossenen Interventionen adressiert werden (> 75 %), beträgt der Anteil der Interventionen, die sozioökonomische Benachteiligung berücksichtigen, lediglich 26 %. Im Bereich Bewegung finden sich inhaltliche Lücken für die Kriterien „Reduktion von Bildschirmzeiten“ und „Förderung des Ausdauersports“, da entsprechende Aspekte lediglich von einem Fünftel bis einem Viertel der schulischen Interventionen aufgegriffen werden. Im Hinblick auf das Thema Ernährung zeigt sich ein heterogenes Bild. Während „weniger zuckergesüßte Getränke“

und „mehr Obst und Gemüse“ Themen darstellen, die zumindest etwa von der Hälfte aller einbezogenen Interventionen abgedeckt werden, finden die Themen „Außer-Haus-Mahlzeiten“ und „gemeinsame Familienmahlzeiten“ kaum Berücksichtigung. Da es sich bei der Schule um ein außerhäusliches Setting handelt, in dem im Zuge der Ganztagschulentwicklung vor allem die Mittagsverpflegung eine große Rolle spielt, kann die mangelnde Thematisierung von „Außer-Haus-Mahlzeiten“ als Interventionslücke bezeichnet werden.

Tabelle 28: Berücksichtigung der Determinanten von Kinderübergewicht – Lebenswelt Schule (Mehrfachantworten möglich, n = 42)

	Häufigkeit	in Prozent (%)
Bewegung, davon:	32	76,2
H_1.1 Aerobe Belastung (Ausdauersport)	10	23,8
H_1.2 Intensität der sportlichen Aktivität	19	45,2
H_2.1 Bildschirmzeit	9	21,4
Ernährung, davon:	37	88,1
H_3.1 Verzehr zuckergesüßter Getränke	19	45,2
H_3.2 Obst- und Gemüseverzehr	21	50,0
H_3.3 Energie- und Nährstoffzufuhr	12	28,6
H_4.1 Außer-Haus-Mahlzeiten	1	2,4
H_4.2 Gemeinsame Familienmahlzeiten	5	11,9
H_4.3 Einnahme eines Frühstücks	10	23,8
Weitere Determinanten:		
H_7.1 Schlafdauer	0	0,0
H_7.2 Sozioökonomische Benachteiligung	11	26,2

4.6.4 Lebenswelt Kommune

In diesem Unterkapitel werden im ersten Abschnitt Hinweise auf Lücken und Handlungsfelder aus den quantitativen Ergebnissen der 65 kommunalen Interventionen beschrieben. Diese ergeben sich aus der Kreuztabellierung der sechs Grundtypen (s. Kapitel 4.3.4) mit Qualitätskriterien des Kriterienkatalogs. Anhand dessen werden erste Aussagen zu Lücken bei kommunalen Präventionsprojekten getätigt. Diese Aussagen sind als Hinweise auf weiterführende qualitative Ausführungen im zweiten Abschnitt zu den Handlungsfeldern zu verstehen, da es sich bei der Datengrundlage nicht um eine Bestandsaufnahme handelt.

Quantitative Lücken in Bezug auf inhaltliche und methodische Anforderungen an die Übergewichtsprävention

Zu verschiedenen Kriterien konnten für den Bereich Kommune Lücken oder Entwicklungspotenziale identifiziert werden. Es zeigt sich, dass eine auffallend hohe Anzahl an Interventionen, die inhaltliche und methodische Anforderungen an die Übergewichtsprävention in der Konzeption der Projekte nicht beachtet haben.

Theoretische Fundierung

Von den 65 betrachteten Interventionen beschreiben lediglich 10 (15,4 %) Maßnahmen bzw. theoretische Modelle zur Konzeptionierung der Intervention.

Adressatenbestimmung

Zunächst war die hohe Anzahl an Interventionen auffallend, die das Kriterium „Erkennen und Beschreiben der Besonderheiten und Stärken der Adressaten“ nicht in Betracht gezogen bzw. dies nicht ausgewiesen haben. Lediglich 33,8 % (n=22) der charakterisierten Interventionen berücksichtigen die Besonderheiten der Adressaten.

Vielfalt/Diversität

Das Kriterium „Vielfalt/Diversität der Adressaten“ berücksichtigen 46,2 % (n=30) der kommunalen Interventionen in ihrem Konzept. Besonders selten geschieht dies bei Typ 5 (66,7 %) und Typ 6 (57,1 %).

Gender

Genderaspekte berücksichtigen insgesamt 33,9 % (n=22) der Interventionen. Bei Typ 6 und Typ 7 ist die Nichtberücksichtigung dieses Kriteriums besonders auffällig, nur in drei von 14 Interventionen des Typs 6 werden Genderaspekte beachtet, bei Typ 7 nur in einer von fünf Interventionen.

Einbettung in eine übergeordnete Strategie

Bei der Sichtung der Materialien konnten bei 13,9 % (n=9) der kommunalen Interventionen eine Einbettung in eine übergeordnete Strategie festgestellt werden. Zwischen den sechs Typen für die Kommune sind hierbei keine wesentlichen Unterschiede feststellbar.

Zielsystem

Die Hauptziele werden bei der überwiegenden Mehrheit der kommunalen Interventionen beschrieben. Aus den Materialien war allerdings häufig nicht ersichtlich, ob und inwiefern Teilziele formuliert werden, dies ist nur bei 27,6 % der Fall. Nie werden Teilziele bei Typ 2, Typ 3 und Typ 6 beschrieben.

Adressatengerechte Zugangswege

Lediglich bei 53,8 % (n=35) der kommunalen Interventionen wurden Hinweise auf adressatengerechte Zugangswege gefunden.

Kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen

Nur etwa ein Drittel (34,3 %, n = 24) der beschriebenen kommunalen Interventionen fokussieren bei der Konzeptionierung auf eine kontinuierliche Passung an die lokalen Rahmenbedingungen. Besonders selten erfolgt eine Anpassung an demografische und geografische Rahmenbedingungen.

Community Food Environment

Ein weitreichendes Problem vieler Interventionen zur Übergewichtsprävention ist die häufige Beschränkung auf Verhaltensweisen der Menschen. In wirtschaftliche oder politische Prozesse greifen sie meist nicht ein. So verwundert es nicht, dass die drei Säulen des Community Food Environment (Obst an der Kasse, Preisungen, Regelungen wie das Ampelsystem auf Lebensmitteln) bei kommunalen Interventionen mit 10,4 % (n = 7) kaum angetastet werden.

Gestaltung/Organisation von Bewegungsmöglichkeiten oder Ferienfreizeitangeboten

Generell konnten für den Bereich der kommunalen Übergewichtsprävention bei 47 Interventionen (72,3 %) Hinweise auf die Gestaltung bzw. Organisation von Bewegungsmöglichkeiten oder Ferienfreizeitangeboten gefunden werden. In den seltensten Fällen finden sich allerdings Angaben zur Dauer der Freizeitangebote, bei fünf Interventionen (7,7 %) waren diese kürzer als vier Wochen. Ebenfalls häufig unklar bleibt, welche Determinanten des Übergewichts die Freizeitangebote bzw. organisierten Bewegungsmöglichkeiten thematisieren. 12 der 47 Interventionen fokussieren körperliche Betätigung, eine Intervention beinhaltet ein Sommercamp mit dem Thema Ernährung.

Qualitative Lücken und Entwicklungsfelder

Bei der Analyse der kommunalen Interventionen lassen sich auf der Ebene der qualitativen Betrachtung Lücken und Handlungsfelder entdecken, die aus der rein quantitativen Analyse nicht so deutlich abzulesen sind. Dies soll an dieser Stelle nur kurz und stichwortartig ausgeführt werden, da alle identifizierten Lücken bzw. Entwicklungspotenziale in die Formulierung der Handlungsempfehlungen einfließen, die in Kapitel 8.2.4 vorgestellt werden. Im Wesentlichen zeigt sich, dass die Lücken in folgenden Handlungsbereichen liegen:

- Kombination bzw. Verknüpfung von adressatenspezifischer Verhaltens- und Verhältnisorientierung im sozialen kommunalen Raum
- Modellprojekte zur Entwicklung einer übertragbaren kommunalen Gesamtstrategie für Städte und Regionen (z. B. Modellprojekte zur Entwicklung von planungs- und umsetzungsbezogenen Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen für integrierte kommunale Handlungskonzepte speziell zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen oder Modellprojekte der sozialraumorientierten Netzwerkförderung mit kommunalen Netzwerk-Managern und Prozessbegleitern)
- Entwicklung einer kommunalen, integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung unter Einbeziehung von Determinanten, die das Übergewicht begünstigen

- Initiierung und Modellierung von Strukturbildungs- und Kapazitätsentwicklungsprozessen zum Aufbau von stabilen und arbeitsfähigen Strukturen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung (intersektoral, ressortübergreifend)
- Einbeziehung von baulich-räumlichen Aspekten: Grünflächen, Erholungsflächen, Wohnumfeldverbesserung, Verkehrsberuhigung, Anpassung der Verkehrsführung, Radwege, kommunale Bewegungsflächen usw.
- Fokussierung auf die Verbesserung der Ernährungssituation und der Bewegungsförderung in Familien, Krippen, KiTas und Schulen unter Einbeziehung kommunaler und sozialraumbezogener Strukturen
- Integration des Handlungsfeldes Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in andere laufende kommunale Programme und Projekte
- Partizipative Herangehensweise bei der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Interventionen.

5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

5.1 Kriterienkatalog

Mit dem Kriterienkatalog liegt ein sehr umfassendes Raster zur Erfassung und Systematisierung von konzeptionellen Ansätzen universeller Prävention des Kinderübergewichts vor. Er stellt eine Bündelung vorhandener generischer und lebensweltspezifischer Kriterienkataloge dar und bezieht die wissenschaftliche Evidenz insbesondere zu den Determinanten des Kinderübergewichts ein. Vorteile des hohen Detaillierungsgrades liegen in der Breite und Tiefe der Erfassung konzeptioneller Ansätze. Hierdurch kann ein sehr guter Überblick über die verwendeten konzeptionellen Ansätze zur universellen Prävention des Kinderübergewichts gegeben und eine Systematisierung der darin verwendeten Theorien, Konzepte sowie der berücksichtigten Kriterien unternommen werden. Mit den Ergebnissen des SkAP-Projektes kann systematisch dargestellt werden, welchen Stellenwert konzeptionelle Ansätze bei den Interventionen haben, welche konzeptionellen Ansätze genutzt werden, ob sich diesbezüglich Unterschiede in den Lebenswelten bzw. hinsichtlich der Zielkriterien zeigen und schließlich, inwieweit in den gewählten Ansätzen die benannten Kriterien berücksichtigt wurden. Damit wird eine wichtige Grundlage zur Bündelung der Aktivitäten und Maßnahmen in diesem Feld geschaffen.

Die Systematisierung ermöglicht eine detaillierte Analyse vorhandener konzeptioneller Lücken bzw. Interventionslücken, die wiederum eine strategische Planungsgrundlage und die Basis für Weiterentwicklungen von Aktivitäten und Maßnahmen der universellen Prävention von Kinderübergewicht darstellen. Der Kriterienkatalog stellt allerdings keine Bewertung der Wirksamkeit oder Durchführungsqualität einzelner Interventionen dar.

Die Berücksichtigung zahlreicher Kriterienkataloge wie auch systematischer Reviews und Meta-Analysen hat sich für die Beschreibung und Erfassung der Planungs- und Konzeptqualität als lohnend erwiesen. Auch die Einbeziehung der Qualitätskriterien (BZgA) hat zu einer wichtigen Differenzierung beigetragen, die zudem durch andere Kriterienlisten bzw. Veröffentlichungen bestätigt und ergänzt wurden. Die Strategie, zunächst lebensweltspezifisch vorzugehen und anschließend eine Synthese aus diesen Ergebnissen herzustellen, ermöglichte eine Verdichtung und Absicherung der einzelnen Kriterien und Indikatoren, ohne dass lebensweltspezifische Nuancen verloren gingen. Allerdings können die Entwicklung des Kriterienkatalogs und insbesondere die Auswahl der Indikatoren durch bestehende Limitationen beeinflusst sein.

Eine Limitation kann in der Festlegung des Recherchezeitraums – von 2009 bis 2015 – bestehen, wodurch einschlägige Kriterienkataloge wie z. B. QIP [55] oder EQUIHP [7] unberücksichtigt blieben. Eine weitere Limitation betrifft die Gliederung und die Bezeichnung von Kriterien im Rahmen der redaktionellen Bearbeitung. Beim Versuch einer vollständigen Bestandsaufnahme von Beschreibungsmerkmalen im Feld unterliegen etwa die Bezeichnung von Dimensionen, die Definition von Indikatoren, die Einteilung der Kriterien dem Zwang der Zusammenlegung ähnlicher Bedeutungen und der Auswahl der für wichtig gehaltenen Aspekte. Hierbei können einerseits wichtige, aber in der unübersichtlichen Theorielage schwer erkennbare Beschreibungsmerkmale verloren gehen. Andererseits werden konventionelle, also allgemein verbreitete, aber nicht unbedingt wirkungsbezogene Kriterien begünstigt. Diese Limitatio-

nen können auf längere Sicht durch weitere Forschung behoben werden, in dem die einzelnen Merkmale systematisch auf Evidenz und die Dimensionen auf Vollständigkeit geprüft werden.

Eine weitere Einschränkung resultiert aus dem Forschungsstand selbst. Dies betrifft in besonderer Weise die Evidenzlage zu den Determinanten des Kinderübergewichts, die deutlich umfangreicher und im Sinne der Evidenzgenerierung ausdifferenzierter für verhaltensbezogene als für verhältnisbezogene Maßnahmen ist. Mit der im Projekt gewählten methodischen Vorgehensweise wurde dieser Problematik Rechnung getragen, da zusätzlich verhältnisbezogene Interventionen systematisch recherchiert und entsprechende Determinanten für Kinderübergewicht im Bereich H des Kriterienkatalogs aufgenommen wurden. Eine zusätzliche Problematik in der Erfassung und Systematisierung konzeptioneller Ansätze bei den Interventionen ist dem unterschiedlichen Stand der Implementation in den Lebenswelten geschuldet. Dies trifft insbesondere für Familien als adressiertes Handlungsfeld zu, die sich im Vergleich zu den anderen Lebenswelten erst in den letzten Jahren und mit deutlich anderen Interventionsansätzen zu etablieren beginnt.

Auch der Umfang des vorliegenden Kriterienkatalogs kann als ein limitierender Faktor betrachtet werden. Die vorzunehmende Bewertung ist sehr detailliert und damit auch aufwändig, so dass ein routinemäßiger Einsatz in der Forschung und vor allem in der Praxis an Grenzen stoßen könnte. Die Anwendungserfahrungen im SkAP-Projekt können zu einer Verdichtung des Kriterienkatalogs im Sinne einer Checkliste genutzt werden, die den beschriebenen Einschränkungen Rechnung trägt und zur Unterstützung von Versorgungsplanung und -steuerung sowie Interventionseinschätzung dienen kann.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass der Beschreibung des jeweiligen konzeptionellen Ansatzes in den Veröffentlichungen zu Interventionen im Allgemeinen und solchen zur Prävention von Kinderübergewicht im Besonderen oft wenig Raum gegeben wird. Aufgrund dessen kann auch die Systematisierung der konzeptionellen Ansätze der ausgewählten Interventionen stark limitiert sein. Dies stellt eine erste Lücke bei der Analyse der Interventionen wie auch bei der Weiterentwicklung der universellen Prävention dar.

5.2 Systematisierung und Typenbildung

Ein Ziel des Vorhabens war es, eine Übersicht der konzeptionellen Ansätze in der Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland zu erstellen sowie Lücken und Handlungsfelder in diesem Bereich zu identifizieren und darzulegen. Die Übersicht der konzeptionellen Ansätze wurde in einem mehrstufigen Verfahren, u. a. mithilfe einer systematischen Interventionsrecherche erstellt, die zum Ziel hatte, ein exemplarisches Bild der derzeitigen Angebotslandschaft dieses Feldes in Deutschland abzubilden. Das Rechercheergebnis bildete die Grundlage für die Typisierung der konzeptionellen Ansätze.

Bei der systematischen Zusammenstellung der Interventionen und bei der Typenbildung ergaben sich einige Limitationen, die im Folgenden beschrieben werden:

Auswahl der Datenbanken

Die Recherche- und Analysestrategie erwies sich als sehr umfangreich und arbeitsintensiv. In einem ersten Schritt wurden Datenbanken recherchiert. Aufgrund der hohen Anzahl existierender Datenbanken wurde eine Auswahl vorgenommen. Datenbanken einschlägiger Anbieter, wie beispielsweise der Krankenkassen, wurden nicht berücksichtigt, da hier bevorzugt eigene Angebote dargestellt werden. Die Interventionsrecherche fand überwiegend in Interventionsdatenbanken statt. Ergänzt wurde diese durch eine Recherche in Literaturdatenbanken, durch eine Handsuche sowie durch das Feldwissen der Projektbeteiligten. Die Auswahl der Datenbanken führt zu einer Einschränkung der möglichen Interventionen. Die ausgewählten Datenbanken stellen aber sicher, dass ein breites Angebotsspektrum erfasst werden konnte, wenngleich dieses Spektrum nicht mit einer Bestandsaufnahme im Sinne einer Vollerhebung zu vergleichen ist.

Interventionsrecherche

Die Interventionsrecherche wurde anhand festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt (s. Kapitel 2.2.1). Sie unterschieden sich in manchen lebensweltspezifischen Aspekten. Die Suchbegriffe wurden anhand des Kriterienkatalogs in einer gemeinsamen Diskussion unter allen Beteiligten festgelegt. Einschränkend ist an dieser Stelle anzumerken, dass diese nicht immer passgenau mit den vorgegebenen Filtern der Datenbanken übereinstimmten. Somit konnten Interventionen, die nicht unter den festgesetzten Begrifflichkeiten „verschlagwortet“ sind, mithilfe der Suche nicht erfasst werden. Die Interventionsrecherche wurde daher im Anschluss an die Datenbanksuche um eine Handsuche erweitert.

Fremd- und Eigenperspektive

Nach Abschluss der Interventionsrecherche zeichneten sich Informationslücken ab, weswegen zusätzlich eine Online-Befragung initiiert und durchgeführt wurde. Gleichzeitig konnte so die Fremdperspektive der Analyse durch SkAP-Mitarbeitende um die Eigenperspektive der Anbieter ergänzt werden. Aus diesem Grund müssen die Ergebnisse der Online-Befragung eigenständig von den übrigen Ergebnissen betrachtet werden.

Datenerhebung

Die Sichtung der Materialien und Eingabe der Daten erfolgte an unterschiedlichen Standorten und durch unterschiedliche wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen getrennt nach Lebenswelten. Diese standen in einem engen Austausch, um das Eingabeverhalten zu synchronisieren. Einschätzungen vieler Einzelkriterien erfolgten gemäß einem Rating und sind zum Teil deutlich lebensweltspezifisch. Das Verfahren war: (1) Einschätzung, (2) Diskussion unklarer Fälle mit anderen Eingebenden aus den anderen Settings. Da zusätzlich ein Beschreibungsmanual der Kriterien im Auswertungsraster fehlte, kann ein gewisser Grad an subjektiver Bewertung nicht ausgeschlossen werden. Dies betrifft insbesondere jene Kriterien, die wenig operationalisierbar waren (z. B. Evidenzbasierung, Anteil von Verhaltens- und Verhältnisprävention, Theoriebasierung, Stimmigkeit von Intervention und Theorie). Die fehlende Konsenserzielung, welche durch eine unterschiedliche Interpretation und Bewertungsroutine der vorliegenden Informationen hervorgerufen wurde, kann sich nachhaltig auf die Reliabilität der Ergebnisse ausgewirkt ha-

ben. Vor diesem Hintergrund sind sowohl die lebensweltspezifischen als auch die generischen Ergebnisse unter einer bestimmten Prämisse zu deuten.

Bei der Materialdurchsicht zur Interventionseingabe wurden erneut Interventionen ausgeschlossen, da Materialien fehlten oder zusätzliche Informationen zum Ausschluss der Intervention führten (s. Kapitel 2.2.1). Von den zunächst 347 für die Lebenswelten Familie, Schule und Kommune gefundenen Interventionen wurden 141 Interventionen in die quantitative Auswertung eingeschlossen. Diese verteilten sich jedoch ungleichmäßig über die einzelnen Lebenswelten (Lebenswelt Familie $n=36$, Lebenswelt Schule $n=40$, Lebenswelt Kommune $n=65$), sodass die generisch ausgewerteten Daten tendenziell einseitig geprägt sein können. Die Daten der Lebenswelt KiTa konnten aus personellen Gründen nicht in die quantitative Auswertung der Interventionsbeschreibungen und der Typenbildung der konzeptionellen Ansätze einbezogen werden. Diese Daten wurden separat ausgewertet und unterliegen einer anderen Beschreibungslogik.

Bestimmte Interventionen wurden bei der Selektion begünstigt: Einbezogen wurden erstens eher komplexere Interventionen, da diese am ehesten einen größeren Teil der abgeforderten Informationen liefern konnten.

Einbezogen wurden zweitens eher finanziell besser ausgestattete Interventionen mit zum Teil längerer Dauer, da diese über größere Ressourcen und qualifiziertes Personal verfügen, um geeignete Darstellungen ihrer Arbeit zu verfassen und zu veröffentlichen sowie um an der Online-Befragung teilzunehmen. Diese Interventionen bilden nicht die Breite und Vielfalt der Interventionen, wie ein Vergleich mit den wenigen verfügbaren Versorgungsdaten etwa am Beispiel KiTa zeigt [16, 27, 35].

Auswertung

Aus der Angabe „Keine Information erhältlich“ kann keine konzeptionelle Lücke abgeleitet werden. Die Nicht-Erhältlichkeit von Informationen sagt bei einigen Kriterien mehr über die Art der Quellen (z. B. große Programme mit wissenschaftlicher Evaluation) als über Grundzüge des Konzeptes (z. B. hinsichtlich der theoretischen Begründung) aus. Hiermit steigt die Wahrscheinlichkeit einer Unterschätzung der Komplexität von Interventionen, obgleich hiermit unter Umständen lediglich ein Informationsmangel beschrieben wird.

Ist ein Merkmal selten zu finden, kann das auf eine Entwicklungslücke hinweisen, aber ebenso bedeuten, dass dieses Merkmal in den vorliegenden Materialien nicht dokumentiert wurde. Da die Differenzierung zwischen möglicher Entwicklungslücke und unzureichender Dokumentation nicht erfolgen konnte, sind quantitative Beschreibungen der Einzelmerkmale nur bedingt möglich, da diese nicht zwangsläufig die Breite der verfügbaren Interventionen abbilden. Aus diesem Grund erscheint eine zusätzliche qualitative Beschreibung der Interventionen ebenfalls sinnvoll.

Typenbildung

Alle eingegebenen Daten wurden in einem Dokument zusammengeführt und von Access in Excel exportiert, um sie anschließend in SPSS statistisch auszuwerten. Die Datenübertragungen wurden manuell überprüft und fehlerbereinigt, um Übertragungsfehler auszumerzen. Die

Notwendigkeit der Fehlerüberprüfung und Modifizierungen haben zu zeitlichen Verzögerungen im Projektverlauf geführt. Die Erreichbarkeit der Projektziele wurde jedoch nicht gefährdet.

Für die Identifikation konzeptioneller Ansätze aus den verfügbaren Daten wurden zunächst Methodentypen auf Basis ausgewählter Kriterien gebildet und beschrieben. Die weitere Identifikation von Typen erfolgte mittels eines multivariaten typenbildenden Auswertungsverfahrens (Clusteranalyse). Die Clusteranalyse wurde anhand ausgewählter Kriterien des Kriterienkatalogs vorgenommen. Sie bildet eine simplifizierte Darstellung des Gesamtansatzes durch ihre Beschränkung auf drei Kriterien:

1. „Anzahl an Methodentypen [geringes/mittleres Methodenspektrum (≤ 3)/großes Methodenspektrum (> 3)]“ (B_1),
2. „Multimodaler Ansatz (lebensweltübergreifend und zentral koordiniert) [ja/nein]“ (B_8),
3. „Mehrkomponentenansatz [ja/nein]“ (B_7)

Mithilfe der Clusteranalyse wurden zunächst generische Grundtypen gebildet und diese anschließend getrennt nach Lebenswelten ausgewertet. Diese Vorgehensweise von der generischen Sicht auf die lebensweltspezifische Sicht zu kommen, vernachlässigt mögliche Typen, die beispielsweise nur lebensweltspezifisch relevant sind. Bestimmte lebensweltspezifische Besonderheiten – wie besondere Methoden oder Zugangswege – finden jedoch in der lebensweltspezifischen Ergebnisdarstellung ihren Raum.

Bei den sieben identifizierten Typen konzeptioneller Ansätze der Lebenswelten Familie, Schule und Kommune kann festgestellt werden, dass sich zwei Pole der Ausprägung bilden: der singular fokussierte Ansatz (Typ 2) und der komplex koordinierte Ansatz (Typ 7). Die übrigen Typen können als eine Abstufung zwischen diesen beiden Pole betrachtet werden (s. Kapitel 4.2.2.). Die vorgeschlagenen Typen bilden somit Stufen von Komplexität ab, also eine mögliche Dimension von Interventionsansätzen. Komplexität wird dabei in drei Teilaspekten abgebildet, die eng miteinander zusammenhängen: Modularität, Teilinterventionen und Einzelmethoden. Somit stößt das Verfahren der rein quantitativen Typenbildung an seine Grenzen, ein qualitativer Blick auf die Interventionen erscheint daher lohnenswert.

5.3 Diskussion der generischen Lücken und Handlungsfelder

Nachfolgend werden die Lücken und Handlungsfelder für alle vier Lebenswelten, die sich aus der quantitativen und zum Teil qualitativen Betrachtung der Interventionen ergeben, diskutiert.

Dokumentation und Material

Häufig waren die Materialien zur Gewinnung der Informationen unzureichend, was dazu führte, dass Interventionen angesichts der abgeforderten Informationen des umfangreichen Kriterienkatalogs nicht beschrieben und näher charakterisiert werden konnten. Besonders problematisch erwiesen sich die Determinanten des Kinderübergewichts (Dimension H im Kriterienkatalog), die in den vorliegenden Materialien nur selten so detailliert beschrieben wurden, wie sie der Kriterienkatalog abfragt.

Theoretische Fundierung

Anhand der verfügbaren Daten war eine Beschreibung der theoretischen Fundierung von Interventionen häufig nicht oder nur vereinzelt möglich, obwohl diese für die Interventionsgestaltung oftmals wesentlich sind. Theoretische Fundamente werden oft nicht dargelegt, es wird nur summarisch-plakativ auf solche verweisen, obgleich eine genaue Prüfung der Schlüssigkeit der Ableitung von Interventionen aus dem theoretischen Fundament erforderlich wäre.

Verwendung von Zielsystemen

Häufig wurden bei allen in Betracht gezogenen Interventionen zwar Haupt- aber keine Teilziele formuliert bzw. kein differenziertes Zielsystem. Um Projekte passgenau zu planen und umzusetzen, bietet sich ein Zielsystem jedoch an.

Wirksamkeitsnachweise

Es fehlen Nachweise bzw. Angaben zur Breitenwirksamkeit. Wirkungsabschätzungen für Programme wurden teilweise erst nach deren Einführung geliefert. Wirksamkeit scheint also kein zwingend erforderliches Merkmal der Veröffentlichung und Durchführung von Interventionen zu sein. Dies entspricht auch der internationalen Forschungslage über Strategien zur Implementation von Übergewichtsprävention in der Frühen Bildung [59].

Einbettung in übergeordnete Gesamtstrategien

Bei den recherchierten Interventionen wurden selten Hinweise gefunden, dass die Projekte in eine übergeordnete Strategie eingebettet sind. Es scheint, dass es sich häufig um Einzelinterventionen handelt. Dies kann darauf zurückzuführen zu sein, dass eine Einbettung in übergeordnete Gesamtstrategien u. a. eine umfassende datenbasierte Planung erfordert. Für die Gestaltung einer weniger obesogenen Umwelt ist eine solche Strategie essenziell, sodass die Maßnahmen vor Ort passgenau angelegt werden und somit zu mehr Akzeptanz bei den Adressaten führen.

Für die Entwicklung übergeordneter Strategien im Hinblick auf Vernetzung der regionalen Akteure und Akteurinnen sowie für den Aufbau von Präventionsketten ist ein lebensweltübergreifender Ansatz obligatorisch.

Gesundheits- und Bildungsmonitoring

Eine systematische bundesweite Erfassung und die Implementierung eines integrativen Gesundheits- und Bildungsmonitorings erscheint sinnvoll, um gesundheitliche und bildungsbiografische Daten regelmäßig auswerten zu können. Die engen Wechselwirkungen von Bildung und Gesundheit zeigen hier eine entsprechende Notwendigkeit. Eine zielgerichtete Erfassung von Daten, z. B. im Zuge des Gesundheits- und Bildungsmonitorings oder der Erfassung integrierter Ansätze, sollte weitestgehend standardisiert und lebensweltübergreifend in einer zentralen Datenbank zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter gesammelt werden. Eine besondere Herausforderung wird an dieser Stelle sein, Daten aus dem familiären Kontext zu gewinnen, da es wenig systematische Zugänge zu jungen Familien gibt – anders als in den Lebenswelten KiTa und Schule.

Eine solche Datenbank sollte darüber hinaus Evaluationsergebnisse von Interventionen möglichst breit erfassen. Dafür könnte es sinnvoll sein, Fördergelder an eine Veröffentlichungspflicht der Evaluationsergebnisse zu knüpfen.

5.4 Diskussion der lebensweltspezifischen Lücken und Handlungsfelder

5.4.1 Lebenswelt Familie

Familie als Lebenswelt

Die Lebenswelt Familie unterscheidet sich von den anderen hier betrachteten Lebenswelten Kommune, KiTa und Schule. Sie ist weniger an einen Ort gebunden, als dass sie aus einem sozialen Konstrukt besteht, welches unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Bei der Gestaltung einer Intervention für die Lebenswelt Familie sind daher einige Aspekte zu beachten. Familie gilt in Deutschland als autonom, Interventionen scheinen daher erfolgversprechender, wenn sie auf Basis einer freiwilligen Teilnahme der Adressaten erfolgen können. Daher findet sich in diesem Feld hauptsächlich der Verhaltensansatz.

Die Lebenswelt Familie wird in den betrachteten Interventionen direkt, aber ebenfalls immer wieder indirekt über andere Lebenswelten wie z. B. die Kommune, die KiTa oder über die Schule adressiert. Die Lebenswelt Familie scheint sich noch nicht als eigenständiges „Feld“ der Gesundheitsförderung und Prävention etabliert zu haben. Die Ergebnisse zeigen ein heterogenes Angebotsspektrum, das insbesondere durch offene Beratungsangebote, Vorsorgeleistungen (im Kontext der Familienwerdung) sowie Hebammenangebote gekennzeichnet ist. Die Betrachtung der Entwicklungen der letzten drei Jahre zeigt eine zunehmende Bedeutung der Frühen Hilfen, die jedoch im Sinne der Primärprävention noch deutlich ausbaufähig scheinen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Interventionen methodisch und inhaltlich anders darstellen als z. B. in den Settings KiTa und Schule. Da die räumliche und institutionelle Orientierung der Lebenswelt Familie nicht vorgegeben ist, unterscheiden sich die Interventionen im Strukturierungsgrad und den Zugangswegen zu den Adressaten zum Teil erheblich von den anderen Lebenswelten.

Dokumentation und Material

Das Problem der fehlenden schriftlichen Dokumentationen bzw. deren Verfügbarkeit war in der Lebenswelt Familie stärker ausgeprägt als in den anderen untersuchten Lebenswelten. Bei den zur Verfügung gestellten Materialien zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. Teilweise standen nur unzureichende Informationsmaterialien der Interventionen zur Verfügung, was dazu führte, dass diese nicht beschrieben und näher charakterisiert werden konnten. Die Beschreibung der fokussierten Determinanten von Kinderübergewicht (Dimension H im Kriterienkatalog) ist für die Lebenswelt Familie aufgrund der unzureichend vorliegenden Materialien derzeit nur sehr eingeschränkt möglich.

Es kann zudem sein, dass es durchaus weitere konzeptionelle Ansätze zum Teil auch mit komplexen settingübergreifenden Ansätzen gibt, die jedoch aufgrund der unzureichenden Datenlage oder aufgrund anderer Ausschlusskriterien nicht ausgewertet werden konnten. Eine der

wesentlichen Limitationen aus der Perspektive der Lebenswelt Familie scheint daher die generische Betrachtung des gesamten Feldes. Die lebensweltsspezifischen Besonderheiten konnten bei der Gesamtbetrachtung des Feldes nur unzureichend berücksichtigt werden. Ansätze wie beispielsweise aufsuchende Fallarbeit, wie sie in der Sozialen Arbeit verbreitet ist, finden hier keine Berücksichtigung. Sie bergen jedoch großes Potenzial für das Feld der familiären Gesundheitsförderung, insbesondere wenn es um die Ansprache z. B. von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen oder Ein-Eltern-Familien sowie die Reduktion von Stigmatisierungsgefahren geht.

Ein gemeinsames Verständnis von den Inhalten und wie diese vergleichbar dokumentiert werden sollten, ist daher in der Lebenswelt Familie notwendig. Dieses Verständnis sollte getragen werden durch Akteure und Akteurinnen aus

- der Forschung (relevant z. B. für die Entwicklung und Evaluation von Interventionen),
- der Praxis (wichtig bei der Umsetzung),
- der Politik (Voraussetzung für Projektmittelvergabe, aber auch Sicherstellen von ausreichenden Mitteln und Ressourcen) sowie
- dem akademischen Nachwuchs im Feld (im Rahmen der Ausbildung und Weiterbildung).

Spezifische Einflussfaktoren der Lebenswelt Familie

Die Lebenswelt Familie bietet einen frühen Ansatzpunkt für Maßnahmen zur Primärprävention von Kinderübergewicht. Die ermittelten Determinanten im Kriterienkatalog verweisen auf pränatale Einflussgrößen sowie familiär bedingte Potenziale der Kinderübergewichtsprävention.

In der Phase der Familienwerdung scheint dabei folgenden Determinanten eine besonders wichtige Rolle zuzukommen:

- Bewegung und Ernährung in der Schwangerschaft
- Bindungsförderung
- Stillen
- Kompetenzentwicklung (in den Bereichen psychosoziale Kompetenzen, Ressourcenstärkung sowie Eltern-Kind-Interaktion)

Bei der Auswertung der Daten der Lebenswelt Familie fiel auf, dass viele der Interventionen mehrere Themen zeitgleich adressieren und somit einen ganzheitlichen, gesundheitsförderlichen Ansatz verfolgen. Dieser ganzheitliche Ansatz, der sehr häufig auch die psychische Gesundheit und allgemeine Lebenskompetenzen mit weiteren Gesundheitsthemen wie Bewegung und gesunde Ernährung kombiniert, kann in der Lebenswelt Familie bereits jetzt positiv hervorgehoben werden. Diese Determinanten von Gesundheit bilden die wesentlichen Bausteine für ein gutes Miteinander der ganzen Familie und ein gesundes Aufwachsen der Kinder.

Ausführung der theoretischen Konzepte

Großes Potenzial liegt in der Beschreibung der für die Lebenswelt Familie zugrunde gelegten theoretischen Konzepte. Häufig wurden zwar Hinweise auf die Nutzung einzelner Modelle oder Konzepte gegeben, diese werden im Weiteren jedoch nicht näher ausgeführt. Hier wäre die Ausgestaltung der Theorien durch passgenaue Methodennutzung in den Interventionen zielführend, wie beispielsweise die immer wieder genannte Bindungstheorie. Nicht immer konnte die Ableitung der Interventionsinhalte auf die in der Literatur beschriebenen bzw. genannten Theorien zurückgeführt werden. Sofern eine Intervention auf einer Theorie basiert oder sich auf ein spezifisches Konstrukt wie der Förderung der Selbstwirksamkeit der Eltern oder der Resilienz der Kinder richtet, ist es wünschenswert, Inhalte und Methoden der Intervention aus der genutzten Theorie abzuleiten und diese mit einem Zielsystem zu verknüpfen. Darüber hinaus fällt auf, dass der Transitionsansatz noch vergleichsweise selten Berücksichtigung findet im Bereich der familiären Gesundheitsförderung.

Verwenden von Zielsystemen

Um eine Intervention effektiv und qualitätsgesichert durchzuführen, würde sich die Formulierung von Haupt- und Teilzielen bzw. eines differenzierten Zielsystems anbieten. Hier wäre es wünschenswert, dass die Bezüge eines theoretischen Konzeptes in Kombination mit den Zielen dargestellt und detailliert ausgeführt werden (Zielmatrix – z. B. durch Intervention Mapping). So könnte beispielsweise die allgemeine Formulierung der Förderung eines gesunden Aufwachsens bei Kindern oder einer Vernetzung von Akteuren und Akteurinnen im Stadtteil zur besseren Unterstützung von Familien um konkrete [Teil-]Zielformulierungen ergänzt werden. Grundsätzlich sollten aus der Perspektive der Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Planungsmodelle wie das Intervention Mapping oder das PRECEDE/PROCEED-Modell Berücksichtigung finden.

Vernetzung als integrierte Gesamtstrategie

Die Netzwerkarbeit und ihre Erforschung spielt im gesundheitsfördernden und primärpräventiven Kontext zur Vermeidung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter eine zentrale Rolle. Nur das komplexe Zusammenspiel der einzelnen Lebenswelten als integrierte Gesamtstrategie kann der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Übergewichtsprävention gerecht werden. Die Netzwerke Frühe Hilfen bieten für die Lebenswelt Familie großes Potenzial, das stärker genutzt werden kann. Zurzeit steht hier häufig – trotz des gesundheitsförderlich ausgerichteten Ziels des gesunden Aufwachsens der Kinder – die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung im Mittelpunkt. Da hier alle wichtigen Akteure und Akteurinnen für Gesundheitsförderung und Prävention zusammenkommen, könnte das Thema der Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter deutlicher verankert werden als dies bislang der Fall ist.

5.4.2 Lebenswelt KiTa

Die Daten belegen, dass für verschiedene Interventionsebenen (wie Strukturbildung, Organisationsentwicklung, Vernetzung, Verhaltensmodifikation, Gesundheitsinformation), für alle Zielgruppen (Kinder, Eltern, Fachkräfte) und Handlungsansätze (Ernährung, Bewegung, Selbstre-

gulation) Interventionen in Deutschland verfügbar sind. Alle aus den Daten abgeleiteten Ansätze (Typen) werden in der Lebenswelt KiTa mit Angeboten bedient, wenn auch unterschiedlich viele Interventionen zu den jeweiligen Typen vorliegen.

Es fallen mehrere Problemlagen ins Auge, die vor allem Schwierigkeiten der Vermittlung zwischen Interventionsanbietern und nutzenden Einrichtungen betreffen:

Versorgungslage

Die tatsächliche Verbreitung der Interventionen ist unbekannt. Im Rahmen dieses Projekts wurde für das Setting KiTa eine hohe Zahl an Interventionen recherchiert und rund 100 Vorhaben einbezogen; bei etwa 100 weiteren waren die Informationen lückenhaft, zahlreiche punktuelle Maßnahmen konnten nicht erfasst werden. Der methodische Zugang führt zu einem gewissen Verzerrungseffekt, da vor allem komplexere sowie finanziell besser ausgestattete Interventionen einbezogen wurden, die über Ressourcen und qualifiziertes Personal verfügen, um geeignete Darstellungen ihrer Arbeit zu verfassen und zu veröffentlichen. Damit bilden die ausgewerteten Interventionen nicht die Breite und Vielfalt der Versorgungswirklichkeit in der Lebenswelt KiTa ab. Die Beobachtungen verweisen auf eine große Breite koexistierender Maßnahmen von verschiedener Nutzungshäufigkeit, Wiederholungs- bzw. Umsetzungsdauer (für aufeinander folgende Kindergenerationen) und Implementationstiefe.

Themen und Inhalte

Die Darstellung der Projektaktivitäten hat direkte Auswirkungen auf die vorhandenen Möglichkeiten zur Systematisierung und Bewertung. Die Beschreibung der tatsächlich durchgeführten Projektaktivitäten ist in den vorliegenden Materialien sehr heterogen. Bei finanzierten Projekten, die dem Förderer einen ausführlichen Abschlussbericht vorlegen müssen, finden sich dazu oft detailliertere Informationen. Bei kleineren Vorhaben und Vorhaben ohne Vorgaben des Förderers sind die Qualität bzw. der Umfang und der Detaillierungsgrad des Materials deutlich geringer. Bei „buchbaren“ Interventionen sowie bei Großprojekten werden die Aktivitäten dagegen häufig gut strukturiert dargestellt. Ein Problem besteht dabei insofern, als dass die KiTas in der Regel individuell über die Inanspruchnahme und Umsetzung der angebotenen Maßnahmen entscheiden können. Informationen über die tatsächliche Inanspruchnahme und die Form der Durchführung ist aus den Materialien jedoch nicht ersichtlich. Bei einigen [Groß-]Projekten war es z. B. nicht möglich, auf Ebene der KiTa zu beurteilen, welche Aktivitäten wie oft und wie lange durchgeführt werden. Somit ist eine quantitative Erfassung der entsprechenden Kategorien nur auf Ebene des [Groß-]Projektes möglich, nicht jedoch auf Ebene der KiTa.

Weitere Fragestellungen können mit dem vorliegenden Material ebenfalls nicht beantwortet werden, z. B. in wie vielen KiTas in irgendeiner Form das Thema Übergewicht bearbeitet wird, welche KiTas konkrete Projekte umsetzen und wie akzeptiert und verbreitet sie sind. Weil die Verstetigung der Vorhaben über die Projektlaufzeit hinaus ein wesentlicher Aspekt bezüglich der Wirksamkeit sein kann, stellt sich auch die Frage nach der tatsächlichen Einbindung bzw. Partizipation des pädagogischen Personals. In den vorliegenden Materialien ist jedoch häufig unklar, ob und inwiefern das pädagogische Personal explizit geschult bzw. gefördert werden sollte, zukünftig eigenständig Vorhaben zu entwickeln und durchzuführen – auch, um nicht ausschließlich von externen Projektträgern bzw. einem externen Projektmanagement und da-

mit externen Ressourcen abhängig zu sein. Die Auswertung konnte hier lediglich aufzeigen, dass wesentliche Teile der Konzeption und Koordination der Vorhaben von externen Projektträgern bzw. einem externen Projektmanagement verantwortet wurden. Dabei könnte eine effiziente Nutzung der vorhandenen eigenen, internen Ressourcen hinsichtlich Zeit, finanzieller Mittel und Kompetenzen der Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen hilfreich sein, um Nachhaltigkeit herzustellen.

Strukturentwicklungsprogramme

Ein großer Teil der feldspezifischen Beschreibungskriterien, die aus dem Expertenwissen verfügbarer Qualitätsmanagementsysteme abgeleitet werden konnten, waren strukturnahe Prozesskriterien, also Anforderungen an die Alltagsgestaltung. Diese müssen in Regularien wie etwa dem Qualitätshandbuch der Träger verankert sein, um dauerhaft wirksam zu werden und sie erfordern teilweise zusätzlich Strukturverbesserungen, z. B. Ausstattung der Essensräume, Vorgaben für den Essenslieferanten oder Änderungen des Tagesablaufs. Soweit dazu Investitionen notwendig sind, ist ihre Umsetzung erheblich erschwert. Es fehlen übergreifende, fachlich gesteuerte Förderprogramme (etwa des Bundes) zur systematischen Verankerung der Bedingungen geeigneter Programme in Einrichtungen wie KiTa oder Schule.

Qualität

Kleine, punktuelle Interventionen sind für Träger und Fachkräfte mit den geringsten Zugangshürden, Schwierigkeiten, Kosten und Voraussetzungen verbunden und können leicht durchgeführt werden. Es fehlen jedoch in vielen Programmbeschreibungen Angaben zu den Interventionskernen. Die vor Ort vorzunehmenden Anpassungen sind nicht beschrieben – etwa an die stark divergierenden Räumlichkeiten, Gruppengrößen und Ausstattungen der einzelnen KiTas bei verschiedenen Trägern und in verschiedenen Bundesländern. Die Durchführungsqualität und die Wirksamkeit sind daher nicht einzuschätzen.

Programmsteuerung

Ahnliche Ansätze werden von verschiedenen Anbietern verfolgt, die Auswahl des Vorhabens erfolgt also wenigstens teilweise unter konkurrierenden Angeboten. Dies spiegelt die Unübersichtlichkeit der von Bildungsföderalismus und Ansatzvielfalt (gemäß Kinder- und Jugendhilfegesetz) geprägten Unterschiedlichkeit der Träger und KiTas wider: Neben den Landesbildungsprogrammen sind die Qualitätsrahmen der einzelnen freigemeinnützigen und kommunalen Träger sowie häufig zudem die Konzeptionen der einzelnen KiTas bestimmend für die Bereitschaft zu Gesundheitsinterventionen. Es fehlt eine Instanz oder ein Angebot an geeigneten Informationen, die/das Einrichtungsträger und Fachkräfte befähigt, zueinander passende und aufeinander aufbauende Interventionen auszuwählen.

Vergleichende Interventionsberatung

Es fehlen Konsultationsgremien, die neutral Fragen zur Auswahl beantworten. Zahlreiche Programmanbieter bieten Beratung, doch ist diese infolge der wettbewerblichen Aufstellung in der Regel in ihrem eigenen Sinne gestaltet. Neutrale Gremien wie die Landesvereinigungen für Gesundheit, Fachberatungsstellen der Träger oder der Öffentliche Gesundheitsdienst sind aufgrund ihrer personellen Ausstattung nur vereinzelt imstande, diese Aufgabe zu übernehmen.

Das Fehlen einer fachlichen und neutralen Beratungsmöglichkeit zur Wahl des Vorgehens ist insofern gravierend, als angesichts der Fülle unterschiedlicher Programme eine hohe Professionalität zur Auswahl der geeigneten Vorgehensweisen für die Bedingungen der eigenen Einrichtung erforderlich ist. Allein die Menge der Interventionen kann abschreckend sein.

Brauchbarkeitskriterien

Wesentliche Merkmale des Vorgehens sind in den Darstellungen der Interventionen intransparent, darunter die meisten Nebengütekriterien, insbesondere der erforderliche Zeitaufwand für Fachkräfte in der Einrichtung, ein wichtiger Aspekt der Kosten.

5.4.3 Lebenswelt Schule

Insgesamt ließen sich über die datenbankbasierte Recherche 91 Interventionen identifizieren, von denen 40 anhand des Kriterienkatalogs näher charakterisiert wurden. Zwar wurde bei der Auswahl der Interventionen auf eine ausreichende Spreizung geachtet, jedoch kann aufgrund des nicht-kriteriengeleiteten Vorgehens nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte konzeptionelle Interventionsansätze unberücksichtigt blieben. Überdies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Feldrepräsentativität erheben. Die zutage geförderten Ergebnisse stellen somit eine selektive Momentaufnahme dar, die durch weitere systematische Recherchen und Analysen fortzuführen ist. Nachfolgend werden zentrale, für die Lebenswelt Schule identifizierte Lücken benannt und beschrieben.

Schwerpunkt des Interventionsansatzes

Im Vergleich zu den anderen untersuchten Lebenswelten gehört die Schule zu den organisationalen Settings, das sich durch einen hohen Formalisierungs- und Strukturierungsgrad auszeichnet. Hier lassen sich neben verhaltensorientierten Angeboten auch verhältnisbezogene Interventionen umsetzen, die vor allem an den Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessen der Schule ansetzen. Die lebensweltsspezifischen Ergebnisse zum Schwerpunkt des Ansatzes zeigen jedoch, dass lediglich 5 % aller Schulinterventionen eine verhältnispräventive Ausrichtung aufweisen. Weitere 48 % lassen sich als Mischansätze charakterisieren, jedoch überwiegt hier in der Hälfte der Fälle ein auf das individuelle Verhalten fokussiertes Vorgehen. Somit lässt sich für die Übergewichtsprävention im Setting Schule eine verhaltenspräventive Schwerpunktlegung konstatieren, die durch weitere Aktivitäten im Bereich der bedingungsbezogenen Übergewichtsprävention anzureichern ist. Dabei wäre im Sinne des Settingsansatzes auf eine Integration von verhaltens- und verhältnisbasierten Strategien in ein ganzheitliches Interventionsangebot zu achten.

Unterschiedliche Unterstützungsbedarfe der Schulen und Passung mit den schulischen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen

Neben dem einerseits eher wissenschaftsgeleiteten Anspruch der Umsetzung möglichst komplexer Angebote als „Königsweg“ der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention, sind andererseits die schulischen Realitäten und Umsetzungsmöglichkeiten stärker zu reflektieren.

So weisen Ergebnisse der Implementationsforschung im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung darauf hin, dass Schulen auf Basis vorhergehender Erfahrungen und Ausgangslagen unterschiedliche Unterstützungsbedarfe haben [12, 45]. So könnten komplexe und ganzheitliche Interventionen der Übergewichtsprävention, welche neben dem individuellen Verhalten ebenfalls die Verhältnisse fokussieren, Schulen, die bisher keine Erfahrungen mit entsprechenden Interventionen haben, überfordern. Dies kann sich nachteilig auf die Umsetzung sowie auf die Bereitschaft der langfristigen Bearbeitung gesundheitlicher Anliegen auswirken. Demzufolge gilt es, neben den Interventionen ebenfalls Reflexionshilfen bereitzustellen, auf Basis derer Schulen entscheiden können, ob das Interventionsangebot eine Passung mit den schulischen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen aufweist. Gerade für Schulen ohne Erfahrung im Bereich der Übergewichtsprävention kann es durchaus sinnvoll sein, mit einfachen und robusten Interventionen zu starten und darauf aufbauend komplexere Interventionen durchzuführen. In diesem Zusammenhang zu nennen sind so genannte „Nudges“, also kleine Anstöße zur Veränderung des individuellen Verhaltens, die sich auch im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention als geeignete Interventionsstrategie erwiesen haben [36].

Informationsdefizit

Neben der an den schulischen Bedürfnissen ausgerichteten Interventionskomplexität sind seitens der Interventionen ausreichend Möglichkeiten vorzusehen, Schulen in verschiedenen Phasen der Umsetzung zu unterstützen. Die Ergebnisse des SkAP-Projektes zeigen in den Bereichen Implementationsvoraussetzungen und Durchführungsunterstützung deutliche Entwicklungspotenziale. Zwar finden sich sowohl in den recherchierten Datenbanken als auch auf den Websites der Interventionen zahlreiche Grundinformationen (z. B. thematische Ausrichtung, Zielgruppe, Umfang), jedoch mangelt es vor allem an Informationen zur Schulpassung sowie an Informationen zu den Umsetzungsbedingungen. Neben Informationen zu den räumlichen, personellen und materialbezogenen Bedarfen (also den von Schule zu erbringenden ökonomischen und zeitlichen Aufwendungen) fehlen meist Angaben zu implementationsförderlichen Bedingungen (bzw. Angaben sind allenfalls auf Informationen zu etwaigen Schulungsangeboten begrenzt). Von wenigen Ausnahmen abgesehen, mangelt es oftmals an Erfahrungsberichten oder Angaben zur Verbreitung der Intervention (mit Information über teilnehmende Schulen). Dieses Informationsdefizit kann einerseits dazu führen, dass (gute) Interventionen nicht angenommen werden und erhöht andererseits die Gefahr, dass sich die Umsetzung als problematisch erweist. Bei der Interpretation des Informationsdefizits ist generell zu berücksichtigen, dass sich das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund begrenzter Ressourcen (und der selektiven Allokation) als kompetitiv darstellt, womit die Bereitschaft von Interventionsanbietenden zur umfänglichen Informationsweitergabe zum Teil begrenzt ist.

Berücksichtigung von Gender und Vielfalt/Diversität

Trotz der breiten und vielfältigen Interventionslandschaft konnten für das Setting Schule weitere inhaltliche Entwicklungsbedarfe identifiziert werden. Hierzu gehört unter anderem die mangelnde Ausrichtung an geschlechts- und diversitätsbezogenen Besonderheiten der Adressaten, welche bei lediglich 15 % bis 25 % vorzufinden war. Gerade für die diversitätssensible Übergewichtsprävention ergibt sich für das Setting Schule ein geeigneter Handlungsraum, da Schulen

im Zuge der Inklusionsbestrebungen für die Themen Heterogenität und Vielfalt sensibilisiert und entsprechend auf der Suche nach geeigneten Interventionskonzepten sind.

Eng hiermit einhergehend muss konstatiert werden, dass weitere bildungspolitische Reformbestrebungen sowie generell die Kernanliegen des Settings Schule nur unzureichend von den im Projekt eingeschlossenen Interventionen der Übergewichtsprävention berücksichtigt werden. Hierzu zählt einerseits die Ganztagschulentwicklung, die einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Ernährungssituation der Schüler/-innen hat (z. B. Gestaltung der Mittagsversorgung), aber auch die Tatsache, dass Schulen vor allem durch den im Schulgesetz verankerten Bildungsauftrag legitimiert werden und jede Intervention sich an diesem Bildungsauftrag auszurichten hat. Mit der „Guten gesunden Schule“ liegt ein Ansatz vor, der Bildung und Gesundheit auf systematische Art und Weise miteinander verknüpft und von Interventionen der Übergewichtsprävention stärkere Beachtung erfahren könnte.

Lebensphasensensible Übergewichtsprävention

Schließlich kann festgestellt werden, dass Interventionen nicht ausreichend auf Transitionsphasen, d. h. wichtigen Übergängen im Lebensverlauf von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind. So verweisen epidemiologische Befunde darauf, dass die körperliche Aktivität Heranwachsender nach dem Eintritt in die Schule sowie im Altersgang und im Übergang in die Sekundarstufe u. a. aufgrund der mit der Fächerorientierung einhergehenden zunehmenden Sitzzeiten sukzessive abnimmt [34]. Es bedarf somit einer lebensphasensensiblen Übergewichtsprävention, die wichtige Übergänge gezielt berücksichtigt. Damit einhergehend, konnten relativ wenige schulische Interventionen identifiziert werden, die sich über mehrere Schuljahrgänge erstrecken (von der Grundstufe zur Sekundarstufe). Dies erhöht die Gefahr von Interventionsbrüchen bzw. die Wahrscheinlichkeit, dass Heranwachsende mit unterschiedlichen inkonsistenten und nicht aufeinander bezogenen Interventionen konfrontiert werden. Hier wäre ein Interventionssystem mit logisch aufeinander aufbauenden Maßnahmen der Übergewichtsprävention innerhalb verschiedener Schulformen und -typen ein sinnvoller Entwicklungsimpuls.

5.4.4 Lebenswelt Kommune

Heterogene Interventionen in der Lebenswelt Kommune erschweren eine quantitative Systematisierung. Demzufolge werden die quantitativen Ergebnisse mit einem ergänzenden qualitativen Blick auf die kommunalen Interventionen diskutiert. Einige Ergebnisse sind in den generischen Teil des Kapitels bereits eingeflossen.

Folgende Lücken bzw. Handlungsfelder konnten für die Lebenswelt Kommune in den quantitativen Ergebnissen aufgefunden werden:

Diskussion der quantitativen Ergebnisse für die Lebenswelt Kommune

Kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen

Aus den quantitativen Daten geht hervor, dass die kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen lediglich bei einem Drittel der zugrunde gelegten Interventionen umgesetzt

wird. In internationalen Studien wird dieser Aspekt als zentraler Erfolgsfaktor für kommunale Gesundheitsmaßnahmen hervorgehoben [26]. Somit scheint es im Bereich der Kinderübergewichtsprävention einen deutlichen Nachholbedarf im Bereich der Planungsverfahren zu geben. Diese zeichnen sich durch die Berücksichtigung von Partizipation und lokaler Rahmenbedingungen, durch das Bündeln von Expertise sowie durch die Vernetzung lokaler Gesundheitsakteure und -akteurinnen aus. Entwicklungspotenzial besteht zudem im Verorten der Interventionen in die kommunale Planung und Qualifizierung sowie in den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Strukturierungsgrad

Die zugrunde gelegten kommunalen Interventionen sind vorwiegend offen konzipiert. Diese Angebote lassen sich niederschwellig und gendersensibel gestalten. Häufig sind dies Regelangebote der (offenen) Kinder- und Jugendarbeit. Allerdings tendieren die Zielsetzungen dieser Angebote dazu, im Hinblick auf die Prävention von Übergewicht unspezifisch zu sein.

Die Multiplikatoren kommen vorwiegend aus dem Sozial- und Bildungsbereich, wodurch häufig ein spezifisches Fachwissen im Bereich der Prävention von Kinderübergewicht (wie überhaupt der Prävention und Gesundheitsförderung) fehlt.

Partizipation

Hinweise auf einen Einbezug der Adressaten in die Planung und Umsetzung der Projekte konnten in über der Hälfte der Interventionen gefunden werden. D. h., es entsteht eine partnerschaftliche Kooperation zwischen den Adressaten sowie den Akteuren und Akteurinnen. Allerdings ist nicht die Stufe der Partizipation zu erkennen (z. B. ob die Adressaten informiert werden oder ob sie die Intervention aktiv mitbestimmen und gestalten können). Es ist auch nicht zu erkennen, ob die Partizipation bzw. Beteiligung der Adressaten schon bei der Interventionsentwicklung berücksichtigt wird. Hier tut sich ein neues Handlungsfeld nicht nur für die Prävention von Kinderübergewicht auf.

Adressatengerechte Zugangswege

Die Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern sollte in kommunalen Interventionen besser gestaltet werden. Lediglich bei rund der Hälfte der betrachteten Maßnahmen kann von adressatengerechten Zugangswegen ausgegangen werden, obgleich sie eine wesentliche Voraussetzung für einen positiven Verlauf der Intervention sind.

Lokale Besonderheiten, die Partizipation der Zielgruppe und Vernetzung in der Kommune spielen zudem eine weitere wichtige Rolle bei adressatengerechten Zugangswegen. Diese hängen wesentlich auch davon ab, wie sich die jeweilige Lebenswelt gestaltet. Sinnvoll ist es hier – wie generell in diesem Feld – auch die kleineren Einheiten einer Kommune wie Stadtteil, Quartier, Siedlung oder Wohngebiet im Fokus zu haben, um die Adressaten besser und partizipativer zu erreichen.

Laufzeit kommunaler Interventionen

Kommunale Interventionen variieren sehr stark in ihrer Laufzeit. Allerdings ist eine Tendenz zu längeren Laufzeiten erkennbar, wenn die Interventionen lebensweltübergreifend sind und einen

programmatischen Charakter haben. Diese Entwicklung sollte bei Förderausschreibungen berücksichtigt werden, da nachhaltig geplante und strukturbildende Maßnahmen einen längeren Zeitraum und mehr Ressourcen (Personal, Finanzen, Wissen usw.) in Anspruch nehmen. Partizipative Planungsverfahren und die Vernetzung von Akteuren und Akteurinnen beispielsweise an runden Tischen sind ebenfalls sehr zeit- und energieintensiv (Ressourcen) und dazu sehr stör anfällig. Auch das muss bei kommunalen sozialraumbezogenen Interventionen berücksichtigt werden.

Im Folgenden soll kurz diskutiert werden, was sich durch einen qualitativen Blick auf die Interventionen an Lücken und Handlungsfeldern erschließen lässt:

Diskussion der qualitativen Ergebnisse für die Lebenswelt Kommune

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den qualitativen Teil der Darstellung von Lücken und Handlungsfeldern in Kapitel 4.6.4, von der ein großer Teil der Handlungsempfehlungen in Kapitel 8.2.4 abgeleitet sind. Zunächst sei an dieser Stelle noch einmal auf die methodischen Limitationen der Systematisierung hinzuweisen. Diese erlauben es nicht, aus den erhobenen Daten gemäß Kriterienkatalog und dem recherchierten Material umfassende repräsentative Informationen und ebensolches Wissen über die kommunale Präventionslandschaft und Versorgungslage im Handlungsfeld „Prävention von Kinderübergewicht“ zu generieren. Die Rechercheergebnisse geben aber wichtige Hinweise auf Lücken und Handlungsfelder im kommunalen Setting, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit (vgl. Kapitel 4.6.4). Als (weitere) Handlungsfelder lassen sich hier besonders hervorheben:

Schwerpunkt des Interventionsansatzes

Da die meisten Interventionen in den untersuchten Lebenswelten am Verhalten ansetzen, fehlt es an adressatenspezifischer Verhältnisprävention im sozialen kommunalen Raum.

Dazu würde gehören, dass auch baulich-räumliche Aspekte miteinbezogen werden, wie etwa die Gestaltung von kommunalen Bewegungsflächen. Hier tut sich ein breites Entwicklungspotenzial hin zu einer weniger obesogenen Umwelt auf, bei welchem aber auch mit massiven Konflikten um den zu gestaltenden Raum mit anderen Nutzergruppen der Kommune (wie z. B. mit Autofahrern und Autofahrerinnen) zu rechnen ist.

Möglich wäre das aber zumindest bei der Integration des Themas „Prävention von Kinderübergewicht“ in die Programme der sozialen Stadtteil- bzw. Quartiersentwicklung sowie der kommunal aufgestellten Frühen Hilfen. Hier ist Gesundheitsförderung schon lange ein explizites Handlungsfeld, und die Türen stehen offen für die experimentelle und partizipative Entwicklung von Interventionen der Verhältnisprävention [54].

Ausführlichere Informationen über die Lücken und daraus abzuleitende Handlungsempfehlungen finden sich in Kapitel 8.2.4.

6 Gender Mainstreaming-Aspekte

Gender-Mainstreaming-Aspekte wurden im Rahmen der Analyse der identifizierten Interventionen berücksichtigt. Bereits bei der Sichtung der Daten wurde die Erfüllung dieses Kriteriums abgefragt und entsprechend bei der Dateneingabe in die Access-Datenbank übernommen. Der Aspekt des Gender-Mainstreamings wurde als Kriterium definiert, das eine Intervention näher beschreibt (D-3.2 im Kriterienkatalog). Er fand somit keine Berücksichtigung bei der Bildung von Typen konzeptioneller Ansätze, sondern erst im nächsten Schritt der Lückenanalyse, bei dem mittels Kreuztabellierung überprüft wurde, inwiefern die verschiedenen Interventionstypen Aspekte von Gender-Mainstreaming berücksichtigen (vgl. Kapitel 4.5 und 4.6).

Die Ergebnisse sind in 29 dargestellt.

Tabelle 29: Berücksichtigung von Gender Mainstreaming in den identifizierten konzeptionellen Typen

Gender	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5	Typ 6	Typ 7
nicht berücksichtigt	4 (80 %)	10 (83 %)	6 (67 %)	26 (61 %)	4 (57 %)	29 (74 %)	7 (78 %)
teilweise berücksichtigt	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	2 (29 %)	1 (3 %)	0 (0 %)
berücksichtigt	1 (20 %)	2 (17 %)	3 (33 %)	16 (37 %)	1 (14 %)	9 (23 %)	2 (22 %)
Gesamt	5 (100 %)	12 (100 %)	9 (100 %)	43 (100 %)	7 (100 %)	39 (100 %)	9 (100 %)

Alle Prozentangaben sind gerundet.

Typ 1 = monothematisch komplexer Ansatz, **Typ 2** = singularär fokussierter Ansatz, **Typ 3** = settingfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 4** = methodenfokussiert komplexer Ansatz, **Typ 5** = settingübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 6** = themenübergreifend fokussierter Ansatz, **Typ 7** = komplex koordinierter Ansatz

In der Gesamtansicht über alle Interventionstypen verteilt, zeigt sich, dass lediglich in 27,4 % der betrachteten Interventionen Gender-Mainstreaming-Aspekte explizit berücksichtigt werden. 3,2 % der Interventionen berücksichtigen sie teilweise und ein Großteil der Intervention – insgesamt 69,4 % – berücksichtigen Gender-Mainstreaming-Aspekte gar nicht.

Im Interventionstyp 4 finden Gender-Mainstreaming-Aspekte von der Anzahl der Nennungen am häufigsten Beachtung (n=26), am seltensten bei Typ 1 und Typ 5 (jeweils n=1). Prozentual sind Gender-Mainstreaming-Aspekte in Typ 5 am wenigsten ausgeprägt.

Bestätigt wird die mangelnde Berücksichtigung genderbezogener Aspekte durch die Ergebnisse der Online-Befragung (s. Kapitel 4.4). Hier bewerten 21 % der Befragten ihre Intervention als geschlechtssensibel, während weitere 17,5 % zumindest teilweise genderbezogene Aspekte berücksichtigt sehen. Keine Beachtung von genderbezogenen Aspekten finden sich für annähernd 62 % der einbezogenen Interventionen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Gender-Mainstreaming-Aspekte selten systematisch berücksichtigt werden und die verschiedenen Interventionstypen sie in unterschiedlicher Intensität fokussieren. Gerade angesichts der im Präventionsgesetz geforderten

Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen scheint hier ein zentrales Handlungsfeld für verschiedene Interventionstypen zur Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen zu liegen.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Vorstellung und Verbreitung der Projektergebnisse erfolgten kontinuierlich:

- Fachgespräch am 30.11.2015 in Berlin
Im Rahmen eines Workshops wurde der Kriterienkatalog als erstes Zwischenergebnis von SkAP einem ausgewählten Expertenkreis vorgestellt und gemeinsam diskutiert (vgl. Kapitel 4.1).
- Kongress „Armut und Gesundheit 2016“ am 17.03.2016 in Berlin
Die Vorgehensweise und erste Ergebnisse wurden in einem eigenständigen SkAP-Workshop im Rahmen des 21. Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin präsentiert.
- Jahrestagung DGSMP am 15.09.2016 in Essen
In einem eigenständigen SkAP-Workshop im Rahmen der 52. Jahrestagung der DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.) wurden die Arbeitsergebnisse rahmend dargestellt und nachfolgend in Form eines Open Spaces in acht Tischforen sowie einer gemeinsamen plenaren Auswertung diskutiert.
- Jahrestagung der DGMS und der DGMP am 29.09.2016 in Berlin
Anlässlich der gemeinsamen 31. Jahrestagung der DGMS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie) und der 21. Jahrestagung der DGMP (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie) konnten die SkAP-Arbeitsergebnisse präsentiert und diskutiert werden.
- Jahrestagung der EUPHA am 10.11.2016 in Wien
Während der 9th European Public Health Conference (EUPHA) wurden die Arbeitsergebnisse mit dem Schwerpunkt auf kommunale Ansätze präsentiert und diskutiert.

Ergänzend fanden zahlreiche Fachgespräche und Kooperationstreffen statt, u. a. mit Vertretern und Vertreterinnen der Landesvereinigungen für Gesundheit, des Netzwerks Junge Familie, des Robert Koch-Instituts, der Alice Salomon Hochschule Berlin und weiterer im Themenfeld aktiver Wissenschaftler/-innen.

Als weitere Präsentationen der Projektergebnisse sind geplant:

- Kongress „Armut und Gesundheit 2017“ am 16.03.2017 in Berlin
Die Programmkommission des 22. Kongress „Armut und Gesundheit“ am 16./17.03.2017 in Berlin hat den Vorschlag eines weiteren eigenständigen SkAP-Workshops angenommen.

Ergänzend ist ein weiterer fachlicher Austausch mit wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Robert Koch-Instituts geplant.

Darauf aufbauend sollen die Ergebnisse durch Publikationen in weiteren Fachzeitschriften sowie in zwei projektierten Sammelwerken einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

8 Verwertung der Projektergebnisse

Auf der Grundlage der Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland (s. Kapitel 4) sowie auf Grundlage der Diskussion der Lücken und Entwicklungspotenziale (s. Kapitel 5) können Handlungsempfehlungen zur Verbesserung von Transparenz, Koordination und Wirkungssicherung aller konzeptionellen Ansätze formuliert werden.

Neben den generischen Handlungsempfehlungen werden lebensweltspezifische Vorschläge ausgesprochen. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, um die charakteristischen Bedingungen und Entwicklungen in den jeweiligen Lebenswelten herauszustellen.

8.1 Generische Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen lassen sich den Oberkategorien Erkenntnisse/Forschung, Entwicklung, Qualität und Angebotslage zuordnen.

8.1.1 Erkenntnisse/Forschung

Da sich Kinder und Jugendliche in allen betrachteten Lebenswelten (Familie, KiTa, Schule und Kommune) wiederfinden, erscheint es notwendig, integrierte Handlungsmodelle der Gesundheitsförderung lebensweltübergreifend zu erforschen, um eine lückenlose Gesundheitsförderung und Primärprävention sicherzustellen und keine Brüche in Gesundheitsbildungsprozessen zu verursachen.

Sowohl beim Kriterienkatalog als auch bei der Analyse der Interventionen zur Übergewichtsprävention wurden Forschungslücken deutlich (s. ausführlich in Kapiteln 4.5, 4.6, 5.3 und 5.4). Dementsprechend lassen sich folgende Handlungsempfehlungen formulieren, die sich in der Reichweite und in ihrer zeitlichen Umsetzbarkeit (kurz-, mittel- und langfristig) unterscheiden.

Lücken in der wissenschaftlichen Evidenz schließen

Bestehende Lücken in der wissenschaftlichen Evidenz zur Situationsanalyse, Implementation, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Angeboten der Übergewichtsprävention in allen Lebenswelten sind durch gezielte Forschungsvorhaben zu schließen. Hierbei sollte der Fokus auf verhältnisbezogene Angebote und eine langfristige wissenschaftliche Begleitforschung gelegt werden.

Begründung:

Trotz der Vielzahl von Einzelstudien und systematischen Übersichten bestehen erhebliche Lücken in der Evidenz, insbesondere der Angebote in Deutschland. Die Defizite und hier vor allem der Nachweis von Langzeiteffekten, sind besonders ausgeprägt für verhältnisbezogene Ansätze sowie für die Kombination aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Ansätzen.

Nutzerorientierte Systematisierung aufbauen

Der Aufbau eines bundesweiten Gesundheits- und Bildungsmonitorings wird empfohlen. Dabei ist eine vollständige Bestandsaufnahme und Systematisierung der Angebote der universellen Prävention des Kinderübergewichts und ihrer wissenschaftlichen Evidenz für die verschiedenen Lebenswelten zu leisten und ein niederschwelliger Zugang sicherzustellen. Ein standardisierter und verbindlicher Kriterienkatalog zur Beschreibung von Angeboten und Ergebnisberichten der Übergewichtsprävention ist einzuführen. Parallel ist hierzu eine wissenschaftliche Überprüfung der Kriterien zu integrieren.

Die Verfügbarkeit von Materialien wie Konzepten, Dokumentationen, Evaluationsergebnissen usw. sollte zukünftig standardmäßig für Außenstehende – zumindest aber für Fördermittelgebende und die Forschung – sichergestellt werden. Hierzu könnte in einem ersten Schritt zur regelmäßigen Erfassung von Angeboten ein Standard entwickelt werden, wie solche Angebote – insbesondere lebensweltübergreifend – erfasst und dokumentiert werden. Ein reines setting-bezogenes Monitoring reicht an dieser Stelle nicht aus.

Für den unten beschriebenen Interventions-Baukasten ist zudem erforderlich, dass eine praxisnahe Beschreibung, ausgerichtet an den zentralen Interventionsthemen und -zielen, Zielgruppen und Methoden, erfolgt (s. Kapitel 8.1.2).

Begründung:

Generell fiel bei der Recherche der lebensweltspezifischen Interventionen auf, dass es zwar zahlreiche Angebote, jedoch wenig ausgearbeitete und frei verfügbare Informationen gibt, die für eine Charakterisierung der Angebote notwendig wären. Die Heterogenität der detektierten Daten und die wenig standardisierten Darstellungsformen von Inhalten, Konzepten und Ergebnisberichten erschweren die Vergleichbarkeit vorhandener Daten.

Derzeit ist es nur mit einem erheblichen Aufwand möglich, sich einen Überblick zur Angebotslage einschließlich einer Qualitätsbewertung zu verschaffen. Besonders groß sind die Hürden für eher wissenschaftsferne Akteure und Akteurinnen. Demzufolge sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Systematisierung und Analyse so aufzubereiten, dass sie in der Praxis als Hilfestellung bei der Entwicklung neuer bzw. bei der Weiterentwicklung bestehender Interventionen dienen können. Bisherige Datenbanksysteme beschränken sich zumeist auf die Darstellung von Interventionen nach zuvor festgelegten Kriterien, ohne konkrete Unterstützungsleistungen für den Rezipienten solcher Datenbanken anzubieten.

Zahlreiche Kriterien zur Beurteilung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung liegen vor. Diese sind zum Teil generisch, zum Teil lebensweltspezifisch oder spezifisch für die Übergewichtsprävention. Eine Vereinheitlichung auf zentrale Kriterien ist bis dato noch nicht erfolgt; auch fehlt eine wissenschaftliche Absicherung der einzelnen Kriterien. Der Einsatz eines verbindlichen kriterienbasierten Beschreibungs- und Bewertungsrasters würde es erlauben, bestehende Interventionen der Übergewichtsprävention einheitlich mit ausreichender Tiefe zu dokumentieren und miteinander zu vergleichen. Der Aufbau eines einheitlichen Dokumentationssystems ist innerhalb der im Rahmen des Präventionsgesetzes vorgesehenen Präventionsberichterstattung sinnvoll nutzbar.

Transdisziplinäre Vernetzung und Steuerung fördern

Für die Realisierung multikomplexer, transdisziplinärer Konzepte zur Prävention von Kinderübergewicht sind interdisziplinäre Wissenschafts-Praxis-Kooperationen erforderlich. Aus diesem Grund ist ein konsensbildendes Vorgehen sinnvoll – beispielsweise durch nationale Koordinationsgremien unter Einbezug von Landesregierungen, großen Wohlfahrtsverbänden, Kommunalverbänden und Elternvertretungen für das Setting KiTa.

Begründung:

Nationale Diskurse bestimmen stark die Akzeptanz spezifischer Interventionsanteile bei der Übergewichtsprävention [43].

8.1.2 Entwicklung

Clearing- und Beratungsstellen einrichten

Zur Auswahl, Umsetzung und Qualifizierung in der Verwendung von Programmen (Vorgehensweisen) sind landesweite Zuständigkeiten sinnvoll. Sie könnten erstens auf Vermeidung von Interventionskonkurrenz hinwirken, zweitens besonders geeignete Ansätze bekannt machen und drittens die Einrichtungen insbesondere bei der Kombination punktueller Interventionen zu umfassenden Gesamtstrategien unterstützen. Als Stellen kommen namentlich die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung in Betracht, die sowohl mit den Landesregierungen als auch z. B. mit den KiTa-Trägern in der Regel bereits in dauerhafter Kooperation stehen. Diese sollten auch in die Entwicklung der Datenbank zur Prävention (BZgA/GKV-Spitzenverband) einbezogen werden.

Planer/-innen und Entwickler/-innen qualifizieren

Es wird empfohlen, die Kompetenzen für die Konzeption und Planung von Angeboten der universellen Übergewichtsprävention zu erhöhen. Hierzu sollten entsprechende Schulungsangebote (auch web-basiert) entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Diese sollten in einem engen Bezug zu den Anforderungen in den verschiedenen Lebenswelten stehen und z. B. die bildungsbezogenen Kernanliegen in Kita und Schule adressieren.

Begründung:

Die Analyse ergab ein deutliches Defizit in der Begründung der geplanten Interventionen. Nur in den seltensten Fällen erfolgten eine theoretisch-konzeptionelle Einordnung und auf dieser Basis abgeleitete Interventionsziele und Wirksamkeitserwartungen. Allerdings ist von einer grundlegenden Bekanntheit unterschiedlicher Ansätze aufgrund der Nennungen auszugehen, deren Nutzung jedoch hinter den Möglichkeiten und auch Erwartungen zurückbleibt. Insbesondere findet eine unzureichende Verbindung der Ansätze der universellen [Übergewichts-]Prävention mit den Anforderungen und Kernanliegen in den verschiedenen Lebenswelten statt.

Evidenzbasierte Planungsverfahren einführen

Für die Entwicklung komplexer Interventionen ist ein systematisches theorie- und evidenzbasiertes Vorgehen erforderlich. Hierzu können Planungsverfahren wie Intervention Mapping ge-

nutzt werden. Für den Aufbau komplexer, kommunaler Interventionen in einer kulturell und sozial heterogenen Umwelt wurde ein spezielles Verfahren erprobt, das besonders die sensible Implementierung berücksichtigt [37, 54].

Diese Planungsverfahren gewährleisten ein sowohl wissenschaftlich fundiertes als auch partizipatives Vorgehen. Sie haben sich in internationalen komplexen Studien bewährt [57].

Allerdings sind diese Planungsverfahren aufwändig und nicht geeignet, eins zu eins in der Präventionspraxis zur Konzeptionierung eingesetzt zu werden. Es wird empfohlen, für Planer/-innen und Entwickler/-innen ein Verfahren zu adaptieren, eine Schritt für Schritt Anleitung zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Siehe Empfehlung „Planer und Entwickler qualifizieren“.

Interventions-Bibliothek einrichten

Eine Übersicht verfügbarer Vorgehensweisen würde den Fachkräften und Trägern die Auswahl erleichtern und durch Transparenz die Qualitäts- und Wirkungsmotivation der zahlreichen Programme erhöhen. Die SkAP-Recherchen bieten eine erste Datengrundlage für eine strukturierte Sammlung. Wichtig wäre dabei der Anschluss an die von BZgA und GKV-Spitzenverband entwickelte Datenbank über Präventionsmaßnahmen [2], um Doppelungen zu vermeiden und die in der Frühen Bildung sehr verbreiteten generischen Interventionen reibungslos einzubinden [27, 28]. Denn je jünger die Kinder, desto unspezifischer wirken Präventionsmaßnahmen, so z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstregulation oder Lebenskompetenzen zur Prävention von Gewalt, Sucht oder Übergewicht. Zudem würden auf diese Weise Interventionen zur gesundheitsgerechten Umgestaltung des gesamten Settings ohne spezifischen Übergewichtsbezug, aber mit zu erwartenden Effekten für Übergewicht, sicher einbezogen. Die angesprochene Datenbank bietet die Chance, eine solche Bibliothek mit geringen Zusatzkosten aufzubauen (s. Kapitel 8.1.1 „Nutzerorientierte Systematisierung aufbauen“).

Interventions-Baukasten zur Verfügung stellen: vom Einzelprojekt zur Gesamtstrategie

Für die Förderung von umfassenden Strategien wird ein praxistaugliches, schrittweises Vorgehen empfohlen: Dabei werden die punktuellen Maßnahmen zu komplexen Interventionen aufgebaut. Hierfür sind zwei Voraussetzungen zu schaffen:

Eine empfohlene Gesamtstrategie, deren Teilelemente und Mindestanforderungen sich an der Durchführungsqualität, Dauer und Dosis orientieren. Dafür könnten bestehende Leitlinien herangezogen und in Fachgremien angepasst werden.

Vergleichbare Beschreibungen der verfügbaren Einzelmaßnahmen und Programme anhand eines Schemas aus Adressaten, Interventionsthemen und Zielsetzungen (vgl. hierzu Kapitel 8.1.1 „Nutzerorientierte Systematisierung aufbauen“).

Auf diese Weise könnten die Einrichtungen ohne Mehrkosten schrittweise alle Teilmaßnahmen durchführen und verstetigen.

Begründung:

Punktuelle Maßnahmen sind leichter umsetzbar und finanzierbar und daher weit verbreitet.

Erforderlich ist ein Schema, das beschreibt, welchen genauen Nutzen die einzelnen Elemente haben und welche Art von Maßnahmen in welchem Umfang kombiniert werden müssten, um eine umfassende Strategie zu erreichen.

Bei der Analyse wurde deutlich, dass viele Projektdurchführende relevante Bewertungskriterien für Angebote der universellen Übergewichtsprävention nicht nutzen. Auch zeigen sich deutliche Varianzen bezüglich der Anwendung der Einzelkriterien, sodass deren Vergleichbarkeit selbst bei der Nutzung eingeschränkt bleibt. Gründe hierfür könnten neben dem Bekanntheitsgrad solcher Kriterien auch der Zugang zu den Kriterien und ihre Nutzbarkeit im eigenen Arbeitsalltag sein.

Lebensweltübergreifende Ansätze ausbauen

Es sollten nicht länger monosektionale Ansätze gefördert, sondern vermehrt integrierte und lebensweltübergreifende Handlungsmodelle der Gesundheitsförderung entwickelt und erforscht werden. Ein besonderes Augenmerk muss insbesondere auf die Interaktionen und Wechselwirkungen von räumlich begrenzten Settings wie KiTa und Schule mit Lebenswelten wie der Familie oder der Kommune gelegt werden. Je nach Intervention ist daher zu entscheiden, welcher Zugangsweg für die Adressaten für die Ansprache, aber auch in der Umsetzungsmethodik der Intervention der wirkungsvollste sein kann. Auch die Fokussierung der Eltern als [Co-] Akteure der familiären Gesundheitsförderung könnte im Zusammenspiel mit den anderen Lebenswelten stärker gefördert werden.

Ausgewählte Struktur- und Prozessmerkmale gezielt fördern

Verstetigung gelingt in den Lebenswelten durch Übernahme präventiver Strukturmerkmale sowie von strukturnahen Prozessmerkmalen in die Alltagsarbeit, z. B. ein gesundes Essensangebot in KiTas, die Verwendung regionaler Lebensmittel, kostengünstige oder kostenfreie Ausgabe an alle Kinder. Zur Sicherung solcher Entwicklungen könnten bundesweite gesundheits- und bildungspolitische Programme beitragen.

Vorrangig zu finanzierende Merkmale sollten in Abstimmung mit Fachgremien und Landesregierungen ausgewählt werden. Eine Übersicht bietet die Zusammenstellung der im SkAP-Projekt erarbeiteten Struktur- und Prozessmerkmale. Dabei ist generell von Bedeutung, schrittweise und gezielt die breite Umsetzung jener Einrichtungs- und Versorgungsmerkmale in Gang zu bringen, die die Durchsicht der internationalen Anforderungen an Übergewichtsprävention in den verschiedenen Lebenswelten erbracht hat (s. Kriterienkatalog – z. B. Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel, Gestaltung gesundheitsgerechter Bewegungsmöglichkeiten, Innenräume und Ausstattung, stetige Qualifizierung des Personals sowie im Alltag eingeführte Maßnahmen für Bewegungsförderung, Gesundheitslernen und Selbstregulation usw.).

Leitgedanken der universellen Prävention verankern

Wesentliche Grundprinzipien der universellen Prävention sollten bei der Entwicklung von Angeboten der Übergewichtsprävention in den Lebenswelten zwingend berücksichtigt werden, wie z. B. Gender, Vielfalt und Diversität, soziale Ungleichheit und Partizipation. Hierfür sollten entsprechende Informations- und Schulungsmaterialien sowie Checklisten zur Verfügung gestellt sowie Beratung und Begleitung angeboten werden.

Der partizipative Gedanke bei der Planung und der Durchführung der Interventionen zur Prävention von Kinderübergewicht sollte verstärkt fokussiert werden. Auf diesem Wege würde u. a. im Hinblick auf die bereits häufig adressierten Ziele Ressourcenstärkung und Empowerment der langfristige Erfolg der Interventionen unterstützt.

Begründung:

Die Auswertung der Daten ergab erhebliche Lücken bei der Berücksichtigung der Leitgedanken der universellen Prävention.

Kinder und Jugendliche beteiligen

Gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen sollte modellhaft erprobt werden, wie experimentell und partizipativ Interventionen entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden können. Dieses Vorgehen ist in Deutschland unterentwickelt, weil es sehr ressourcenintensiv im Hinblick auf Zeit, Mittel und Qualifikation ist. Es liegt wenig bis gar keine Erfahrung vor.

Begründung:

Durch die partizipative Arbeitsweise können ein Höchstmaß an Akzeptanz und Passgenauigkeit lokaler Bedingungen erreicht und vor allem Schwererreichbare einbezogen werden.

8.1.3 Qualität

Planungsqualität finanziell und strategisch fördern

Die Konzeption und Planung sollte in den Lebenswelten als eigenständige Phase betrachtet werden, in der die Bezüge zu den Anforderungen und Aufgaben in den Settings (auch im Sinne der Nutzenbewertung) hergestellt und entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die strategische Förderung der Planungsqualität wird bereits durch die oben beschriebenen Planungstools sowie evidenzbasierten Planungsverfahren wesentlich unterstützt (s. Kapitel 8.1.2). Die unten beschriebenen Projektsteckbriefe können hierbei eine zusätzliche Strukturierungshilfe darstellen. Dazu gehört auch, dass Planer/-innen die vorhandenen Evidenzen zur Wirkung von Interventionen sowie Projekterfahrungen nutzen können.

Begründung:

Die Analyse der Daten zeigt, dass der Konzeption und Planung ein zu geringer Stellenwert im Prozess der universellen Übergewichtsprävention zugesprochen wird. Diese Vermutung ergibt sich aus den häufig fehlenden bzw. nicht ausreichenden Angaben zu den Beschreibungskriterien.

Einheitliche Projektsteckbriefe von der Antragstellung bis zur Datenbank etablieren

Einheitliche Vorgaben bei der Beantragung von Fördermitteln bzw. bei der Dokumentation – beispielsweise durch festgelegte Projektsteckbriefe – unterstützen nicht nur die Antragstellenden, sondern erhöhen die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Projektideen. Zugleich wird darüber eine Transparenz bei den Angeboten der universellen Prävention erreicht. Die Projektsteckbriefe sollten mit dem Gesundheits- und Bildungsmonitoring (Dokumentationssystem) abgestimmt sein (s. Kapitel 8.1.1).

Begründung:

Die Darstellung der Projekte ist häufig unvollständig, sodass eine Übersicht zu den vorhandenen Angeboten der Übergewichtsprävention nur begrenzt gelingt. Zudem werden unterschiedliche Aspekte dargestellt, wodurch ein Vergleich der einzelnen Maßnahmen nur für Einzeldimensionen möglich ist. Hierdurch wird auch die Bewertung des Entwicklungsstandes erschwert, da keine repräsentativen Aussagen zur Umsetzung einzelner Kriterien getroffen werden können.

Voraussetzungen für Verstetigung schaffen

Die nachhaltige Umsetzung erprobter Konzepte braucht neben wissenschaftlicher Begleitung vor allem Zeit sowie materielle und personelle Ressourcen.

Begründung:

Die Verstetigung wurde in den betrachteten Interventionen nur unzureichend bedacht und muss weiter fokussiert werden. Bereits bei der Interventionsplanung sollte eine Verstetigungsstrategie vorliegen oder diese zumindest skizziert sein. Dies wird bereits in den Ausschreibungen von den jeweiligen Fördermittelgebenden gefordert. Häufig fehlen hier in der Praxis ausreichend (personelle) Ressourcen und die Förderphasen sind zu kurz, um einen stabilen Translationsprozess zu etablieren.

8.1.4 Angebotslage

Transparenz und Qualität bestehender Präventionsangebote verbessern

Bereits bestehende Angebote der Übergewichtsprävention in den Lebenswelten sollten weiterentwickelt werden. Hierbei sollte sich ein System des gemeinsamen Lernens etablieren, welches auch die Schnittmengen zu den anderen Lebenswelten berücksichtigt. Des Weiteren sollten Brauchbarkeitskriterien (insbesondere Kosten und Zeitbedarf) ausgewiesen werden. Diese Verbesserungen könnten für alle laufenden Maßnahmen mit öffentlicher Finanzierung, einschließlich der Krankenkassen verbindlich gemacht werden. Für diese Weiterentwicklung der laufenden Interventionen wäre die Einrichtung einer koordinativen Struktur (z. B. Kompetenzzentren in den Bundesländern, Verknüpfung mit den regionalen Koordinierungsstellen gesundheitliche Chancengleichheit) eine wichtige und sinnvolle Unterstützung (s. Kapitel 8.1.2 „Clearing- und Beratungsstellen einrichten“ und Kapitel 8.1.1 „Nutzerorientierte Systematisierung aufbauen“).

Begründung:

Die Akteure in den Lebenswelten sollten befähigt werden, die Prozesse und Ergebnisse der universellen Übergewichtsprävention einschätzen und bewerten zu können. Hierzu bedarf es einer entsprechenden fachlichen Expertise sowie einer verbindlichen Begleitung durch interne und externe Ansprechpartner/-innen. Hierfür sind bereits vorhandene fachliche Strukturen auf Ebene von Bundesland und Region zu nutzen.

Versorgungsanalyse vornehmen

Eine Bestandsaufnahme der Verbreitung verschiedener Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten wird empfohlen. Hierzu könnten bereits vorliegende Bestandserhebungen wie z. B. „Gesundheitsförderung in KiTas“, „BeGKi“ der BZgA 2005-2011 fortgeführt werden [27, 28].

Begründung:

Eine Bestandsaufnahme würde den Akteuren und Akteurinnen eine Orientierung geben, wo vorrangiger Verbesserungsbedarf besteht.

8.2 Lebensweltspezifische Handlungsempfehlungen

Nachfolgend werden die abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die vier Lebenswelten beschrieben.

8.2.1 Lebenswelt Familie

Mit dem derzeitigen Fokus auf Beratung/Coaching und Schulungen wird die Verhaltensprävention gut abgedeckt. Es ist dennoch notwendig, zusätzlich verstärkt Verhältnisprävention mit einzubeziehen: hierzu zählen Vernetzung, aufsuchende Angebote in der Lebenswelt Familie sowie die Förderung der Beratungsstellen und Strukturen, die für Familien vor Ort niederschwellig erreichbar sind. In diesem Zusammenhang sollten auch die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit für die Gesundheitsförderung stärker genutzt werden.

Familie ganzheitlich betrachten

Positiv hervorzuheben ist, dass bei der Interventionsplanung tendenziell die Förderung der psychischen Gesundheit mit berücksichtigt wird. Dies ist insbesondere in der Phase der Familienwerdung (Transitionsansatz) von großer Bedeutung und sollte beibehalten und weiter ausgebaut werden. Maßnahmen, die einen ganzheitlichen Präventionsansatz fördern und damit auch die psychische Gesundheit (wie Aspekte der Bindungsförderung) zur Übergewichtsprävention fokussieren, sollten verstärkt initiiert und untersucht werden. Auf diesem Wege ließe sich die Bedeutung der psychischen Gesundheit im Kontext der Übergewichtsprävention deutlicher herausstellen und besser sichtbar machen.

Adressatenspezifische Zugangswege und Angebotsformen ausbauen

Um Unterstützungsleistungen in der Zeit nach der Geburt insbesondere für sozial benachteiligte Familien zu gewährleisten, sollten bestehende Zugangswege neu überdacht und Angebote miteinander verknüpft werden. Eine Möglichkeit wäre, z. B. Angebote von Familienbildungsstätten im Bereich der Geburtsvorbereitung weiter auszubauen. Dies hat den Vorteil, dass die Eltern auch nach der Geburt weiter von deren Angeboten profitieren können, da sie die Familienbildungsstätte schon als kompetente Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit und Prävention im Kontext der Geburtsvorbereitung erleben konnten. Im Rahmen des Ausbaus und der Erforschung adressatengerechter Angebote und Zugangswege sollten vermehrt zugehende

Angebote wie [Familien]Hebammen, Kinderwillkommensangebote oder ähnliches initiiert und evaluiert werden.

Begründung:

Insgesamt zeigt sich, dass die Zugangswege zu jungen und werdenden Familien wenig systematisiert sind. Einzelne methodische Ansätze der Ansprache sind fachlich etabliert, jedoch nicht durchgängig konsentiert (z. B. Familienhebammen). Hier ist ein systematisiertes und abgestimmtes Handeln notwendig. Eine zentrale Schwierigkeit liegt darin, die (jungen) Familien möglichst flächendeckend zu erreichen und zu betreuen. Finden geburtsvorbereitende Angebote ausschließlich in Kliniken statt, ist eine langfristige Bindung nicht zu gewährleisten, da dort die meisten Angebote mit der Geburt des Kindes enden.

Selektive Prävention ausbauen

Ein genauerer Fokus auf die Adressatengruppe ist notwendig, um passgenaue und akzeptierte Angebote zu entwickeln.

Begründung:

Da einige Adressatengruppen stärker als andere von Übergewicht und Adipositas betroffen sind, sollten Modellprogramme für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf gezielt etabliert werden, so z. B. für Ein-Eltern-Familien, kinderreiche Familien in Armutslagen, Kinder in Kinderheimen bzw. Pflegefamilien, Familien mit behinderten Kindern, psychisch gefährdete oder suchtbelastete Familien sowie eventuell Familien mit Migrationshintergrund.

Väter in den Blick nehmen

Gender-Mainstreaming-Aspekte müssen stärker fokussiert werden, wenn familiäre Gesundheitsförderung langfristig Wirkung erzielen möchte.

Begründung:

Bislang werden Gender-Mainstreaming-Aspekte nur in geringem Umfang berücksichtigt. Hier sind Konzepte wünschenswert, die z. B. die Väter stärker als Adressaten in den Fokus nehmen.

Transitionskompetenz stärken

Die Phase der Familienwerdung sollte gestärkt und unterstützt und der Transitionsansatz erforscht werden.

Begründung:

Die Phase der Familienwerdung ist gekennzeichnet durch zahlreiche Veränderungen für die Familienmitglieder. Daher sollte insbesondere die Kompetenz für den Übergang in die neue Lebenssituation größere Beachtung finden (Transitionskompetenz) und stärker in der Forschung fokussiert werden. Untersucht werden sollten dabei sowohl subjektive Lösungswege auf frühfamiliäre Belastungen als auch Lebensverhältnisse der Familien, die Übergewicht begünstigen. Diesen sollte verhältnispräventiv begegnet werden.

Gesundheitsziele rund um die Geburt erweitern

Im Bereich der Gesundheitsziele rund um die Geburt sollte das Potenzial für Ansätze zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter stärker verankert werden. Neben klassi-

schen Inhalten sollten vor allem Bindungsförderung, Stillen und Ressourcenstärkung werden. Der Eltern stärker im Sinne eines ganzheitlichen gesundheitsförderlichen Ansatzes berücksichtigt werden.

Flächendeckende eigenständige Versorgung sicherstellen

Die Lebenswelt Familie muss im Kontext der Gesundheitsförderung stärker als eigenständiges Feld definiert werden. Bislang stehen Settings wie KiTa und Schule im Fokus der Präventionsansätze, so beispielsweise im Präventionsgesetz. Für die Lebenswelt Familie müssen neue Ansätze und innovative Zugangswege gefunden werden, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Begründung:

Derzeit erfolgt die Ansprache der Adressaten meist nur sekundär z. B. über Ärzte und Ärztinnen, Hebammen, die Kindertagesstätte oder Aushänge in Einrichtungen der Kommune. Zum Teil werden direkte Zugänge gesucht, zum Teil wird die Familie indirekt über andere Lebenswelten adressiert. Je nach Intervention sollte die Ansprache der Adressaten über verschiedene Zugangswege erfolgen – wichtig ist dabei, die Familie als eigene Lebenswelt zu betrachten und nicht ausschließlich über andere Settings anzusprechen.

Vernetzte Versorgung ausbauen

Familiäre Gesundheitsförderung muss stärker als bisher systematisch und vernetzt erfolgen. Dazu muss Netzwerkarbeit in Wissenschaft und Praxis einen zentralen Stellenwert erhalten. Bestehende Ansätze wie die „Netzwerke Frühe Hilfen“ müssen sinnvoll genutzt werden. Hierzu gehört auch, den Netzwerken entsprechende professionelle Unterstützung zu gewähren und die Vernetzung wissenschaftlich zu begleiten. Wünschenswert wäre zudem eine zentrale Koordinationsstelle. Eine Chance, dies zu ermöglichen und das primärpräventive Handeln in der Lebenswelt Familie zu systematisieren und zu professionalisieren, eröffnen sich durch die erweiterten Möglichkeiten kommunaler Gesundheitsförderung im Zuge des Präventionsgesetzes sowie des bereits etablierten Netzwerkansatzes der Frühen Hilfen. Ansätze finden sich zwar im Bereich der familiären Gesundheitsförderung, das Potenzial wird an dieser Stelle jedoch noch nicht hinreichend genutzt. Hier müssen die Präventionsempfehlungen zielgerichtet mit anderen Initiativen verknüpft werden.

Begründung:

Derzeit finden die Interventionen in Familie häufig noch nicht flächendeckend, systematisch adressiert, zentral koordiniert und zeitgleich in mehreren Lebenswelten statt. Ein solches Vorgehen erfordert vernetztes Handeln der unterschiedlichen Akteure und Akteurinnen, die mit Familien in Kontakt stehen.

8.2.2 Lebenswelt KiTa

Ergänzend und vertiefend zu den unter Punkt 8.1 genannten generischen Handlungsempfehlungen werden hier spezifische Anregungen für das Setting KiTa aufgeführt.

Komplexität

Grundsätzlich können auch sehr einfache Interventionen (monothematisch, eine Zielgruppe, keine Kooperationen) erfolgreich sein, vorausgesetzt sie entsprechen dem spezifischen Bedarf in der KiTa und den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen. Diese Vorhaben sind schnell und unbürokratisch umsetzbar, haben eine hohe Akzeptanz bei den KiTa-Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen (da selbst entwickelt) und haben eher eine Chance auf Verstetigung (da hohe Motivation). Komplexe Vorhaben können von der Vernetzung und dem gegenseitigen [kritischen] Austausch sowie der Möglichkeit der Unterstützung durch Projektstrukturen und entsprechende finanzielle Mittel profitieren. Zielführend wären demnach komplexe Angebote mit individueller Gestaltungsmöglichkeit, wie sie im Interventions-Baukasten beschrieben werden.

Auch wenn im Sinne der Partizipation und gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung das langfristige Ziel sein sollte, die Maßnahmen in den KiTa-Alltag zu integrieren, kann es für einige KiTas sinnvoll sein, zunächst [als Einstieg] stärker standardisierte Programme bzw. Maßnahmen zu nutzen, um erste Erfahrungen zu sammeln. Damit Einrichtungen, die sich [zum ersten Mal] mit Vorhaben zur Kinderübergewichtsprävention beschäftigen, entsprechende Vorhaben möglichst strukturiert vorbereiten und durchführen können, kann es darüber hinaus zweckmäßig sein, die dafür benötigte Planung als eigenständige und explizit berücksichtigte Phase im gesamten Vorhaben zu berücksichtigen.

Regionale Verankerung

Die Ergebnisse weisen auf große Unterschiede in der regionalen Verankerung oder Anbindung der Vorhaben hin. Aus der vorliegenden Auswertung kann geschlossen werden, dass regional stark begrenzte (z. B. kommunale) Vorhaben tendenziell mit einer ausgeprägteren Einbindung der Zielgruppen einhergehen. Dagegen sind Projekte auf Landes- oder Bundesebene eher hierarchisch ausgerichtet. Besonders hervorzuheben sind regionale [Modell-]Projekte, die die Entwicklung eines Netzwerkes als explizites Ziel formuliert und mit einer Koordinationsstelle begleitet haben. Leider ist hier oft nicht nachvollziehbar, ob und wie dieses Netzwerk und die angestoßenen Aktivitäten nach dem Projektlaufzeitende fortgeführt werden. So berichten einige Vorhaben, Maßnahmen zur Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte umgesetzt zu haben oder die Aktivitäten weiterführen zu wollen. Allerdings sind solche Darstellungen eher als „implizite“ bzw. unsystematische denn als „explizite“, systematische Vorgehensweisen für eine nachhaltige Verankerung der Vorhaben zu verstehen. Dabei deuten insbesondere die regionalen, lokalen Vorhaben auf wirksame oder zumindest machbare und praxisnahe Aktivitäten hin, für welche sowohl eine Fortführung innerhalb des Settings-/Projektstandortes sowie eine Übertragung der Maßnahmen auf andere Settings bzw. Regionen sinnvoll erscheinen können.

Insofern scheint es angeraten, erfolgreiche regionale Vorhaben („Leuchtturmprojekte“) gezielt dahingehend zu untersuchen, ob und wie eine Verbreitung in die Fläche sinnvoll möglich ist und wenn ja, ob eine besondere Förderung (finanziell, wissenschaftlich) benötigt wird. In diesem Zusammenhang ist die Förderung von Modellprojekten an die verbindliche Unterstützung von Netzwerkstrukturen über das Projektlaufzeitende hinaus aus lokalen Mitteln gebunden (siehe Beispiel „Marburg mittendrin“). Ziel sollte es sein, an guten Beispielen zu lernen, um Synergien zu nutzen und Doppelarbeiten bzw. -entwicklungen zu vermeiden. Die Sichtung der

vorliegenden Vorhaben nährt den Verdacht, dass bereits eine Reihe von Vorhaben mit sehr ähnlichen Inhalten, Angeboten und Materialien umgesetzt werden.

Deutlich abgegrenzt dazu stehen insbesondere von Krankenkassen angebotene Settingprojekte, die keinen regionalen Bezug haben, dafür aber unabhängig von einer Förderung über einen bestimmten Projektzeitraum ihre Angebote machen. Diese überregionalen Angebote sind für viele KiTas nutzbar, sind aber gekennzeichnet durch geringe Partizipation und unzureichende Berücksichtigung der individuellen Ausgangslagen.

Information

Eher selten wird bereits zur Verfügung stehendes Material genutzt, um Vorhaben zu entwickeln oder durchzuführen. Die Auswertung zeigt, dass stattdessen zumeist eigene Informationsmaterialien entwickelt und verwendet werden. Dabei blieb unklar, ob und inwiefern hier beispielsweise die bestehende Evidenzlage, Empfehlungen zur Entwicklung "guter Gesundheitsinformationen" oder Qualitätskriterien für das methodische Vorgehen berücksichtigt wurden. Insbesondere bei komplexen bzw. Großprojekten wäre eine solche Herangehensweise förderlich, um ein theorie- und evidenzbasiertes Vorgehen zu gewährleisten. Somit könnte weiterhin die Wirksamkeit der verwendeten Materialien verbessert bzw. gesichert und der [hohe] Einsatz von Ressourcen gerechtfertigt werden. Kleinere, weniger komplexe Vorhaben im Setting KiTa, deren finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen oftmals begrenzt sind, könnten sich an externen, standardisierten und qualitätsgesicherten Materialien orientieren. Wichtige Informationen für interessierte Nutzer und Nutzerinnen sind: Welche Materialien stehen zur Verfügung? Wer kann sie nutzen? Welche Erfahrungen wurden damit gemacht?

Vor diesem Hintergrund ist die Verbindung von Settingprojekten der Krankenkassen mit Netzwerken vor Ort in Erwägung zu ziehen. Wichtig wäre eine flächendeckende Bereitstellung von qualitätsgesicherten und erfolgreichen Projekten und Materialien. Die Projekte könnten so erweitert werden, dass sie eine Vernetzung mit weiteren Akteuren und Akteurinnen auf lokaler bzw. regionaler Ebene anstoßen und unterstützen.

Eine gut zugängliche und strukturierte Übersicht verfügbarer Vorhabenbeschreibungen würde den Fachkräften und Trägern die Auswahl erleichtern und durch Transparenz die Qualitäts- und Wirkungsmotivation der zahlreichen Programme erhöhen. Die Recherchen zur Lebenswelt KiTa bieten dazu eine erste Grundlage. Wichtig wäre dabei der Anschluss an die von BZgA und GKV-Spitzenverband und/oder der KNP entwickelte Datenbank zu Präventionsmaßnahmen, um Dopplungen zu vermeiden und die in der Frühen Bildung verbreiteten generischen Interventionen reibungslos einzubinden. Denn je jünger die Kinder, desto unspezifischer wirken Präventionsmaßnahmen (z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstregulation oder Lebenskompetenzen zur Prävention von Gewalt, Sucht oder Übergewicht). Zudem würden auf diese Weise Interventionen zur gesundheitsgerechten Umgestaltung des gesamten Settings ohne spezifischen Übergewichtsbezug, bei denen aber Effekte hinsichtlich der Übergewichtsprävention zu erwarten sind, sicher einbezogen. Die angesprochene Datenbank bietet die Chance, eine Interventionsbibliothek aufzubauen.

Eine zweite Empfehlung zielt auf die Zusammenfassung komplexer Strategien aus punktuellen Maßnahmen. Punktuelle Maßnahmen sind leichter umsetzbar und finanzierbar und daher weit

verbreitet. Erforderlich ist also ein Informationsangebot, das schematisch aufzeigt, welche Art von Maßnahmen in welchem Umfang kombiniert werden müssten bzw. könnten, um eine umfassende Strategie zu erreichen. Mit Hilfe eines Interventions-Baukastens könnten die Einrichtungen ohne Mehrkosten schrittweise alle notwendigen Teilmaßnahmen auswählen, implementieren und verstetigen und damit punktuelle zu komplexen Interventionen zusammenfügen. Hierfür sind zwei Voraussetzungen zu schaffen: Zum einen ist die Beschreibung der empfohlenen Gesamtstrategie, deren Teilelemente und ihres genauen Nutzens und die Mindestanforderungen an Durchführungsqualität, Dauer und Frequenz erforderlich. Dafür können bestehende Leitlinien herangezogen und in Fachgremien angepasst werden. Zum anderen werden einheitliche Beschreibungen der verfügbaren Einzelmaßnahmen und Programme benötigt. Mittels eines einheitlichen und praxisnahen Beschreibungsrasters (Zielgruppen, Interventionsthemen sowie Zielsetzungen) kann eine für die Nutzer/-innen gut erkennbare Vergleichbarkeit hergestellt werden.

Transparenz

Im Rahmen der Beschreibung der Interventionen in den Datenbanken ist darauf zu achten, dass für komplexe Vorhaben (Großprojekte) neben den zu erfüllenden Anforderungen an die strukturellen Gegebenheiten auch die Durchführung und der Umfang der Teilkomponenten transparent dargestellt wird. So können potenzielle Nutzer/-innen erkennen, was in den KiTas tatsächlich zu tun und zu verändern ist. Anwenderbezogene Informationen müssten sich also auf die nötige Ausstattung, das benötigte Personal, die erhaltene Unterstützung, aber auch auf die anfallenden Kosten (personeller und finanzieller Ressourcenbedarf) konzentrieren. Darüber hinaus sollte darüber informiert werden, ob ein Projekt nur eine regionale Verbreitung hat und so gegebenenfalls ausschließlich als Good-Practice-Vorlage dienen kann, ob aus einem Modellprojekt oder einer Studie verwertbare Materialien entstanden sind oder ob es sich um ein Projekt oder eine Zertifizierung handelt, die jede KiTa (z. B. über Krankenkassenprogramme) nutzen kann. In diesem Zusammenhang ist die Aktualität der Informationen von zentraler Bedeutung. (Für wissenschaftsbezogene Anwendungen wären andere Informationen relevant.)

Darüber hinaus sollten die [nicht veränderbaren] Kerninterventionen und die anpassbaren Elemente klar ausgewiesen sein, um wirkungsbezogene Programmtreue einerseits und Setting-Nähe andererseits zu sichern. Weitere für die Nutzer/-innen entscheidungsrelevante Informationen betreffen die Wirksamkeit der Interventionen (auch in der Fläche). Das heißt, Projektnehmer bzw. -interessierte sollten deutlich ersehen können, welchen Umfang an Aktivitäten sie einplanen müssten, um in Bezug auf Übergewichtsprävention einen Einfluss nehmen zu können (Frage der Evidenz). Unter dem Aspekt der Transparenz ist zudem auszuweisen, welches Ziel mit dem Eintrag in der Datenbank verbunden ist. Die genannten Vorschläge könnten an Durchsetzungskraft gewinnen, wenn sie verbindlich an eine Finanzierung durch die Kostenträger gebunden sind.

Qualitätssicherung

Verstetigung unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung gelingt in KiTas durch Übernahme präventiver Strukturmerkmale sowie strukturnaher Prozessmerkmale in die Alltagsarbeit, wie z. B. ein gesundes Essensangebot, die Verwendung regionaler Lebensmittel, die kostengünstige oder kostenfreie Ausgabe von Essen an alle Kinder. Zur Sicherung solcher Angebote in den

KiTas könnten bundesweite, gesundheits- und bildungspolitische Programme beitragen. Merkmale für vorrangig zu finanzierende Maßnahmen sollten in Abstimmung mit Fachgremien und Landesregierungen aus der vorgelegten Liste der spezifischen Beschreibungsmerkmale zur Übergewichtsprävention in KiTas ausgewählt werden. Zur Sicherung der Breitenwirksamkeit könnten für ausgewählte Interventionen Evaluationsstudien finanziert werden. Zur Auswahl exemplarischer Ansätze sollten ein Scoping-Review und ein How-to-Review für Übergewichtsprävention in der Frühen Bildung durchgeführt werden. Auch ein Blick über die Ländergrenzen hinweg könnte Hinweise auf effektive und effiziente Präventionsprogramme zum Thema Übergewicht geben.

8.2.3 Lebenswelt Schule

Zahlreiche der oben genannten Handlungsempfehlungen wurden auch in den Analysen zur Lebenswelt Schule generiert und gelten für diese uneingeschränkt. Darüber hinaus werden hier spezifische Handlungsempfehlungen für die Schule ergänzt.

Niederschweligen Informationsaustausch zur universellen Prävention schaffen

Schulen sollten möglichst einfach Informationen zu Programmen der universellen [Übergewichts-]Prävention gewinnen können. Hierzu ist es wichtig, dass die Aktivitäten an Schulen von den Schulen zentral dokumentiert werden und Interessierten im Sinne eines Monitorings zur Verfügung stehen (s. Kapitel 8.1.2. „Interventions-Bibliothek aufbauen“).

Begründung

In der Lebenswelt Schule lassen sich sehr unterschiedliche Typen von Präventionsangeboten (Cluster) abbilden. Dieser Ausschnitt spiegelt nur einen Teil der in dieser Lebenswelt durchgeführten Interventionen wider, sodass für Deutschland von einer noch größeren Heterogenität der Angebote auszugehen ist. Die Sichtbarkeit der Programme ist für Experten und Expertinnen wie auch für Akteure und Akteurinnen begrenzt, sodass häufig nur durch gezielte und teilweise aufwändige Recherche eine Übersicht möglich wird. Hierdurch wird ein Austausch und Lernen von den bereits vorhandenen Interventionen erschwert.

Prävention in Schulentwicklung integrieren

Schulen sollten darin unterstützt werden, die universelle Prävention in die Schulentwicklung zu integrieren. Die Aktivitäten sollten zukünftig verstärkt an den Verhältnissen (also Strukturen, Prozessen und Rahmenbedingungen) ansetzen, ohne dabei Aktivitäten der Verhaltensprävention zu vernachlässigen. Der Ansatz der guten gesunden Schule stellt hierbei ein geeignetes Rahmengerüst dar, welches sich neben seiner Ganzheitlichkeit durch seine Verknüpfung mit schulischen Bildungsqualitäten auszeichnet.

Begründung:

Die theoretisch-konzeptionelle Auseinandersetzung mit der universellen Prävention findet in der Lebenswelt Schule nur begrenzt statt. Die Ergebnisse der Analyse weisen darauf hin, dass vorhandene Konzepte der universellen Prävention nur unzureichend mit den Anforderungen und Aufgaben in Schulen verbunden werden. Neben den zeitlichen Ressourcen mangelt es

außerdem an entsprechenden Kompetenzen, mit den Anforderungen an die Konzeption und Planung von Interventionen der universellen Übergewichtsprävention umzugehen.

8.2.4 Lebenswelt Kommune

Übertragbare kommunale Gesamtstrategie entwickeln

Die hier beschriebenen Handlungsempfehlungen können gebündelt gefördert und beispielhaft zur Entwicklung einer übertragbaren kommunalen Gesamtstrategie führen. Damit könnte im Sinne von „Good Practice“ eine Orientierung für andere Kommunen gegeben werden. Ziel ist es, die Initiierung, Förderung und Modellierung von Strukturbildungs- und Kapazitätsentwicklungsprozessen zu einer zentralen Aufgabe zu machen, um stabile und arbeitsfähige Strukturen der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention aufzubauen. An dieser Stelle ist zu klären, welche Rolle die Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes für die Unterstützung (und Finanzierung) der vorgesehenen kassenübergreifenden Maßnahmen und Programme auf kommunaler Ebene einnehmen können und sollten.

Prävention in kommunale Policy-Programme integrieren

Unter den spezifischen Policy-Programmen (von Bund, Ländern und Kommunen) der sozialen Stadtteil- und Quartiersentwicklung können aktuell schon Beispiele gefunden werden, die Gesundheitsförderung und Prävention integrieren. Diese Querschnittsperspektive sollte ausgebaut und gefördert werden. Eine solche Verknüpfung wäre auch bei der regionalen Entwicklung oder den kommunal aufgestellten Frühen Hilfen möglich.

Begründung:

Das strategische, handlungsorientierte Vorgehen hat den Vorteil, dass sich Akteure und Akteurinnen in die bestehenden Strukturen und Projekte integrieren und hieran andocken können. So können sie diese Besonderheiten als Ressource nutzen und Synergieeffekte erreichen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass derartige Programme eine längere Laufzeit als viele Interventionen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention haben, teilweise handelt es sich um Regelaufgaben (Beispiel Frühe Hilfen). Auch die vielerorts geplanten Präventionsketten eignen sich zur Integration des Handlungsfeldes in laufende Prozesse und Planungen.

Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung fördern

Die aktuellen Bemühungen auf Bundes- und Landesebene zur Förderung der kommunalen Gesundheitsförderung machen deutlich, dass vor allem lokale strategische Planungshilfen in den Landkreisen, Kommunen und Quartieren zweckmäßig sind. Dies umfasst auch die Förderung sozialraumorientierter Netzwerke. Das Besondere an konzeptionellen Ansätzen in der Lebenswelt Kommune ist die zentrale Steuerung von lebensweltübergreifenden Interventionen in KiTa, Schule, Stadtteil und Quartier.

Begründung:

Der Aufbau von stabilen und arbeitsfähigen kommunalen Präventionsstrukturen erfordert eine Umstrukturierung bestehender Organisationsstrukturen im öffentlichen Gesundheits- und Sozialbereich hin zu sozialraumorientierten Netzwerken.

Integrierte kommunale Sozial- und Gesundheitsberichterstattung konsequent aufbauen

Die Datenanalyse und die professionelle Expertise einer solchen Berichterstattung sollten für die Konzeption von Interventionen genutzt werden können.

Begründung:

Die kommunale Sozial- und Gesundheitsberichterstattung steht in den Kommunen immer noch zu selten zur Verfügung. Hierdurch könnten Maßnahmen gezielter, adressatenspezifischer, sozialraumorientierter, integrierter, ressortübergreifender und handlungsorientierter entwickelt und umgesetzt werden und damit solide Qualitätssicherung betrieben werden.

Kommunale [Grün-]Flächenplanung miteinbeziehen

Baulich-räumliche und flächenplanerische Aspekte und kommunale Akteure und Akteurinnen dieser Planungsbereiche sind in die Entwicklung von verhältnisorientierten Interventionen miteinzubeziehen, um eine bewegungsförderliche Sozialraumgestaltung umzusetzen.

Begründung:

Für die Planung verhältnispräventiver Maßnahmen ist die Zusammenarbeit mit Planungsressorts erforderlich, die über den Gesundheits- und Sozialsektor hinausgehen.

Prävention in die Gemeinwesenarbeit sowie in die Kinder- und Jugendhilfe integrieren

Damit auf der Praxisebene eine Annäherung beider Bereiche erfolgen kann, ist es erforderlich, die Berufsgruppen aus Sozialarbeit und Gesundheitsförderung/Prävention zu qualifizieren und miteinander in einen Austausch zu bringen, so wie bei den Frühen Hilfen.

Begründung:

Das sind Regelaufgaben, die sich hervorragend dafür eignen, das Handlungsfeld Übergewichtsprävention zu integrieren. Aufgrund unterschiedlicher bereichsspezifischer „Arbeitskulturen“ arbeiten der Gesundheits- und Sozialbereich meist nur punktuell miteinander.

Ausbau und Nutzung eines „Community-Campus-Partnership“

Es gibt eine Reihe von Städten und Landkreisen, die sich in ihrer Präventionsarbeit von lokalen Universitäten und Hochschulen unterstützen lassen können. Der lokal vernetzte Aufbau und die professionelle Stabilisierung solcher „Community-Campus-Partnerships“ sollte modellhaft gefördert werden.

Begründung:

Die Wissenschaft-Praxis-Kooperation ist für beide Seiten eine Win-Win-Strategie. Sie könnte für die Bewältigung der oben beschriebenen Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen einen hilfreichen Beitrag leisten.

Ländliche Regionen fördern

Die ländliche Präventionslandschaft unterscheidet sich qualitativ – teilweise sehr stark – von der städtisch geprägten Präventionslandschaft, in manchen kommunalen Regionen kann man fast schon von „Unterversorgung“ sprechen. Es sollten deshalb verstärkt Projekte und Angebote sowie der Aufbau und die Entwicklung von Expertise in ländlichen Regionen (Landkreise, Landschaften usw.) gefördert werden.

9 Publikationsverzeichnis

Abstracts

Quilling E, Geene R, Bacchetta B, Müller M (2016): Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Familien. In: Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2016. Verfügbar unter: http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_16/A_G_16__Material/Dokumentation/Quilling__E._et_al_10.pdf, Stand 14.07.2016

Dadaczynski K, Paulus P (2016): Übergewichtsprävention im Setting Schule aus Sicht von Praxisakteuren. Ergebnisse einer Übersichtsstudie. DGSMP-Kongress 2016

Suess W, Quilling E, Hassel H, Walter U, Geene R, Kliche T, Paulus P, Babitsch B (2016): Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen in Lebenswelten. DGMS-Kongress 2016

Quilling E, Geene R, Bacchetta B, Pucher K, Müller M (2016): Konzeptionelle Ansätze zur universellen Kinderübergewichtsprävention in der Lebenswelt Familie. DGMSP-Kongress 2016

Walter U, Kliche T, Volkenand K, Baltes S (2016): Übergewichtsprävention im Setting Kindergarten/Kindertagesstätte (KiTa). Erste Ergebnisse zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze in der kindlichen Übergewichtsprävention. DGSMP-Kongress 2016

Walter U, Paulus P, Suess W, Quilling E, Dadaczynski K, Ludwig J, Pucher K, Volkenand K (2016): How many roads do lead us to Rome? Analyzation, characterization and systematization of conceptual approaches used in interventions to prevent childhood overweight in Germany – the Skap-project. EUPHA 2016

Nold S, Babitsch B, Bacchetta B, Baltes S, Geene R, Kliche T, Rosenfeldt D, Hassel H (2016): Systematization of conceptual approaches for overweight and obesity prevention in children (SkAP). EUPHA 2016

Publikationen

Babitsch B, Geene R, Hassel H, Kliche T, Bacchetta B, Baltes S, Nold S, Rosenfeldt D, SkAP-Konsortium (2016): Kriterienkatalog zur Systematisierung konzeptioneller Ansätze in der universellen Prävention von Kinderübergewicht. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 59(11): 1415-1422

Geene R, Thyen U, Quilling E, Bacchetta B (2016): Familiäre Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 11(4): 222-229

Weitere Publikationen im Rahmen des Projektes sind geplant.

10 Literatur

1. aid-Infodienst (2016) Sinnesbildung. <https://www.aid.de/inhalt/sinnesbildung-1581.html>. Zugegriffen: 09. November 2016
2. Alayli A, Dadaczynski K, Haß W, Hupfeld J, Schatz J, Siebeneich A (2016) Workshop und Einführungen zum „Aufbau einer GKV-Datenbank zur Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung in Settings“. Zugegriffen: 09. November 2016
3. Avery A, Bostock L, McCullough F (2015) A systematic review investigating interventions that can help reduce consumption of sugar-sweetened beverages in children leading to changes in body fatness. *JHND* 28:52–64. doi:10.1111/jhn.12267
4. Barr-Anderson D J, Adams-Wynn A W, DiSantis K I, Kumanyika S (2013) Family-focused physical activity, diet, and obesity interventions in African American girls: a systematic review. *Obesity Reviews* 14:29-51. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01043.x
5. Bemelmans W J E, Wijnhoven T M A, Verschuur M, Breda J (2014) Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects. *BMC Public Health* 14:758. doi:10.1186/1471-2458-14-758
6. Bleich S N, Segal J, Wu Y, Wilson R, Wang Y (2013) Systematic Review of Community-Based Childhood Obesity Prevention Studies. *Pediatrics* 132:201–210. doi:10.1542/peds.2013-0886
7. Bollars C, Kok H, van den Brouke S, Mollemann G (2005) European Quality Instrument for Health Promotion. User Manual. <http://subsites.Nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>. Zugegriffen: 10. Juni 2016
8. Brauer P, Peirson L, Moore J E (2015) The Canadian Task Force on Preventative Health Care's Guidelines on Obesity Prevention and Management in Adults and Children in Primary Care. *Can J Diabetes* 39(S13). doi:10.1016/j.jcjd.2015.01.059
9. Brittin J, Sorensen D, Trowbridge M et al. (2015) Physical Activity Design Guidelines for School Architecture. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521876/>. Zugegriffen: 21. August 2015
10. Buchholz L (2009) Strategisches Controlling, Grundlagen, Instrumente, Konzepte. Springer, Heidelberg
11. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, Bd 13, Köln
12. Dadaczynski K, Paulus P, Nieskens B, Hundeloh H (2015) Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung. Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Zeitschrift für Bildungsforschung* 5:197–218
13. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2009) Prävention und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten-und Verhältnisprävention)., Köln
14. Fatima Y, Doi S A R, Mamun A A (2015) Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev* 16:137–149. doi:10.1111/obr.12245
15. Frodl A (2011) Marketing im Gesundheitsbetrieb. Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen. Gabler, Wiesbaden

16. Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. GVG, Köln
17. Goelitz D, Paulus P, Vervoordeldonk J et al. (2014) Report HEPCOM needs analysis. HEPCOM mapping exercise, needs analysis and gap analysis for obesity prevention tools. CBO, Utrecht
18. Goldapp C, Cremer M, Graf C et al. (2011) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 54(3):295–303
19. Güida JJ (2009) Mikroökonomie und Management. Die Grundlagen. W. Kohlhammer, Stuttgart
20. Halliday J A, Palma C L, Mellor D, Green J, Renzaho A M (2014) The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity. A systematic review. Int J Obes 38:480–493. doi:10.1038/ijo.2013.213
21. Herrmann A HF (2009) Produktmanagement. Grundlagen- Methoden-Beispiele. Gabler, Wiesbaden
22. Hodges E A, Smith C, Tidwell S, Berry D (2013) Promoting physical activity in preschoolers to prevent obesity. A review of the literature. JPN 28:3–19. doi:10.1016/j.pedn.2012.01.002
23. Hutter S (2013) Sport und Schwangerschaft. Gynäkologe 46(5):320–324
24. Kellou N, Sandalinas F, Copin N, Simon C (2014) Prevention of unhealthy weight in children by promoting physical activity using a socio-ecological approach: What can we learn from intervention studies? Diabetes Metabolism (40):258–271. doi:10.1016/j.diabet.2014.01.002
25. Khambalia A Z, Dickinson S, Hardy L L, Gill T, Baur L A (2012) A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. Obesity Reviews 13:214–233. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00947.x
26. King L, Gill T, Allender S, Swinburn B (2010) Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application. Obesity Reviews 12(5):329–338
27. Kliche T (2011) Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie. Pabst Science Publishers, Lengerich, New York
28. Kliche T, Gesell S, Nyenhuis N, Töppich J, Koch U (2007) Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas: Stand und Handlungsansätze. In: HAG (Hrsg) Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern - Zusammenarbeit stärken. Dokumentation der Fachtagung am 27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmsburg, Hamburg, S 10–15
29. Kumanyika S K, Swank M, Stachecki J, Whitt-Glover M C, Brennan L K (2014) Examining the evidence for policy and environmental strategies to prevent childhood obesity in black communities: new directions and next steps. Obesity Reviews 4:177–203. doi:10.1111/obr.12206

30. Lamboglia C M, da Silva V T, de Vasconcelos Filho, J E et al. (2013) Exergaming as a Strategic Tool in the Fight against Childhood Obesity: A Systematic Review. *Journal of Obesity* 6:438364. doi:10.1155/2013/438364
31. Loprinzi P D, Cardinal B J, Loprinzi K L, Lee H (2012) Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. *Obesity facts* 5:597–610. doi:10.1159/000342684
32. Loprinzi P D, Cardinal B J, Loprinzi K L, Lee H (2012) Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. *Obesity facts* 5:597–610. doi:10.1159/000342684
33. Loss J LM (2011) Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt* 54:281–289
34. Manz K, Schlack R, Poethko-Müller, C, Finger J, Lampert T, KiGGS Study Group (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt* 57:840–848
35. MDS & GKV Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband (2016) Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2015, Berlin, Essen
36. Meng L, Chapman G E (2013) Nudge to Health: Harnessing Decision Research to Promote Health Behavior. *Social and Personality Psychology Compass* 7:187–198
37. Mooney J D, Jepson R, Frank J, Geddes R (2015) Obesity Prevention in Scotland: A Policy Analysis Using the ANGELO Framework. *Obesity facts* 8(4):273–281. doi:10.1159/000438500.
38. National Health and Medical Research Council (2013) Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults, Adolescents and Children in Australia. Melbourne
39. National Institute for Health and Care Excellence (2010) Weight management before, during and after pregnancy. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/resources/weight-management-before-during-and-after-pregnancy-1996242046405>. Zugegriffen: 17. August 2015
40. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Maintaining a healthy weight and preventing excess weight gain in children and adults –partial update of CG43. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng7/evidence/evidence-review-2-qualitative-evidence-review-of-the-most-acceptable-ways-to-communicate-information-about-individually-modifiable-behaviours-to-help-maintain-a-healthy-weight-or-prevent-excess-weight-8733713>. Zugegriffen: 17. September 2015
41. National Institute for Health and Care Excellence (2014) Maternal and child nutrition. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11/resources/maternal-and-child-nutrition-1996171502533>. Zugegriffen: 17. August 2015
42. Oliver L, Schurman N, Hall A, Hayes M (2011) Assessing the influence of the built environment on physical activity for utility and recreation in suburban metro Vancouver. *BMC Public Health* (11:959). doi:10.1186/1471-2458-11-959

43. Patchett A D, Yeatman H R, Johnson K M (2016) Obesity framing for health policy development in Australia, France and Switzerland. *Health Promotion International* 31(1):83–92
44. Paul H W V (2014) *Instrumente des strategischen Managements. Grundlagen und Anwendungen.* Oldenbourg, München
45. Paulus P, Schumacher L, Sieland B (2014) *Evaluationsbericht. Gemeinsam gesunde Schule entwickeln, Lüneburg: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Leuphana Universität Lüneburg*
46. Perez L G, Arredondo E M, Elder J P, Barquera S, Nagle B, Holub C K (2013) Evidence-Based Obesity Treatment Interventions for Latino Adults in the U.S.: A Systematic Review. *Am J Prev Med* 44:550–560. doi:10.1016/j.amepre.2013.01.016
47. Public Health England (2015) *Rapid Review to Update Evidence for the Healthy Child Programme 0–5.*
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/429741/150520_RapidReviewHealthyChildProg_UPDATE_poisons_summary.pdf. Zugegriffen: 10. Oktober 2015
48. Raynor H A, Osterholt K M, Hart C N, Jelalian E, Vivier P, Wing R R (2012) Efficacy of US paediatric obesity primary care guidelines: two randomized trials. *Pediatr. Obes* 7:28–38. doi:10.1111/j.2047-6310.2011.00005.x
49. Richards K, Fuddy L J, Greenwood M et al. (2013) *Insights in Public Health: The Childhood Obesity Prevention Task Force (ACT 269): Recommendations for Obesity Prevention in Hawaii.* *Hawaii Journal of Medicine & Public Health* 72:102–106
50. Riedel C, Schönberger K, Yang S, Koshy G, Chen Y C, Gopinath B, Ziebarth S, von Kries R (2014) Parental smoking and childhood obesity: higher effect estimates for maternal smoking in pregnancy compared with paternal smoking—a meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* 43:1593–1606. doi:10.1093/ije/dyu150
51. Robinson K A, Akinyede O et al. (2011) *Frameworks for determining research gaps during systematic reviews research gaps during systematic reviews, Methods future research needs report number 2, Rockville (MD), Agency for healthcare research and quality advancing Excellence in health care (AHRQ)*
52. Sobol-Goldberg S, Rabinowitz J, Gross R (2013) School-Based Obesity Prevention Programs. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Obesity (Silver Spring)* 21:2422–2428. doi:10.1002/oby.20515
53. Thury C, Melo de Matos C V *Prevention of Childhood Obesity: A Review of the Current Guidelines and Supporting Evidence.* *S D Medicine Spec* (18-23)
54. Trojan A, Süß W, Lorentz C, Nickel S, Wolf K. (2013) *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes.* Beltz Juventa, Weinheim und Basel
55. *Universitätsklinikum Eppendorf, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) Qualitätsinformationssystem für Prävention und Gesundheitsförderung.*
<http://www.uke.de/extern/qip/>. Zugegriffen: 17. September 2015
56. Vasques C, Magalhães C, Cortinhas A, Mota P, Leitão J, Lopes V P (2014) Effects of Intervention Programs on Child and Adolescent BMI. A Meta-Analysis Study. *JPAH* 11:426–444. doi:10.1123/jpah.2012-0035

57. Verbestel V, de Henauw S, Maes L, Haerens L, Marild S, Eiben G, Lissner L, Moreno L A, Frauca N L, Barba G, Kovacs E, Konstabel K, Tornaritis M, Gallois K, Hassel H, de Bourdeaudhuij I (2011) Using the intervention mapping protocol to develop a community-based intervention for the prevention of childhood obesity in a multi-centre European project: the IDEFICS intervention. *Int J Behav Nutr Phys Act* 8:82. doi:10.1186/1479-5868-8-82
58. Vine M, Hargreaves M B, Briefel R R, Orfield C (2013) Expanding the Role of Primary Care in the Prevention and Treatment of Childhood Obesity: A Review of Clinic and Community-Based Recommendations and Interventions. *IJO* 2013:172035. doi:10.1155/2013/172035
59. Wolfenden L, Jones J, Finch M, Wyse R J, Yoong Sze L, Steele E J., Williams A J, Wiggers J., Small T, Seward K, Williams C M. (2015) Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, London
60. Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang P P (2014) The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health* (14:1267). doi:10.1186/1471-2458-14-1267
61. Zhang S, Rattanakrattay L, Morrison J L, Nicholas L M, Lie S, McMillen I C (2011) Maternal obesity and the early origins of childhood obesity: weighing up the benefits and costs of maternal weight loss in the periconceptional period for the offspring. *Exp Diabetes Res* (2011:585749). doi:10.1155/2011/585749
62. Kuckartz U (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerstützung*. Weinheim. Beltz Juventa
63. Mayring P (2010) *Qualitative Inhaltsanalyse*. 11. Aufl. ebn, Weinheim. Beltz
64. Wabitsch M, Kunze D (federführend für die AGA) (2015) *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Version 15.10.2015; www.a-g-a.de.

11 Anhang

- Anlage 1 Kriterienkatalog für konzeptionelle Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht
- Anlage 2 Liste aller charakterisierten Interventionen nach Lebenswelten
- Anlage 3 Fragebogen für die Online-Befragung

Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP)

Anhang



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

laG

INSTITUT FÜR ANGEWANDTE
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

h²

Hochschule
Magdeburg • Stendal



HOCHSCHULE COBURG



UNIVERSITÄT OSNABRÜCK



LEUPHANA
UNIVERSITÄT LÜNEBURG

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover



HAMBURG



KinderStärken e.V.

Praxis. Forschung. Bildung.

Anhang

Anlage 1: Kriterienkatalog für die konzeptionellen Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht	3
Anlage 2: Liste aller charakterisierten Interventionen nach Lebenswelt	54
Anlage 3: Fragebogen für die Online-Befragung.....	63

Anlage 1: Kriterienkatalog für die konzeptionellen Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
A	Lebenswelt				
	Die Angaben im Bereich ‚A. Lebenswelt‘ dienen der Zuordnung des konzeptionellen Ansatzes zu der/den im Fokus stehenden Lebenswelt/en. Bei Interventionen ² , die nur in einer Lebenswelt angeboten werden, wird diese entsprechend angekreuzt. Adressiert die Intervention mehrere Lebenswelten, dann erfolgt die Angabe ‚lebensweltübergreifend‘ und eine Spezifizierung der Lebenswelten im Freitext.				
A_1	Familie	Lebenswelt/Lebensphase Familie wird adressiert. Umfasst auch werdende Familie.	[Ja/Nein]		
A_2	Kita	Lebenswelt Kita wird adressiert.	[Ja/Nein]		
A_3	Schule	Lebenswelt Schule wird adressiert.	[Ja/Nein]		
A_4	Kommune	Lebenswelt Kommune wird adressiert.	[Ja/Nein]	<i>Auch Quartier /Stadtteil /Sozialraum. Involviert sind kommunale Akteure (privat-z.B. Wohlfahrtsverband, oder kommunal-z.B. Gesundheitsamt) oder der Umsetzungsort ist in der Kommune (Sportverein, Jugendeinrichtung).</i>	
B	Konzeptioneller Ansatz/Ist-Erfassung				

¹ Die Kategorie „keine Angabe“ wird von Kerngruppe 2 im gesamten Katalog gestrichen. Die Antwort „Nein“ ist immer dann zu wählen, wenn das Kriterium nicht zutrifft oder die verfügbaren Materialien hierzu keine Angaben enthalten.

² Der Begriff ‚Interventionen‘ ist entsprechend der in Kerngruppe 2 gefassten Definition zu verwenden. Er umfasst Programme, Projekte, Maßnahmen und Angebote.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
	Mit dem Bereich ‚B. Konzeptioneller Ansatz/Ist-Erfassung‘ werden ausgewählte Kernaspekte des jeweils verwendeten konzeptionellen Ansatzes bzw. einzelner Programmelemente deskriptiv erfasst. Auf dieser Basis kann eine strukturierte Ist-Analyse der verwendeten konzeptionellen Ansätze zur Prävention des Kinderübergewichtes erfolgen.				
B_1	Methodik/Interventionstyp (Interventionsmethodik) ³	Typologisierung der Intervention, wenn möglich mit der vorgegebenen Systematisierung	Beispiele: 1. Peer-Learning 2. Organisationsentwicklung 3. Kurs/Training 4. Multiplikatoren-schulung 5. Coaching-Ansatz 6. Beratungsangebot 7. Strukturentwicklung 8. Informationsmaterial 9. Sonstiges [→ Spezifizieren]	Interventionstyp-Organisationsentwicklung: betrifft NUR Entwicklungen INNERHALB einer Organisation	
B_1.1	Strukturierungsgrad		1. Überwiegend offenes Angebot 2. Überwiegend geschlossenes Angebot (z.B. Kindergartengruppe)	Überwiegend offen = wechselnde Teilnehmer möglich, in der Access Maske wird die Auswahl um „sowohl als auch“ ergänzt	
B_2	Dauer, Intensität der Intervention	Konkrete Angabe der Dauer und Intensität der Intervention ⁴	1. Laufzeit 2. Dauer, Zeitrahmen 3. Frequenz 4. Umfang (z. B. Stunden pro Woche) 5. Follow-up (Booster	1. Laufzeit = Verfügbarkeit der Intervention 2.-5. auf Intervention bezogen	

³ Vorbehaltlich Ausdifferenzierung von Methodik und Interventionstyp durch Kerngruppe 2

⁴ Ggf. Erweiterung um zusätzliche Indikatoren

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
			Session)		
B_3	Reichweite	Regionale Reichweite bei der Implementierung der Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auf Einrichtungs-, Trägerebene 2. Quartier/Stadtteil /Sozialraum 3. Auf Ebene einzelner Kommunen 4. Landesweit 5. Bundesweit 6. Staatenübergreifend 		
B_4	Durchführung der Intervention	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interne Durchführung <ul style="list-style-type: none"> • Impuls zur Durchführung und Implementierung kommt von den Akteuren der Lebenswelt selbst. • Konzeption; Adressaten in der Lebenswelt werden befähigt. 2. Externe Durchführung <ul style="list-style-type: none"> • Impuls zur Durchführung und Implementierung kommt durch externe Akteure in die Lebenswelt hinein. • Externe Expert/innen machen Organisationsentwicklung und führen Projekt durch. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interne Durchführung 2. Externe Durchführung 3. Interne und externe Durchführung 	<p><i>„keine Angabe“ fehlt in der Access Maske, wenn keine Information dazu vorliegt, dann wird das Feld frei gelassen → wenn bei anderen Kriterien „keine Angabe“ fehlt, kann das Feld ebenfalls frei gelassen werden</i></p>	
B_5	Schwerpunkt des Interventionsansatzes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verhaltensbezogener Ansatz: Intervention verfolgt 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verhaltensbezogener Ansatz 2. Verhältnisbezogener 		

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		<p><u>ausschließlich</u> einen verhaltensbezogenen Ansatz.</p> <p>2. Verhältnisbezogener Ansatz: Intervention verfolgt <u>ausschließlich</u> einen verhältnisbezogenen Ansatz.</p> <p>3. Verhaltens- und verhältnisbezogener Ansatz: Intervention verfolgt sowohl einen verhaltensbezogenen als auch einen verhältnisbezogenen Ansatz.</p>	<p>Ansatz</p> <p>3. Verhaltens- und verhältnisbezogener Ansatz:</p> <p>3.1 überwiegend verhaltensbezogen</p> <p>3.2 überwiegend verhältnisbezogen</p> <p>3.3 Anteile etwa gleich</p>		
B_6	Ziel der Intervention	Ist die Prävention von Übergewicht explizit als Ziel formuliert? (kein Ausschlusskriterium)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Prävention von Übergewicht/Adipositas wird als Ziel explizit genannt</i>	
B_7	Mehrkomponentenansatz	Interventionen, die mehrere Determinanten des Übergewichtes bei Kindern und Jugendlichen, wie z.B. Ernährung und Bewegung, adressieren [Integrated strategy]	[Ja/Nein] ggf. Determinanten auflisten [Freitext]	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung • Bewegung • Psychische Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressourcenstärkung (Fokus ÜG) ○ Lebenskompetenz (Fokus ÜG) • Inaktiver (sitzender) Lebensstil • Sonstige 	<p>- BZgA (2010) [Expert/innen]</p> <p>- Population-based approaches to childhood obesity prevention: WHO (2012) [Expert/innen]</p> <p>- Bleich et al. (2013) [Systematischer Review]</p> <p>- Robinson et al. (2014) [Systematischer</p>

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					Review] - Bemelmans et al. (2014) [Systematischer Review] - Lobelo et al. (2013) [Systematischer Review] - Vasques et al. (2014) [Systematischer Review, Meta-Analyse]
B_8	Multimodaler Ansatz ⁵	Interventionen in mehreren Settings (WHO), die zentral <u>koordiniert</u> werden. [Engagement with multiple sectors and settings]	[Ja/Nein] ggf. zentrale Koordination benennen [Freitext]	<i>Mehr als eine Einrichtung (unabhängig vom Setting) ist involviert und die zentrale Koordinierung ist explizit benannt.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen] - Population-based approaches to childhood obesity prevention: WHO (2012) [Expert/innen] - Bleich et al. (2013) [Systematischer Review] - Vine et al. (2013) [Systematischer Review]

⁵ Andere Definition bei BZgA 2010: 88

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
B_9	Theoretisches Konzept	Kurze Beschreibung des theoretischen Konzepts	[Ja/Nein] Angabe des theoretischen Konzepts [Freitext]	1. Hinweise auf theoretische Bezüge [Ja/Nein] (KG2 intern) (allgemein benannt) 2. Theoretische Modelle oder Konzepte sind beschrieben [Ja/Nein]. Ja = Modelle/Konzepte sind explizit benannt. (wird in der Access Maske ergänzt)	
B_10	Dargelegte Evidenz für die Intervention	Liegt ein Wirksamkeitsnachweis für die Intervention vor?	[Ja/Nein] Kurze Beschreibung (z.B. epidemiologische Evidenz, Evidenz bezüglich Risiko-/Schutzfaktoren, Interventionsevidenz, Implementationsevidenz) [Freitext]		
C	Adressaten				
	In diesem Bereich werden die mit der Intervention angestrebten Adressaten erfasst. Mehrfachnennungen sind möglich.				
C_1	Kinder	Kinder werden durch das Programm adressiert.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 bis < 1 Jahr [Ja/Nein] • 1 bis < 3 Jahren [Ja/Nein] • 3 bis < 6 Jahren [Ja/Nein] • 6 bis < 10 Jahren [Ja/Nein] • 10 bis < 13 Jahren 		- BZgA (2010) [Expert/innen] (→ siehe D_2)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
			[Ja/Nein]		
C_2	Jugendliche	Jugendliche (13 bis < 18 Jahren) werden durch die Intervention adressiert.	[Ja/Nein]		- BZgA (2010) [Expert/innen] (→ siehe D_2)
C_3	(Werdende) Eltern	Mütter, Väter bzw. Eltern werden durch die Intervention adressiert.	[Ja/Nein]	<i>Nur Eltern werden adressiert.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen] (→ siehe D_2)
C_4	Familie	Die Familie wird <u>systemisch/ als gesamtes System</u> durch die Intervention adressiert.	[Ja/Nein]	<i>Andere Familienmitglieder werden mit der Intervention adressiert.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen] (→ siehe D_2)
C_5	Multiplikatoren/-innen	Unterschiedliche Akteure in den Lebenswelten werden durch die Intervention adressiert.	<ul style="list-style-type: none"> • Professionelle (in Bezug auf die Lebenswelt) [Ja/Nein] • Semi-Professionelle (geschulte Laien)[Ja/Nein] • Nicht-Professionelle (nicht geschulte Helfer) [Ja/Nein] 	<i>Professionelle: z. B. Lehrer/-innen, Erzieher/-innen, Quartiersmanager/-innen, Ökotrophologen, Physiotherapeuten mit Bewegungskontext</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen] (→ siehe D_2)
D	Beschreibungskriterien zur Konzeption und Planung von universeller Prävention – Lebensweltübergreifend				
D_1	Ermittlung und Dokumentation des Bedarfs (BZgA) ⁶	A) Der Bedarf für die Intervention zur Förderung der Gesundheit und einer normalen Gewichtsentwicklung ist erwiesen und dokumentiert.	<ul style="list-style-type: none"> • Kriterium A erfüllt [Ja/Nein/Teilweise] • Kriterium B erfüllt [Ja/Nein/Teilweise] 	<i>A) ... (nur) dokumentiert (in Anlehnung an BZgA, 2010)</i> <i>B) Ja = Maßnahmen</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]

⁶ Die einzelnen Indikatoren der BZgA-Kriterien werden hier nicht aufgeführt. Die umfangreiche Beschreibung mit den entsprechenden Leitfragen sind dem entsprechenden BZgA-Fachheft zu entnehmen.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		<p>(→ Kriterium 2A, BZgA 2010: S. 66 und 71ff)</p> <p>B) Eine Berücksichtigung vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der Einrichtung/ in der Lebenswelt und im Umfeld ist erfolgt. (→ in Anlehnung an Kriterium 2B, BZgA 2010: S. 66 und 71ff)</p>		<p><i>(Inhalte) und Strukturen (Rahmenbedingungen) sind explizit benannt. Teilweise = Struktur oder Maßnahme sind benannt. Nein = keine explizite Nennung oder aus den vorliegenden Materialien nicht ersichtlich.</i></p>	
D_2	Bestimmung der Adressaten ⁷ vor dem Hintergrund von Bedarf (BZgA)	Die Adressaten sind vor dem <u>Hintergrund von Bedarf bestimmt.</u> (→ Kriterium 3, BZgA 2010: S. 66 und 76ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	D_1 und D_2 bedingen sich gegenseitig. Hier kann nur ein „ja“ eingetragen werden, wenn bei D_1 auch ein „ja“ gegeben wurde	- BZgA (2010) [Expert/innen]
D_3	Erkennen und Beschreiben der Besonderheiten und Stärken der Adressaten (BZgA)	Die Besonderheiten und Stärken der Adressaten sind erkannt und beschrieben. (→ Kriterium 4, BZgA 2010: S. 66 und 81ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Es liegen explizite Hinweise zur Berücksichtigung von Besonderheiten und Stärken vor.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
D_3.1	Vielfalt/Diversität	Die Vielfalt/Diversität der Adressaten wird berücksichtigt. (GKV)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Hinweise zur Berücksichtigung von Vielfalt/Diversität liegen vor.</i>	- Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-

⁷ Im Unterschied zu den BZgA-Kriterien wird statt „Zielgruppe“ hier der Begriff „Adressaten“ gewählt.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					Spitzenverbandes (2014) [Untergesetzlicher Auftrag]
D_3.2	Gender	Genderspezifität/Gendergerechtigkeit ist ausgewiesen.	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]		- Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (2014) [Untergesetzlicher Auftrag]
D_4	Einbettung in übergeordnete Strategien	Die Intervention ist in ein übergeordnetes Programm oder eine Public Health Policy eingebettet. A) Die Intervention ist Teil eines übergeordneten Programms, einer Strategie oder Policy. Anderenfalls liegt eine Begründung vor. B) Die Intervention passt in die Strategie der eigenen Trägerinstitution.	<ul style="list-style-type: none"> • Kriterium A erfüllt [Ja/Nein/Teilweise] Konzeption, Implementierung, Valorisierung • Kriterium B erfüllt [Ja/Nein] 	<i>B) Es liegen explizite Hinweise zur Passung der Strategie in die Trägerinstitution vor. Eine Strategie muss schriftlich fixiert sein und i. Idealfall einen Namen tragen.</i>	- Quint-Essenz (2014) [Expert/innen]
D_5	Theoretische-konzeptionelle Fundierung der Intervention <i>Von</i>	Die Intervention ist theoretisch fundiert. (→ Kriterium I.2.2, Dadaczynski,	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Interventionsinhalte sind aus theoretischem Modell/ Konzept abgeleitet.</i>	Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013) [Systematische

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
	<i>Kerngruppe 2 vorübergehend verschoben hinter B_9</i>	Witteriede 2013)		<i>Wurde in der Access Maske hinter B_9 verschoben.</i>	Literaturbewertung; Expert/innen]
D_6	Berücksichtigung von Leitlinien/Empfehlungen	Existing (inter)national diet and physical activity guidelines were taken into account during the development of the intervention. (→ Kriterium I.4, WHO 2011)	[Yes, please specify the guidelines, the publisher and the publication date. /No, please explain why not.]	<i>[Ja – bitte benennen /Nein]</i>	- Good Practice Appraisal Tool for obesity prevention programmes, projects, initiatives and interventions (WHO 2011) [Expert/innen]
D_7	Passung der Intervention zu Theorie	Die Arbeitsformen und -materialien sind dem Ansatz angemessen. (→ Kriterium I.2.6, Dadaczynski, Witteriede 2013) (Lösungsvorschlag für die Operationalisierung: Peer Review. Machbar?).	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Die Arbeitsformen und –materialien werden begründet.</i>	- Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013) [Systematische Literaturbewertung; Expert/innen]
D_8	Bestimmung Haupt- und Teilziele (BZgA) ⁸	A) Die Hauptziele sind einfach und „smart“ formuliert. (→ in Anlehnung an Kriterium 6, BZgA 2010: S. 66f und 86ff) B) Die Teilziele sind einfach und „smart“ formuliert. (→ in Anlehnung an Kriterium 6, BZgA 2010: S. 66f und 86ff)	<ul style="list-style-type: none"> • Kriterium A erfüllt [Ja/Nein] • Kriterium B erfüllt [Ja/Nein] • Kriterium C erfüllt [Ja/Nein/Teilweise] 	<i>A) Hauptziele sind benannt.</i> <i>B) Teilziele sind benannt.</i> <i>C) Zielsystem ist benannt. Ja = Haupt- und Teilziele sind genannt.</i>	- A) und B): BZgA (2010) [Expert/innen] - C): Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013) [Systematische

⁸ Bei den Zielen werden konkrete Bereiche benannt, die wir unter Determinanten/Einflussfaktoren gefasst haben (siehe S. 81 ff).

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		C) Dem Programm liegt ein differenziertes Zielsystem zugrunde. (→ Kriterium I.2.4, Dadaczynski, Witteriede 2013)			Literaturbewertung; Expert/innen]
D_9	Konzept in schriftlicher Form (BZgA) ⁹ <i>Strategie zur Erreichung der Ziele liegt vor (Erläuterung KG 2).</i>	Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Adressaten liegt in schriftlicher Form vor. In einem Konzept ist die Intervention systematisch in allen Aspekten formuliert und schriftlich dargestellt. Es ist die Grundlage für die Umsetzung der Intervention. (→ Kriterium 7, BZgA 2010: S. 67 und 91ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Die Inhalte und Methoden zur Erreichung der Ziele sind beschrieben.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
D_10	Adressatengerechte Zugangswege (BZgA)	Die Zugangswege sind adressatengerecht ausgewählt. (→ Kriterium 10B, BZgA 2010: S. 67 und 99ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Es wird dargelegt, dass die Zugangswege (z. B. Plakate, Flugblätter, aufsuchende oder persönliche Ansprache, Internetseiten, AGs in Schulen) für die Zielgruppe/n geeignet sind.</i> <i>Teilweise = bei mehreren Zielgruppen/Zugangswege</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]

⁹ Dieser Aspekt umfasst eine Vielzahl von Einzelkriterien, die in der Planungsphase zu berücksichtigen sind.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
				n.	
D_11	Adressatengerechte Vermittlungsmethoden (BZgA)	Die Vermittlungsmethoden sind adressatengerecht ausgewählt. Welche Vermittlungsmethoden gewählt werden, hängt von den Adressaten, der Art der geplanten Intervention und den Zielen der Intervention ab. (→ Kriterium 10B, BZgA 2010: S. 67 und 99ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Es wird dargelegt, dass die Methoden der Intervention für die Adressaten geeignet sind.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
E	Leitgedanken der universellen Prävention - Lebensweltübergreifend				
E_1	Partizipation (BZgA)	Die Adressaten sind in die Planung und Durchführung der Intervention einbezogen (Partizipation). Unter Partizipation (Teilhabe) wird eine partnerschaftliche Kooperation mit den Adressaten bezeichnet. (→ Kriterium 5, BZgA 2010: S. 66 und 84ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es gibt explizite Hinweise, dass die Adressaten in die Planung mit einbezogen sind.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
E_2	Stigmatisierung aktiv berücksichtigt (BZgA)	Die Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es gibt explizite Hinweise, dass Stigmatisierung</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		unerwünschten Nebenwirkungen ist bedacht. (→ Kriterium 8, BZgA 2010: S. 67 und 93ff)		<i>und/oder andere Nebenwirkungen vermieden werden.</i>	
E_3	Verhältnispräventive Aktivitäten berücksichtigt (im Sinne von Umsetzung eines Lebensweltansatzes) (BZgA) ¹⁰	Die Intervention berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten. Verhältnisprävention zielt auf das Umfeld ab. Dazu gehören die räumliche, soziale, aber auch die wirtschaftliche, technologische Umwelt oder gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen. (→ Kriterium 9, BZgA 2010: S. 67 und 96ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Verhältnisprävention: kann alles Mögliche beinhalten. Strukturentwicklungen, Organisationsentwicklungen aber auch neue Sportmöglichkeiten auf dem Schulhof zu schaffen. Das letzte Beispiel hat dann wiederum nichts mit Organisationsentwicklung zu tun.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
E_3.1	Organisations-/ Strukturentwicklung im Sinne der Gesundheitsförderung	Nachträglich Quelle recherchiert: Loss & Leitzmann (2011), dort zitiert: BZgA (2003) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es liegen explizite Hinweise dazu vor, dass die Intervention zur Organisations-und/oder Strukturentwicklung beiträgt. Organisationsentwicklung/ Strukturentwicklung: ist breiter gefasst als B_1 weil es auch Strukturentwicklung beinhaltet. Strukturentwicklung kann auf verschiedenen Ebenen</i>	- Loss & Leitzmann (2011) [Expert/innen] - BZgA (2010) [Expert/innen]

¹⁰ Überschneidung ggf. mit dem Bereich B_5

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
				<i>(also nicht nur innerhalb einer Organisation) stattfinden. Strukturentwicklungen auf der kommunalen Ebene können räumliche Entwicklungen sein, wie z.B.: neue Sporthallen, aber auch die Erweiterung der Angebote in der Sporthalle oder neue Kommunikationsstrukturen . Strukturentwicklung muss aber nicht immer Hand in Hand gehen mit Organisationsentwicklung</i>	
E_4	Ressourcenstärkung und Empowerment (BZgA)	Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Intervention (Empowerment). (→ Kriterium 11, BZgA 2010: S. 67 und 103ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es liegen explizite Hinweise dazu vor, dass die Stärkung und/oder Weiterentwicklung der Ressourcen ein Bestandteil der Intervention sind.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
E_5	Vernetzung (BZgA)	Es werden Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt (Vernetzung). Die Organisation bzw. die Beteiligten tauschen sich mit anderen Institutionen und Personen im Arbeitsfeld aus und/oder arbeiten zusammen.	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Es werden weitere Partner eingebunden.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		Schon in der Planungsphase ist es sinnvoll, Vernetzung mit zu bedenken, damit die Intervention breite Unterstützung findet. (→ Kriterium 18, BZgA 2010: S. 68 und 123ff)			
E_6	Niederschwelligkeit (BZgA)	Die Intervention ist niederschwellig angelegt. Niederschwellige Interventionen gehen auf die Adressaten zu bzw. ermöglichen eine Teilnahme ohne große Hürden. (→ Kriterium 10B, BZgA 2010: S. 67 und 99ff)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es wird begründet, inwiefern die Intervention niederschwellig ist.</i>	- BZgA (2010) [Expert/innen]
E_7	Gesundheitliche Chancengleichheit	Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen ist explizit genannt. (→ § 20 SGB V, GKV).	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es wird beschrieben, inwiefern die Intervention zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beiträgt.</i>	- Quint-Essenz (2014) [Expert/innen] - Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (2014) [Untergesetzlicher Auftrag]
E_8	Verstetigung	Ein Verstetigungskonzept (z. B. zur Verstetigung des Prozesses, zur Strukturbildung) liegt vor. (→ GKV)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es liegen Hinweise zur Verstetigung vor.</i>	- In Anlehnung an Leitfaden Prävention Handlungsfelder

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes (2014) [Untergesetzlicher Auftrag] - Population-based approaches to childhood obesity prevention (WHO 2012) [Expert/innen]
E_9	Transparenz	Die Beteiligten der Intervention verweisen auf Bezüge/ Transparenz/ Unabhängigkeit zu Industrieinteressen.	Kriterium erfüllt [Ja/Nein]	<i>Es liegen explizite Hinweise über Abhängigkeiten von Industrieinteressen vor.</i>	- World Health Assembly (1996), WHA Resolution 49.15, 25.05.1996
F	Beschreibungskriterien zur Konzeption und Planung von universeller Prävention – Lebensweltspezifisch				
	Familie				
F_1	Individualisierte Beratung zu körperlicher Aktivität	Es gibt keine allgemeingültigen Bewegungsempfehlungen, die für alle Schwangeren gleichermaßen zutreffen, daher sollte eine individualisierte Beratung dazu stattfinden.	Spezifisches Beratungs- und Begleitungskonzept [Ja/Nein/Teilweise zzgl. Freitext]	<i>Es liegen explizite Hinweise zu einem spezifischen Beratungs- und Begleitungskonzept vor [Ja/Nein zzgl. Freitext]</i>	- Hutter, S. (2013) [Überblicksarbeit zu Studien/Leitlinien]
F_2	Autonomie der Familie	Die Autonomie der Familie wird respektiert und unterstützt.	Erwähnung im Konzept [Ja/Nein/Teilweise zzgl. Freitext]	<i>Es liegen explizite Hinweise zur Wahrung der Autonomie von Familie vor. [Ja/Nein zzgl. Freitext]</i>	- NZFH: Nationales Zentrum für Frühe Hilfen(2014) [Expert/innen] - Gellhaus (2013)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					[Dissertation]
F_3	Peer-Support	Peer-Support ist Teil des Konzepts	Erwähnung im Konzept [Ja/Nein/Teilweise zzgl. Freitext]	<i>Es liegen explizite Hinweise zur Umsetzung eines Peer-Supports vor. [Ja/Nein/Teilweise zzgl. Freitext]</i>	- Public Health England (2015)[Rapid Review]
Schule					
F_4	Berücksichtigung der Bildungs- und Schulkonzepte und Aufgaben	Die Intervention ist mit den Bildungszielen der Schule verknüpft. (→ Kriterium 4.5, Dadaczynski et al. 2010)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]		- Dadaczynski et al. (2010), leicht modifiziert [Systematische Literaturbewertung; Expert/innen]
F_5		Die Intervention weist eine Passung mit den zentralen Lehr-/Lernbedingungen von Schule auf. (→ Kriterium I.2.7, Dadaczynski & Witteriede 2013)	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Es ist dargestellt, wie sich die Intervention unter den gegebenen schulischen Rahmenbedingungen umsetzen lässt.</i>	- Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013), leicht modifiziert [Systematische Literaturbewertung; Expert/innen]
Kommune					
F_6	Interventionsplanung	Die regionalen (Rahmen)Bedingungen wurden ermittelt?	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]		- King et al. (2011) [Narrativer Review] - Martin et al. (2013) (Systematischer Review), Verfahren: ANGELO, CCOPENI

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
F_7	Interventionsplanung	Die regionalen (Rahmen)Bedingungen/ Hintergründe (kulturelle, soziale, ökonomische etc.) wurden bei der Konzeptionierung berücksichtigt.	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]		<ul style="list-style-type: none"> - King et al. (2011) [Narrativer Review] - Martin et al. (2013) (Systematischer Review), Verfahren: ANGELO, CCOPENI - Bär et al.(2010) [Expert/innen] - Perez et al. (2013) [Systematischer Review]
F_8	Interventionsplanung	Lokale Fähigkeiten und Bedürfnislagen wurden bei der Konzeptionierung berücksichtigt. Einbeziehung mehrerer Stakeholder	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]		<ul style="list-style-type: none"> - King et al. (2011) [Narrativer Review] - Martin et al. (2013) [Systematischer Review], Verfahren: ANGELO, COOPENI - Bär et al. (2010) [Expert/innen] - Schultz et al. (2011) [Forschungsbericht, Pacific OPIC project] - Thury & Melo de Matos (2015) [Systematischer Review]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
F_9	Interventionsplanung	Bei der Konzeptionierung der Intervention für mehrere Settings ist eine lokale Koordinierung gewährleistet.	Kriterium erfüllt [Ja/Nein/Teilweise]	<i>Mehr als eine Einrichtung (unabhängig vom Setting) ist involviert und die zentrale Koordinierung ist explizit benannt.</i>	- Bär et al. (2010) [Expert/innen] - King et al. (2011) [Narrativer Review]
Kita					
F_10 [alt: K_1] ¹¹	Ernährung: Verfügbarkeit gesundheitsgerechter Lebensmittelangebote in der Kita	- gesundes Ernährungsangebot nach Fachempfehlungen	- ganztägige Bereitstellung angemessener Mengen gesunder Lebensmittel, die essentielle Nährstoffe enthalten: zuckerfreie oder -reduzierte Getränken (kostenlos Wasser, ungesüßte Tees), Obst und Gemüse, Milch-, Vollkorn- u.a. Produkte - täglich frische Bereitstellung - Beschränkung gesundheitsriskanter Lebensmittel (Fett, Salz, Zucker), insbesondere Süßigkeiten nur in Maßen zu besonderen Anlässen - möglichst Lebensmittel aus ökologischer Landwirtschaft - Verbindliche Absprachen mit Eltern und Kindern		- Barthelmes et al. (2014) [Expert/innen] - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Goldapp et al. (2011) [Expert/innen] - Brauer et al. (2015) [Systematischer Review] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Haroun et al. (2011) [Systematischer Review] - InForm & FIT KID (2014) [Expert/innen] - Preissing & Schneider (2012)

¹¹ Die Kriterien für Kita (F_10 bis F_29) wurden erst nachträglich unter F eingeordnet. In der Access Datenbank und der deskriptiven Auswertung sind sie mit K_1 bis K_20 nummeriert.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	<i>Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)</i>	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
			über mitgebrachte Nahrungsmittel		<ul style="list-style-type: none"> [Expert/innen] - Kaphingst & Story (2009) [Systematischer Review] - Bosche et al. (2008) [Expert/innen] - Kivi e.V. (2013) [Expert/innen] - Landessportbund Brandenburg (2015) [Expert/innen] - Schwabe et al. (2007) [Expert/innen] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - National Health and Medical Research Council: NHMRC (2013) [Evidenz] - Tietze et al (2003) [Expert/innen] - Plattform Ernährung und Bewegung: peb e.V. (2015) (Expert/innen) - National Institute für Health and Care

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					Excellence: NICE PH11 (2008) [Evidenz]
F_11 [alt: K_2]	Ernährung: Förderung gesundheitsgerechten Essverhaltens in der Kita	- Abläufe für gesundes Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> - Anregung zum Probieren weniger bekannter Speisen - kein Zwang, aufzuessen - Kinder sind an Wahl und Zubereitung der Speisen beteiligt - feste Essenszeiten und klar definierte essensfreie Zeiten - Begleitung der Mahlzeiten durch pädagogische Fachkräfte 		<ul style="list-style-type: none"> - Preissing & Schneider (2012) [Expert/innen] - Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz: BMELV (2008) [Expert/innen] - GKV-Spitzenverband (2014) [Expert/innen] - InForm & FIT KID (2014) [Expert/innen] - Bosche et al. (2008) [Expert/innen] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen] - NICE PH11 (2008) [Evidenz]
F_12 [alt: K_3]	Ernährung: Förderung spezifischen Gesundheitswissens in der Kita	- Ernährungslehre	<ul style="list-style-type: none"> - Instruktionen zu gesunder Ernährung - Kochdemonstrationen - Angeleitetes Einkaufen 		<ul style="list-style-type: none"> - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Fitzgibbon et al. (2013) [Pilotstudie]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					<ul style="list-style-type: none"> - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - NICE CG43 (2006) [Evidenz] - Tanda & Salsberry (2014) [Systematischer Review] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen]
F_13 [alt: K_4]	Ernährung: Gestaltung gesundheitsgerechter Umgebungen in der Kita	<ul style="list-style-type: none"> - angenehme Essatmosphäre - Raum- und Tischgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Speisenbereich im separaten Raum mit angemessener Beleuchtung, freundlichem Ambiente und gut zu reinigendem Mobiliar/ Boden - großer Tisch, altersgerechtes Mobiliar 		<ul style="list-style-type: none"> - InForm & FIT KID (2014) [Expert/innen] - Bosche et al. (2008) [Expert/innen] - NICE CG43 (2006) [Evidenz]
F_14 [alt: K_5]	Bewegung: Verfügbarkeit gesundheitsförderlicher Verhaltensangebote in der Kita	<ul style="list-style-type: none"> - Ständiges wetterunabhängiges Bewegungsangebot / regelmäßige körperliche Aktivität 	<ul style="list-style-type: none"> - täglich Zeiten für körperliche Aktivität - täglich Bewegungsspiele in Gruppen - regelmäßig Übungen und Alltagsunterstützung zur Körperwahrnehmung - täglich Übungen und Alltagsunterstützung für Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Beweglichkeit, koordinative Fähigkeiten und Geschicklichkeit, 		<ul style="list-style-type: none"> - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Ernst & Wiegand (2010) [Expert/innen] - Preissing & Schneider (2012) [Expert/innen] - Goldapp et al. (2011) [Expert/innen] - Brauer et al. (2015) [Systematischer

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	<i>Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)</i>	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
			motorische Leistungsfähigkeit		Review] - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Fitzgibbon et al. (2013) [Pilotstudie] - GKV-Spitzenverband (2014) [Expert/innen] - Hodges et al. (2013) [Systematischer Review] - Landessportbund Brandenburg (2015) [Expert/innen] - Schwabe et al. (2007) [Expert/innen] - Langenbruch (2013) [Expert/innen] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - Dungenheim (2007) [Expert/innen] - peb e.V. (2015) [Expert/innen] - Balster et al. (2012) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					- Dinter, 2014 [Expert/innen]
F_15 [alt: K_6]	Bewegung: Förderung gesundheitsgerechten Bewegungsverhaltens in der Kita	- angeleitete Bewegungsangebote	- Angeleitete Bewegungsangebote mindestens 1x pro Woche - täglich 60 Minuten Bewegung, davon 15 - 20 Min. angeleitet - Maßnahmen zur Förderung der motorischen Entwicklung		- Bewegungskita Rheinland-Pfalz (2014) [Expert/innen] - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Kaphingst & Story (2009) [Systematischer Review] - Kivi e.V. (2013) [Expert/innen] - Richards et al. (2013) [Systematischer Review]
F_16 [alt: K_7]	Bewegung: Reduzierung sitzender Aktivitäten	- gezielte, kontinuierliche Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Tagesablauf, motivierende Ansprache)	- Sitzende Aktivitäten werden durch Bewegung ersetzt, mindestens unterbrochen - Sitzende Aktivitäten werden während der Spielzeiten minimiert		- Hodges et al. (2013) [Systematischer Review] - Kaphingst & Story (2009) [Systematischer Review] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - NHMCR (2013) [Evidenz] - NICE CG43 (2006)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
F_17 [alt: K_8]	Bewegung: Förderung spezifischen Gesundheitswissens in der Kita	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsinformation - Bewegungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> - Mit Kindern über Möglichkeiten sprechen, Raum/Materialien zu nutzen 		<ul style="list-style-type: none"> - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - Tanda & Salsberry (2014) [Systematischer Review] - Tietze et al. (2014) [Expert/innen]
F_18 [alt: K_9]	Bewegung: Gestaltung gesundheitsgerechter Innenräume in der Kita	<ul style="list-style-type: none"> - bewegungs- und erfahrungsfreundliche Raumgestaltung und Materialausstattung 	<ul style="list-style-type: none"> - Täglich vielfältige frei nutzbare Bewegungsgelegenheiten - Kindgerechte Bewegungsgeräte und bewegungs- und wahrnehmungsanregende Materialien - ausgewiesener Sport- und Bewegungsbereich - Ausgewiesener Ruheraum / -bereich - dort Ausstattung für Entspannungsübungen 		<ul style="list-style-type: none"> - Preissing & Schneider (2012) [Expert/innen] - Bewegungskita Rheinland-Pfalz (2014) [Expert/innen] - Goldapp et al. (2011) [Expert/innen] - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Tietze et al. (2014)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					[Expert/innen] - Balster et al. (2012) [Expert/innen]
F_19 [alt: K_10]	Bewegung: Gestaltung gesundheitsgerechter Außengelände in der Kita	- bewegungs- und erfahrungsfreundliche Größe und Gestaltung (alternativ: Zugang zu entsprechendem nahen öffentlichen Gelände)	- Vielfältige Bewegungsräume und -möglichkeiten - möglichst naturnah		- Balster et al. (2012) [Expert/innen] - GKV-Spitzenverband (2014) [Expert/innen] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen] - Waters et. al. (2010) [Systematischer Review]
F_20 [alt: K_11]	Selbstregulation: Maßnahmen zur Förderung von Lebenskompetenzen (Selbstregulation) und Ressourcen	- gezielte, kontinuierliche Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Tagesablauf, motivierende Ansprache) - Gesundheitsedukation	- Life skills - Gesundheit als Wert - Gesundheitswissen - Entwicklung gesundheitsgerechter Alltagsgestaltung und Regeln mit den Kindern		- Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - Tanda & Salsberry (2014) [Systematischer Review] - Tietze et. al. (2003) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
F_21 [alt: K_12]	Selbstregulation: Förderung gesundheitsgerechten Medienkonsums	<ul style="list-style-type: none"> - Kita-Team wirkt bei Eltern und Kindern auf maßvollen Umgang mit Medien hin (d.h. maximal 1-2 Stunden Fernsehen am Tag) - gezielte, kontinuierliche Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Tagesablauf, motivierende Ansprache) 	<ul style="list-style-type: none"> - Angebote einschlägiger Gesundheitsinformation und –beratung der Familien - Gesundheitsinformation der Kinder / Medien als Bildungsbereich, z.B. Nutzung, Werbung 		<ul style="list-style-type: none"> - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Fitzgibbon et al. (2013) [Pilotstudie] - GKV-Spitzenverband (2014) [Expert/innen] - Kaphingst & Story (2009) [Systematischer Review] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - Tanda & Salsberry (2014) - Tietze et al. (2003) [Expert/innen]
F_22 [alt: K_13]	Selbstregulation: Förderung gesundheitsgerechter Stressbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> - gezielte, kontinuierliche Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Tagesablauf, motivierende Ansprache) 	<ul style="list-style-type: none"> - Angeleitete Entspannungsangebote min. 1x pro Woche 		<ul style="list-style-type: none"> - Goldapp et al. (2011) [Expert/innen] - GKV-Spitzenverband (2014) (Expert/innen) - Kivi e.V. (2013) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					- peb e.V. (2015) [Expert/innen]
F_23 [alt: K_14]	Rahmen: Monitoring des Gesundheitsstatus für gezielte Interventionen	- Regelmäßige Beobachtung der Kindergesundheit durch Screenings, mindestens orientierende Eingangserhebung vor Interventionen, durch standardisierte Messungen	- Gesundheitszustand, Fitness - BMI (Größe/Wachstum, Gewicht), Hüftumfang - Gesundheitsverhalten, Entwicklungsgeschichte - Nachweis regelmäßiger Arztbesuche		- Brauer et al. (2015) [Evidenz] - NHMRC (2013) [Evidenz] - Raynor et al. (2012) [2 randomisierte Studien] - Richards et al. (2013) [Systematischer Review]
F_24 [alt: K_15]	Rahmen: Qualifizierung intermediärer Zielgruppen – Eltern	- gezielte, kontinuierliche Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Gesundheitsinformation, möglichst auch motivierende Ansprache) - Stärkung von Gesundheitsmotivation der Eltern - Förderung von Gesundheitswissen	- Angebote für Elterntrainings und Kurse, z.B. zu Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit - Gesundheitsinformation und Transparenz der Maßnahmen der Kita, z.B. Anschreiben, Aushänge - Nutzung aller Zugänge (Elternabend, Entwicklungsgespräch)		- Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Ernst & Wiegand (2010) [Expert/innen] - GKV-Spitzenverband (2014) [Expert/innen] - Lake (2012) [Systematischer Review] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Dinter (2014) [Expert/innen]
F_25	Rahmen: Qualifizierung intermediärer Zielgruppen	- Fortbildungen der Fachkräfte - gezielte, kontinuierliche	- Angebote auch zur Gesundheit der Fachkräfte		- Barthelmes et al. (2014)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
[alt: K_16]	– pädagogische Fachkräfte	Maßnahmen (Gruppen- bzw. Einzelangebote, Tagesablauf, motivierende Ansprache)	(Schulungen) - Fortbildungen für Prävention und Gesundheitsförderung - gesundheitsbezogene Zertifikate für die Kita		[Expert/innen] - Ernst & Wiegand (2010) [Expert/innen] - Wabitsch & Kunze, (2014) (S2-Leitlinie) - Goldapp et al. (2011) [Expert/innen] - GKV-Spitzenverband (2014) (Expert/innen) - InForm & FIT KID (2014) [Expert/innen] - Lake (2012) [Systematischer Review] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - Dinter (2014) [Expert/innen]
F_26 [alt: K_17]	Rahmen: Interdisziplinäre Kooperation	- gezielte, kontinuierliche Maßnahmen	- Einbeziehung von Ärzten, Ernährungsfachkräften, Bewegungstherapeuten, Behörden - Verbesserung der		- Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Langenbruch (2013) [Expert/innen]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
			Zusammenarbeit zwischen den Fächern		<ul style="list-style-type: none"> - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Sharma (2011) [Systematischer Review] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen]
F_27 [alt: K_18]	Rahmen: Spezifische Partizipation für Kinder	- Aktive Einbeziehung in den Interventionsablauf	<ul style="list-style-type: none"> - altersgruppengerechte Partizipationsmöglichkeiten, bes. bei gemeinsamen Planungen (Zielen) und Regelgestaltung - Ermutigung zur Partizipation - Kinder beteiligt an Wahl und Zubereitung der Speisen 		<ul style="list-style-type: none"> - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Preissing & Schneider (2012) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - GKV-Spitzenverband, 2014 [Expert/innen] - NHMRC (2013) [Evidenz] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen]
F_28 [alt: K_19]	Rahmen: Spezifische Partizipation für Pädagogische Fachkräfte	- Aktive Einbeziehung in den Interventionsablauf	- Pädagogischen Fachkräfte sind an Planung (Zielsetzung) und Umsetzung beteiligt		<ul style="list-style-type: none"> - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - NHMRC (2013) [Evidenz]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
F_29 [alt: K_20]	Rahmen: Spezifische Partizipation für Eltern	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz des Geschehens - möglichst aktive Einbindung der Eltern in gemeinsame Aktivitäten - proaktiver Gesundheitsdialog der Fachkräfte mit den Eltern: Beteiligung an allen die Kinder betreffenden Entscheidungen, Angebot geeigneter Formen von Gesprächen und Zusammenarbeit, Erhebung von Bedarf und Gestaltung nachfragegerechter Angebote - ACHTUNG: kann nicht vollständig sichergestellt werden und ist daher keine unabdingbare Voraussetzung für Interventionen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten zur Mitarbeit an Maßnahmen, z.B. gemeinsame Zielvereinbarungen - Eltern beteiligt an Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen, z.B. Veranstaltungen, Essenszubereitung - gemeinsame Aktivitäten, z.B. Familien- oder Eltern-Kochen - Angebot von Entwicklungsgesprächen, auch zur Stärkung der Elternkompetenz 		<ul style="list-style-type: none"> - Barthelmes et al. (2014) [Expert/innen] - Wabitsch & Kunze (2014) [S2-Leitlinie] - Preissing & Schneider (2012) [Expert/innen] - Ketelhut (2013) [Expert/innen] - Flynn et al. (2006) [Systematischer Review] - GKV-Spitzenverband (2014) (Expert/innen) - Bosche et al. (2008) [Expert/innen] - Schwabe et. al (2007) [Expert/innen] - Molloy et al. (2014) [Systematischer Review] - NHMRC (2013) [Evidenz] - Tietze et al. (2003) [Expert/innen] - NICE CG43 (2006) [Evidenz]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
G	Leitgedanken der universellen Prävention – Lebensweltspezifisch				
	Familie				
G_1	Individualisierte Interventionen	Elternrechte Art. 6 GG, „normative“ Vorgaben können Belastung erhöhen (→ Gellhaus 2013)	Im Konzept erwähnt [Ja/Nein/Implizit]	<i>Es liegen explizite Hinweise zur Individualisierung der Interventionen vor. [Ja/Nein/Implizite Hinweise, ja, nein]</i>	- NZFH (2014) [Expert/innen] - Gellhaus (2013) [Dissertation]
	Schule				
G_2	Nachhaltigkeit durch Integration in Schulentwicklung	Nachhaltige Gesundheitsförderung als Schulentwicklungsprozess verstehen (→ Kriterium GB1)			- Nieskens et al. (2014) [Expert/innen]
	Kommune				
G_3	Kontinuierliche Passung mit lokalen Rahmenbedingungen	Demografische, kulturelle, geografische und strukturelle Aspekte		<i>Es liegen Hinweise vor, die die Passung deutlich machen (z.B. „Es wird auf Transkulturalität geachtet“)</i>	- King et al. (2011) [Narrativer Review] - ANGELO
H	Determinanten für Kinderübergewicht (Grundlage NICE; Berücksichtigung nur wenn Evidenz vorliegt)¹²				
	Grundlage NICE 2014/2015: Ist in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit nicht entwickelt, Schwangere und Kindern vor dem Abstillen wurden nicht berücksichtigt. Bezugnahme also lediglich indirekt. In der NICE Guideline (2014) werden in Tabelle 2, S. 14, sowohl die Evidenz als auch die Stärke und Richtung der Assoziationen angegeben. Im Auswertungsraster sind nur die Evidenzen nicht jedoch die einzelnen Assoziationen aufgeführt.				
H_1	Physical Activity (PA) (Sport)				

¹² Über Mediation nachdenken

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
H_1.1	Aerobic exercise	Aerobic exercise Activity in which the body's large muscles move in a rhythmic manner for a sustained period of time at an intensity that can be supported by aerobic metabolism. Aerobic activity, such as walking, running, or cycling, improves cardiorespiratory fitness. (NICE 2014: 5)		<i>Die Intervention beinhaltet eine Förderung von aerober Belastung (Ausdauersport). [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,weak‘
H_1.2	PA intensity/ frequency/ duration	Physical activity duration Length of time over which a bout of physical activity is performed. Physical activity frequency Number of physical activity bouts over a specified period. Physical activity intensity (PAI) The rate of energy expenditure (the number of calories burned) that a physical activity demands. This is usually measured in kcals per kg of body weight per minute or in multiples of 'metabolic equivalents' (METs). One MET (1 kcal/kg/h) is the rate of energy expenditure when a person is at rest. PAI is often defined as not active (<1.5 METs), gentle/low/light (1.5 to 2.9 METs), moderate (3 to 6 METs), or vigorous (>6 METs) intensity. (NICE 2014: 6)		<i>Die Intervention beinhaltet eine Förderung der körperlichen Aktivität in Bezug auf Ausdauer/Häufigkeit/ Intensität. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,weak‘ - Lamboglia et al. (2013) [Systematischer Review]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		Ergänzend zu NICE 2014: Studie zu Exergames von Lamboglia et al., 2013			
Familie					
H_1.3	Bewegung/körperliche Aktivität in der Schwangerschaft	<p>Bewegung/körperliche Aktivität in der Schwangerschaft zur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrenzung der mütterlichen Gewichtszunahme (metabolische Programmierung) • zur Verringerung des kardiovaskulären Stresses durch einen positiven Effekt auf Plasma- und Blutvolumen • zur Verbesserung der Körperkontrolle verbunden mit einem geringeren Risiko für postpartale Stimmungsschwankungen und Depressionen 		<i>Die Intervention beinhaltet eine Förderung der Bewegung in der Schwangerschaft. [Ja/Nein]</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gellhaus (2013) [Dissertation] - NICE (2010) [PH27] - NICE (2008) [CG62] - Hutter (2013) [Übersichtsarbeit zu Studien/ Leitlinien]
H_1.4	Bewegung/körperliche Aktivität mit der gesamten Familie	Familienwandern Krabbelgruppen		<i>Die Intervention beinhaltet eine Förderung der Bewegung der gesamten Familie. [Ja/Nein]</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gellhaus (2013) [Dissertation] - Public Health England (2015) [Rapid Review]
H_1.5	„Bewegungsfreiräume“ im 1. Lebensjahr	Sichere „Bewegungsfreiräume“ für Säuglinge schaffen. Motorik fördern		<i>Die Intervention beinhaltet eine Bereitstellung von Bewegungsfreiräumen für Säuglinge/Kleinkinder. [Ja/Nein]</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gellhaus (2013) [Dissertation] - Public Health England (2015)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					[Rapid Review]
H_2	Sedentary Behavior (Medien/sitzendes Verhalten) Familie: keine spezifischen Determinanten um Betreuungsbogen rund um die Geburt gefunden				
H_2.1	Screen time	Screen time Total time spent watching a screen, for example watching TV, using the internet, using a computer, or playing video games. (NICE 2014: 6)(Relevanz für Familien mglw. stark eingeschränkt)		<i>Die Intervention beinhaltet eine Verminderung eines inaktiven Lebensstils. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,strong‘ - Public Health England (2015) [Rapid Review]
H_3	Ernährung einschließlich Stillen				
H_3	Food and Drinks				
H_3.1	Sugar sweetened beverages	Sugar-sweetened beverage Can be defined as any beverage with sugar added to it (this would not include pure fruit juices with no sugar added) or any beverage with sugar contained in it, whether added or naturally occurring (this would include pure fruit juices and milk). (NICE 2014: 7)		<i>Die Intervention beinhaltet eine Verminderung des Verzehrs mit Zucker gesüßter Getränke. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,strong‘ - Avery et al. (2014) [Systematischer Review]
H_3.2	Fruit/vegetables	Keine Definition vorhanden (NICE 2014) Zusammenfassung: Children and young people: Weak evidence from 2 high quality reviews ^{1,3} of cohort studies suggests that fruit and vegetable consumption is not associated		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung von Obst- und Gemüseverzehr vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,weak‘

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		with weight related outcomes in children and young people. (NICE 2014: 86)			
H_3.3	Energy and Nutrients	Einzeldefinitionen, siehe NICE 2014: 8		<i>Es liegen explizite Hinweise zu Energieverbrauch und Nährstoffzufuhr vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz weak bis strong, je nach Nahrungsbestandteil
Familie					
H_3.4	Spezifik rund um die Geburt: Ernährung in der Schwangerschaft (metabolische Programmierung)	Gesunde Ernährung wird in der Schwangerschaft gefördert.		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung gesunder Ernährung in der Schwangerschaft vor. [Ja/Nein]</i>	- Gellhaus (2013) [Dissertation] - Koletzko et al. (2013) [Expert/innen]
H_3.5	Spezifik rund um die Geburt: Muttermilch, Stillen	Stillförderung auf allen Ebenen (z. B. WHO Babyfreundliche Kriterien od. Bremer Empfehlungen zur Stillförderung) Bindungsförderung durch das Stillen		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Umsetzung von Stillförderung vor. [Ja/Nein]</i>	- Public Health England (2015) [Rapid Review] - Gellhaus (2013) [Dissertation] - Michenthaler (2012) [Diplomarbeit] - Yan et.al., 2014 [Meta-Analyse] - BZgA (2010) [Expert/innen]
H_3.6	Spezifik rund um die Geburt: Angemessener Umgang mit	Wenn Stillen nicht möglich / nicht gewünscht		<i>Es liegen explizite Hinweise zu einem angemessenen Umgang</i>	- Gellhaus (2013) [Dissertation] - NICE (2008)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
	Muttermilchersatz			<i>mit Muttermilchersatz vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE (2006)
H_3.7	Späte Einführung von Beikost	Protektiv - bedeutet Beikost möglichst spät einzuführen, um späteres Übergewicht zu vermeiden.		<i>Es liegen explizite Hinweise zur späten Einführung von Beikost vor. [Ja/Nein]</i>	- Public Health England 2015 [Rapid Review] - NICE (2008) - Koletzko et al. (2013) [Expert/innen]
H_3.8	Vermeidung von Überfütterung (vergl. auch Bindung)	Auffordern zum Aufessen Belohnung / Bestrafung (über Essen) Emotionales Essen vermeiden		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Vermeidung von Überfütterung vor. [Ja/Nein]</i>	- DIMDI (2009) [HTA] - Public Health England (2015) [Rapid Review] - NICE (2008) - Public Health England (2015) - Koletzko et al. (2013) [Expert/innen]
Schule					
H_3.9	Provision of water	Bereitstellung von Wasser in der Schule			- Avery et al. (2014) [Systematischer Review]
H_4	Eating patterns				
H_4.1	Food prepared outside the home	Eating meals prepared outside of the home Includes eating in restaurants, as well as fast food or takeaways. (NICE 2014: 9)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Vermeidung außerhalb zubereiteten Speisen vor.</i>	- NICE, Evidenz ,moderate'

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
				[Ja/Nein]	
H_4.2	Family meals	Family meals Meals where the children eat with their parents or guardians rather than children and adult family members eating separately. (NICE 2014: 9)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung von Familienmahlzeiten vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,weak‘
H_4.3	Breakfast	Breakfast The first meal of the day, eaten in the morning. (NICE 2014: 9)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung einer Einnahme eines Frühstücks vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ,weak‘
H_5	Lifestyle changes			<i>Aufgrund einer fehlenden Kategorisierung kann hier keine Bewertung bzw. Charakterisierung stattfinden.</i>	- Evidenz ,weak‘ - Kitzmann et al. (2010) [Systematischer Review] - Vasques et al. (2014) [Systematischer Review, Meta-Analyse]
H_6	Psychosoziale Gesundheit/ Ressourcenorientierung ¹³		<i>Aufgrund einer fehlenden Kategorisierung kann hier keine Bewertung bzw. Charakterisierung stattfinden.</i>		
Familie: Ressourcenstärkung, Psychosoziale Gesundheit / Selbstregulation - gelingende Bindung					

¹³ Über die Auflistung von „Psychosoziale Gesundheit/Ressourcenstärkung“ als Extra-Kategorie oder zusammengefasst mit „Lifestyle Change“ besteht Dissens. Die ursprüngliche Aufteilung ist konsistenter und summiert Ernährung insg. unter H3, dabei Nutrition, Eating Patterns etc. als Unterpunkte; Punkt H 4 ist dabei Psychosoziale Gesundheit, Ressourcenorientierung, Selbstregulation. Hier wurde das NICE-Kriterium Lifestyle Changes freihändig zugeordnet. Es ist aber ohnehin an dieser Stelle unsystematisch.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
H_6.1	Psychische Gesundheit	Ressourcenstärkung zur Prävention von psychischen Erkrankungen der Eltern (Insbesondere Prävention von Post-partalen Depressionen)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Stärkung von Ressourcen zur Prävention von psych. Erkrankungen der Eltern vor. [Ja/Nein]</i>	- Gellhaus (2013) [Dissertation] - DIMDI (2009) [HTA] - El-Behadli et al. (2015) [Systematischer Review]
H_6.2	Stress	Stressregulation/Stressbewältigung für Familien/Eltern zum Umgang mit zusätzlicher Belastung zum Beispiel: Familiäre Umstellung nach der Geburt/ Finanzielle Sorgen/ Schlafmangel/ Umgang mit vielen Empfehlungen/ Erwartungen an (werdende) Mütter		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Stressregulation/-bewältigung für Familien/ Eltern vor. [Ja/Nein]</i>	- Michenthaler (2012) [Diplomarbeit] - RKI & BZgA (2008) [Expert/innen/ Bundes-GBE] - Halliday et al (2013) [Systematischer Review] - Puder & Munsch (2010) - El-Behadli et al. (2015) [Systematischer Review] - DIMDI (2009) [HTA]
H_6.3	Bindung/Bindungsförderung	Bindungsförderung z. B. durch Sensibilisierung für die Eltern, um die Signale des Kindes zu verstehen und auf die Bedürfnisse angemessen reagieren zu können. (Dazu zählt auch Stillförderung.)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung von Bindung vor. [Ja/Nein]</i>	- Halliday et al. (2013) [Systematischer Review] - Puder & Munsch (2010)

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
H_7	Other factors (Sonstiges)				
H_7.1	Sleep	Keine Definition vorhanden (NICE 2014); Zusammenfassung: Children and young people: Moderate evidence from 2 moderate quality reviews ^{1,2} of cohort, cross sectional and case control studies suggests that there is an inverse relationship between sleep duration and subsequent risk of overweight or obesity in children. (NICE 2014: 150f)		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Förderung des Schlafs bei Kindern vor. [Ja/Nein]</i>	- NICE, Evidenz ‚moderate‘ - BZgA (2010) [Expert/innen] - Fatima et al. (2015) [Systematischer Review, Meta-Analyse]
H_7.2	Sozioökonomische Benachteiligung als Bedingungsfaktor, der den meisten anderen Bedingungsfaktoren zu Grunde liegt	niedriges Einkommen, geringer beruflicher Status, geringe Bildung, Migrationsstatus		<i>Es liegen explizite Hinweise zur Berücksichtigung einer sozioökonomischen Benachteiligung vor. [Ja/Nein]</i>	- Gellhaus (2013) [Dissertation] - DIMDI (2009) [HTA] - NICE (2008) - RKI & BZgA (2008) [Expert/innen/ Bundes-GBE] - Krause (2014) [Dissertation]
	Familie				
H_7.3	Rauchen der Eltern in der Schwangerschaft			<i>Es liegen explizite Hinweise zur Vermeidung von Rauchen in der Schwangerschaft vor. [Ja/Nein]</i>	- Gellhaus (2013) [Dissertation] - Krause (2014) [Dissertation] - NICE (2008) - Koletzko et.al.

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
					(2013) [Expert/innen] - RKI & BZgA (2008) [Expert/innen/ Bundes-GBE] - Riedel et al. (2014) [Systematischer Review]
H_7.4	Werbung (Irreführung durch...)	Die Intervention beinhaltet Werbung/Sponsoring. Die Intervention schließt Werbung/Sponsoring explizit aus.		<i>Es liegen explizite Hinweise zum Einbezug von Werbung/ Sponsoring im Kontext der Intervention vor. [Ja/Nein]</i> <i>Es liegen explizite Hinweise zum Ausschluss von Werbung/Sponsoring vor. [Ja/Nein]</i>	- DIMDI (2009) [HTA]
Schule					
H_7.5	(Family) Support	Support Social support offered by others (e.g. friends or family) for individually modifiable behaviours. For example, having an exercise buddy. (NICE 2014: 10) Reviews: Familien, die an einer Schulintervention mitbeteiligt sind	Reviews: Die Familie unterstützt die Intervention aktiv. Beispiel Gesunde Ernährung: In der Schule soll gesundes Mittagessen serviert werden. Für eventuelle Zwischenmalzeiten geben die Eltern ihren Kindern		- NICE, Evidenz ,moderate‘ - Khambalia et al. (2011) [Systematischer Review] - Hendrie et al. (2011) [Systematischer

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)[Evidenz]
			auch nur gesundes Essen mit.		Review]
H_7.6	Schulgestaltung und Schulumgebung	Die Intervention bezieht sich auf die schulische Infrastruktur	z.B.: <ul style="list-style-type: none"> • Sichere Fahrradwege zur Schule • Ergonomische Möbel • Verfügbarkeit und Ausstattung von Spieleflächen 		- Evidenz ,weak‘ - Brittin et al. (2015) [Expert/innen] - Loprinzi et al. (2012) [Expert/innen]
H_7.7	Elternbeteiligung				- Evidenz ,weak‘ - Robinson et al. (2014) [Systematischer Review] - Vasques et al. (2014) [Systematischer Review, Meta-Analyse] - Sobol-Goldberg et al. (2013) [Systematischer Review, Meta-Analyse] - Vine et al. (2013) [Systematischer Review]
Kommune					

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
H_7.8	Gestaltung/Organisation von Bewegungsmöglichkeiten/ Ferienfreizeitangeboten	In den Gemeinden werden Bewegungsangebote (Zugang zu sicheren Schulhöfen/Spielplätzen, After school physical activity) und/oder Ferienfreizeitangebote (incl. skill-building, PA, nutrition, length min. 4 weeks / summer camps) organisiert.			<p>- Evidenz ,weak'</p> <p>- Barr-Anderson et al. (2013) [Systematischer Review]</p> <p>- Kellou et al. (2014) [Systematischer Review]</p> <p>Evidenz, "the greatest potential to prevent obesity in youth"</p> <p>- Oliver (2011) und Collins (2012) aus Thury & Melo de Matos (2015) [Systematischer Review]</p> <p>- Evidenz ,moderate'</p> <p>- Kumanyika et al. (2014) [Systematischer Review]</p>
H_7.9	Gestaltung/Organisation von Community Food Environment	Drei Säulen von Community Food Environment: <ul style="list-style-type: none"> • Community Physical Food Environment, • Community Economic Food Environment, 		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Obst an der Kasse</i> • <i>Preisungen</i> • <i>Regelungen (Ampelsystem auf Lebensmitteln)</i> 	- Mayer (2009) [Systematischer Review]

	Dimension	Beschreibung	Indikatoren/Kategorien ¹	Ergänzende Anmerkungen für Auswertung (KG 2)	Quellen (z. B.)/[Evidenz]
		<ul style="list-style-type: none"> Community Political Food Environment 			

Literatur

Avery, A., Bostock L., McCullough, F. (2015): *A systematic review investigating interventions that can help reduce consumption of sugar-sweetened beverages in children leading to changes in body fatness*. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 28 (Suppl. 1): 52–64.

Balster, K., Becker, J., Holze, J., Hunz, J., Hülse, H., Lautenbach, P., Neuhöfer, F., Schelhorn, D., Holze, K. (2012). Positionspapiere der Deutschen Sportjugend zum Themenfeld: Kinderwelt ist Bewegungswelt. Frankfurt: Deutsche Sportjugend im Deutschen Olympischen Sportbund e.V.

Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2010): *Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen*. Public Health Forum, 18 (4), 41.e1–41.e3.

Barr-Anderson, D. J., Adams-Wynn, A. W., DiSantis, K.I., Kumanyika, S. (2013): *Family-focused physical activity, diet, and obesity interventions in African American girls: a systematic review*. Obesity Review, 14(1):29-51.

Barthelmes, I., Hildebrandt, S., Nolting, H. (2014). AOK Präventionsbericht: Die Leistungen der AOK- die Gesundheitskasse in der Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Qualität für die Gesundheit. Schwerpunktthema: Gesundheitsförderung im Setting Kita. Berlin: AOK-Bundesverband (Hrsg.)

Bemelmans, W. J. E., Wijnhoven, T. M. A. 2, Verschuur, M., Breda, J. (2014): *Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects*. BMC Public Health. 14:758.

Bewegungskita Rheinland-Pfalz e.V. (2014). Bewegungskita Rheinland-Pfalz. Standards für das Qualitätssiegel. Mainz.

Bleich, S. N., Segal, J., Wu, Y., Wilson, R., Wang, Y. (2013): *Systematic Review of Community-Based Childhood Obesity Prevention Studies*. Pediatrics, 132 (1):e201-10.

Bosche, H., Große, P., Große, H.-U., Folkmer, C., Guntenhöner, M., Hohn, J., Huismann, S., Kohlmann, H., Kölling, J., Luckau, B., Müller, W., Pohlmann, T., Purschke, I., Tasto, G., Tönjes, R., Weier-Schulz, I. (2008). Essen und Trinken als Qualitätsmerkmale. Bremen: KiTa Bremen.

- Brauer, P., Peirson, L., Moore, J. E. (2015). *The Canadian Task Force on Preventative Health Care's Guidelines on Obesity Prevention and Management in Adults and Children in Primary Care*. Abstracts/Can J Diabetes, 39: S10-S16).
- Brittin, J., Sorensen, D., Trowbridge, M., Lee, K. K., Breithecker, D., Frerichs, L., Huang, T. (2015). *Physical Activity Design Guidelines for School Architecture*. PloS One, 2015 10 (7): e0132597.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMLEV). (2008). Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- BZgA (2010) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung Konkret, Band 13, BZgA: Köln
- Dadaczynski, K., Buijs, G., Ruiters, S., Vries, N., Paulus, P. (2010). Heps Inventory Tool: An Inventory Tool Including Quality Assessment of School Interventions on Healthy Eating and Physical Activity. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED518321.pdf> [Zugegriffen: 13.10.2015]
- Dadaczynski, K. & Witteriede, H. (2013). Das QGPS-Verfahren: Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener Programme in Schulen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2009) Prävention und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). HTA. DIMDI Köln
- Dinter, A. (2014). Bewegte Kita - Partner für Sicherheit. Unfallkasse Sachsen.
- Düngenheim, M. (2007). Gesunde Kitas - starke Kinder: Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Berlin: Plattform Ernährung und Bewegung e.V.
- EI-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., Nicklas, T. A. (2015). *Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity*. Br J Nutr., 113, Suppl:S55-71.
- Fatima, Y., Doi, S. A. R., Mamun, A. A. (2015): *Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis*. Obesity Review. 16(2):137-49.
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Schiffer, L., Kong, A., Braunschweig, C. L., Gomez-Perez, S. L., Odoms-Young, A., Van Horn, L., Kaufer Christoffel, K., Dyer, A. R. (2013). *Family-based hip-hop to health: Outcome results*. Obesity, 21(2), 274-283.
- Flynn, M., McNeil, D., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., Tough, S. (2006). *Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations*. Obesity reviews, 7(s1), 7-66.
- Gellhaus, I. (2013): Die Schwangerschaft im Fokus der primären Adipositasprävention – Systematische Betrachtung und Entwicklung eines praxisnahen Präventionsangebotes. Dissertation. Universität Paderborn

GKV Spitzenverband (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

Goldapp, C., Cremer, M., Graf, C., Grünewald-Funk, D., Mann, R., Ungerer-Röhrich, U., Willhöft, C. (2011). *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ein BZgA-geleiteter Expertenkonsens*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 54(3), 295-303.

Grossklaus, H. & Marvicsin, D. (2014). *Parenting efficacy and its relationship to the prevention of childhood obesity*. *Pediatr Nurs.* 40(2):69-86.

Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J., Renzaho, A. M. (2014). *The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review*. *Int J Obes (Lond)*, 38(4):480-93.

Haroun, D., Wood, L., Harper, C., Nelson, M. (2011). *Nutrient-based standards for school lunches complement food-based standards and improve pupils' nutrient intake profile*. *British journal of nutrition*, 106(04): 472-474.

Hebestreit, H. (2006). *Prävention durch Aktivität im Kindergarten*. Würzburg: Universitätsklinikum.

Hendrie, G. A., Brindal, E., Corsini, N., Gardner, C., Baird, D., Golley, R. K. (2012). *Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness?* *Health Educ Behav.*, 39(2): 159–171.

Hodges, E. A., Smith, C., Tidwell, S., Berry, D. (2013). *Promoting physical activity in preschoolers to prevent obesity: a review of the literature*. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(1): 3-19.

Högel, W. (2010). *Qualitätssiegel "Fitte Kinder"*: Bayerischer Turnverband e.V.

Hutter, S. (2013), *Sport und Schwangerschaft*. *Der Gynäkologe*, 46(5): 320-324.

In Form & FIT KID (2014). *FIT KID. Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas*. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

Kaphingst, K. M., & Story, M. (2009). *Child Care as an Untapped Setting for Obesity Prevention: State Child Care Licensing Regulations Related to Nutrition, Physical Activity, and Media Use for Preschool-Aged Children in the United States*. *Preventing chronic disease*, 6(1): A11

Kellou N., Sandalinas, F., Copin, N., Simon, C. (2014): *Prevention of unhealthy weight in children by promoting physical activity using a socio-ecological approach: What can we learn from intervention studies?* *Diabetes Metabolism*. 40(4):258-71.

Ketelhut, K. (2013). *Fitness für Kids - Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter*. Berlin: Verein für Frühprävention e.V. und Kaufmännische Krankenkasse.

Khambalia, A. Z., Dickinson, S., Hardy, L. L., Gill, T., Baur, L. A. (2012). *A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity*. *Obes Rev.*, 13(3): 214–233.

- Kindertagesstätte Sehpferdchen (2006). Lernen durch Genießen - Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/lernen-durch-genieessen/> [Zugegriffen:18.11.2015]
- King, L., Gill, T., Allender, S., Swinburn, B. (2011): *Best practice principles for community-based obesity prevention: development, content and application*. Obesity Review, 12(5):329-38.
- Kivi e.V. (2013). Kita Vital. Umsetzungskonzept und Qualitätsstandards für Kindertagesstätten und Familienzentren. Siegburg: Rhein-Sieg-Kreis (Hrsg.)
- Koletzko, B., Bauer, C.-P., Brönstrup, A., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Schäfer, T., Vetter, K., Wahn, U., Weißenborn, A. (2013) *Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter, Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben-Netzwerk Junge Familie, ein Projekt von IN FORM*, Monatsschrift Kinderheilkunde Sonderdruck März 2013: 161(3): 237-246.
- Koletzko, B., Bauer, C.-B., Bung, P., Cremer, M., Flothkötter, M., Hellmers, C., Kersting, M., Krawinkel, M., Przyrembel, H., Rasenack, R., Schäfer, T., Vetter, K., Wahn, U., Weißenborn, A., Wöckel, A. (2012) *Ernährung in der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des Netzwerks “Gesund ins Leben- Netzwerk Junge Familie”*. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Sonderdruck Juni 2012.
- Kovács, E., Siani, A., Konstabel, K., Hadjigeorgiou, C., De Bourdeaudhuij, I., Eiben, G., Lissner, L., Gwozdz, W., Reisch, L., Pala, V., Moreno, L. A., Pigeot, I., Pohlabeln, H., Ahrens, W., Molnár, D. on behalf of the IDEFICS consortium (2014). *Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study*. International Journal of Obesity, 38: S144-S151.
- Krause, L. (2014) Übergewicht und Adipositas im Kindes und Jugendalter. Ein Fokus auf sozialer Ungleichheit. Kumulative Dissertation. Freie Universität Berlin. http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000017075/Doktorarbeit_Laura_Krause_Onlineversion_110515.pdf [Zugegriffen: 01.10.2015]
- Krawietz, A. & Lehn, K. (2011). Hessischer Bewegungskindergarten: Sportjugend Hessen im Landessportbund Hessen e.V.
- Kumanyika, S. K., Swank, M., Stachecki, J., Whitt-Glover, M. C., Brennan, L. K. (2014): *Examining the evidence for policy and environmental strategies to prevent childhood obesity in black communities: new directions and next steps*. Obesity Review. Suppl 4:177-203.
- Lake, A. M. (2012). *Pediatric Obesity Preventive Measures in Early Childhood*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 36(Suppl. I), 76S-80S.
- Lamboglia, C. M., da Silva, V. T., de Vasconcelos Filho, J. E., Pinheiro, M. H., Munguba, M. C., Silva Júnior, F. V., de Paula, F. A., da Silva, C. A. (2013): *Exergaming as a Strategic Tool in the Fight against Childhood Obesity: A Systematic Review*. Journal of Obesity. 2013;2013:438364.
- Landessportbund Brandenburg e.V. (2015). Bewegungs- und Gesundheitsorientierte KITA. In L. B. e.V. (Hrsg.). Potsdam: LSB SportService Brandenburg gGmbH.
- Langenbruch, B. (2013). PIAF - Prävention in aller Frühe. Landkreis Hildesheim, Dezernat für Soziales, Jugend, Sport und Gesundheit (Hrsg.). Hildesheim: Landkreis Hildesheim Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

- Lobelo, F., Garcia de Quevedo, I., Holub, C. K., Nagle, B. J., Arredondo, E. M., Barquera, S., Elder, J.P. (2013): *School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America*. The Journal of School Health, 83(9):668-77.
- Loprinzi, P. D., Cardinal, B. J., Loprinzi, K. L., Lee, H. (2012). *Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents*. Obes Facts, 5(4): 597–610.
- Loss, J. & Leitzmann, M. (2011): *Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen*. Bundesgesundheitsblatt 2011, 54:281–289.
- Martin, J., Chater, A., Lorencatto, F. (2013): *Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity*. International Journal of Obesity (Lond). 37(10):1287-94.
- Mayer, K. (2009): *Childhood obesity prevention: focusing on the community food environment*. Family & Community Health, 32(3):257-270.
- Michenthaler, J. (2012): *Adipositas in der Schwangerschaft – Bewertung von Best-Practice-Beispielen und Ableitung eines Maßnahmenkataloges*. Diplomarbeit. Universität Wien
- Molloy, C. J., Kearney, J., Hayes, N., Slattery, C. G., Corish, C. (2014). *Healthy incentive scheme in the Irish full-day-care pre-school setting*. Proceedings of the Nutrition Society, 73(01): 147-158.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults, Adolescents and Children in Australia*. Melbourne: National Health and Medical Research Council.
- Nationales Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) (2014) *Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH Beirats*.
http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf
 [Zugegriffen: 16.10.2015]
- National Institute for Health and Care Excellence (2006) *Clinical guideline (CG37). Postnatal care up to 8 weeks after birth*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-975391596997> [Zugegriffen 08.10.2015]
- National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Public health guideline (PH11) [Maternal and child nutrition](#)*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph11/resources/maternal-and-child-nutrition-1996171502533> [Zugegriffen:16.10.2015]
- National Institute for Health and Care Excellence (2008). *Clinical guideline (CG62). Antenatal care for uncomplicated pregnancies*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-975564597445> [Zugegriffen: 09.10.2015]
- National Institute for Health and Care Excellence (2010). *Public health guideline (PH27) [Weight management before, during and after pregnancy](#)*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph27/resources/weight-management-before-during-and-after-pregnancy-1996242046405> [Zugegriffen: 12.10.2015]

National Institute for Health and Care Excellence (2014) NICE Guideline (NG7). Maintaining a healthy weight and preventing excess weight gain in children and adults – partial update of CG43. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng7/evidence/evidence-review-2-qualitative-evidence-review-of-the-most-acceptable-ways-to-communicate-information-about-individually-modifiable-behaviours-to-help-maintain-a-healthy-weight-or-prevent-excess-weight-8733713>. [Zugegriffen: 17.09.2015]

Nieskens, B., Schumacher, L., Sieland, B. (2014). Gelingensbedingungen für die Entwicklung guter gesunder Schulen. http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche/fb-bildung/documents/Leitfaden_Gelingensbedingungen_GGS_Online_2014.pdf [Zugegriffen: 12.10.2015]

Perez, L. G., Arredondo, E. M., Elder, J. P., Barquera, S., Nagle, B., Holub, C. K. (2013): *Evidence-Based Obesity Treatment Interventions for Latino Adults in the U.S.: A Systematic Review*. American Journal of Preventive Medicine, 44(5):550-60.

Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) (2015). Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Kita: Praxis-Leitfaden für pädagogische Fachkräfte.

Preissing, C. & Schneider, B. (2012). Die gute gesunde Kita gestalten, Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita - Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Public Health England (2015) *Rapid Review to Update Evidence for the Healthy Child Programme 0–5*, (hier beziehend auf Ergebnisse für Kinder von 0-3 Jahre). UK London. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/429741/150520_RapidReviewHealthyChildProg_UPDATE_poisons_summary.pdf [Zugegriffen: 10.10.2015]

Pudel, V., Ellrott, T., Lichtenstein, S., Vögele, C., Koletzko, B., Dokoupil, K., Knoppke, B. (2001). Power Kids. Ein ambulantes Trainingsprogramm für übergewichtige Kinder. Remagen: AOK-Verlag.

Puder, J. J. & Munsch, S. (2010). *Psychological correlates of childhood obesity*. International Journal of Obesity, 34, Suppl. 2: S37-43.

Quint-essenz (2014). Qualitätskriterien für Projekte. https://www.quint-essenz.ch/de/public_assets/88/download [Zugegriffen: 14.10.2015]

Raynor, H. A., Osterholt, K. M., Hart, C. N., Jelalian, E., Vivier, P., Wing, R. R. (2012). *Efficacy of US paediatric obesity primary care guidelines: two randomized trials*. Pediatric obesity, 7(1), 28-38.

Richards, K., Fuddy, L. J., Greenwood, M., Pressler, V., Rajan, R., St John, T. L., Sinclair, B. M., Irvin, L. (2013). *Insights in Public Health: The Childhood Obesity Prevention Task Force (ACT 269): Recommendations for Obesity Prevention in Hawai'i*. Hawai'i Journal of Medicine & Public Health, 72(3): 102-106.

Riedel, C., Schönberger, K., Yang, S., Koshy, G. Chen, Y-C., Gopinath, B., Ziebarth, S., von Kries, R. (2014): *Parental smoking and childhood obesity: higher effect estimates for maternal smoking in pregnancy compared with paternal smoking-a meta-analysis*. International Journal of Epidemiology, 43(5):1593-606.

Robert Koch-Institut; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erkennen–Bewerten–Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI: Berlin, Germany, 2008. (in German) http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile [Zugegriffen: 09.10.2015]

- Robinson, L. E., Webster, E. K., Whitt-Glover, M. C., Ceaser, T. G., Alhassan, S. (2014): *Effectiveness of pre-school- and school-based interventions to impact weight-related behaviours in African American children and youth: a literature review*. *Obesity Review*. 15 Suppl 4:5-25.
- Schack, P. S., Ehle-Lossos, M., Hanssen-Dosse, A., Willhöft, C. (2013). *Besser essen. Mehr bewegen. Prävention von Übergewicht bei Kindern. Das bringt Maßnahmen voran*. Karlsruhe: Max Rubner Institut Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel.
- Schultz, J. T., Moodie, M., Mavoa, H., Utter, J., Snowdon, W., McCabe, M. P., Millar, L., Kremer, P., Swinburn, B. A. (2011): *Experiences and challenges in implementing complex community-based research project: the Pacific Obesity Prevention in Communities project*. *Obesity Review*. 12 Suppl 2:12-9.
- Schwabe, U., Zemlin, S., Kolbe, M., Hesse, V., Fügner, B., Hartmann, S., Kügler, G., Pieper, D., Prill, P., Rühle, U., Schrader, M., Schulze, I., Wiehle, M., Wöhe, J., Wöhe M. (2007). *Audit Gesunde Kita. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten*. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. / BKK Landesverband Ost.
- Schwartz, M., Henderson, K., Grode, G., Hyary, M., Kenney, E., O'Connell, M., Middleton, A. E. (2015). *Comparing Current Practice to Recommendations for the Child and Adult Care Food Program*. *Childhood Obesity*, 11(5): 491–498.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2010) *Bremer Empfehlung zur Stillförderung*. http://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/media.php/13/20101004_Bremer_Stillempfehlung.pdf [Zugegriffen: 10.09.2015]
- Sharma, M. (2011). *Dietary education in school-based childhood obesity prevention programs*. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 2(2), 207S-216S.
- Sobol-Goldberg, S., Rabinowitz, J., Gross, R. (2013): *School-Based Obesity Prevention Programs: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. *Obesity (Silver Spring)*. 21(12):2422-8.
- Stiftung Besser essen. Besser leben. (2013). *Projekt GartenKinder*.
- Tanda, R. & Salsberry, P. (2014). *The impact of the 2007 expert committee recommendations on childhood obesity preventive care in primary care settings in the United States*. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(3), 241-250.
- Thury, C. & Melo de Matos, C. V. (2015): *Prevention of Childhood Obesity: A Review of the Current Guidelines and Supporting Evidence*. *South Dakota Medicine. Spec No*: 18-23.
- Tietze, W., Viernickel, S., Dittrich, I., Gödert, S., Grenner, K., Groot-Wilken, B., Sommerfeld, V. (2003). *Pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder. Ein nationaler Kriterienkatalog*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Vasques, C., Magalhães, C., Cortinhas, A., Mota, P., Leitão, J., Lopes, V. P. (2014): *Effects of Intervention Programs on Child and Adolescent BMI: A Meta-Analysis Study*. *Journal of Physical Activity and Health*. 2014 Feb;11(2):426-44.
- Vine, M., Hargreaves, M. B., Briefel, R. R., Orfield, C. (2013): *Expanding the Role of Primary Care in the Prevention and Treatment of Childhood Obesity: A Review of Clinic and Community-Based Recommendations and Interventions*. *Journal of Obesity*. 2013(2013):172035.

Wabitsch, M. & Kunze, D. (federführend für die AGA) (2014). Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=9> [Zugegriffen: 16.09.2015]

Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., Summerbell, C. D. (2011). *Interventions for preventing obesity in children*. Cochrane Database Syst Rev, 12(00).

WHA Resolution 49.15, 25.05.1996: Säuglings- und Kleinkindernahrung. http://www.reich-schottky.de/pdf_kodex/wha_res_49_15de.pdf [Zugegriffen: 25.10.2015]

WHO (2011). Good practice appraisal tool for obesity prevention programmes, projects, initiatives and interventions. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/149740/e95686.pdf [Zugegriffen: 25.10.2015]

WHO (2012). Population-based approaches to Childhood Obesity Prevention. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80149/1/9789241504782_eng.pdf?ua=1 [Zugegriffen: 14.10.2015]

Ernst, M & Wiegand, S. (Hrsg.) (2010). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders. Die BABELUGA-Methode: Prävention, Therapie, Selbstmanagement. Bern: Verlag Hans Huber.

Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., Wang, P. P. (2014): *The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis*. BMC Public Health 14:1267.

Anlage 2: Liste aller charakterisierten Interventionen nach Lebenswelt

Lebenswelt Familie	
1	9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr
2	AGIL(R) Aktiver, gesünder is(s)t leichter
3	Babyfreundlich
4	Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Familien im Landkreis Kronach
5	Betreuung durch Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen/Familienkinderkrankenschwestern)
6	Der Gute Start-Frühe Hilfen für Familien. Entwicklung und Einrichtung einer Clearing- und Koordinierungsstelle
7	Evaluations- und Implementationsforschung Pro Kind
8	Familienaktiv-Zentrum mitten in Moabit - Der Spatz macht das FaZ - Modelprojekt Potpourri
9	Familienhebammen im Kinder- und Familienzentrum Barmbeck Basch
10	FAMILIENlocal_Familienbildungs- und Begegnungsstätte
11	FAMILIENlocal_Familienkompetenz Training
12	FAMILIENlocal_Gesund leben mit Kindern-Eltern machen mit
13	Familienzentrum und Mehrgenerationenhaus
14	Fit im Alltag -zusammen kochen und essen
15	Frühe Hilfen_Bundesinitiative
16	Frühe Hilfen_Familienkrankenschwester
17	Frühe Hilfen_Netzwerk Köln für Kinder
18	Frühe Hilfen_Netzwerk Köln für Kinder_jusch
19	Frühe Hilfen_Netzwerk Köln für Kinder_KIWI
20	Ganztags(leichter) leben_ Familienassistentin
21	GeliS - Gesund durch die Schwangerschaft
22	Gesund ins Leben_Netzwerk Junge Familie
23	Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor!
24	Keiner fällt durchs Netz: "HEIKE" - Heidelberger Kinderschutz Engagement - eine Kooperation mit der Kinderklinik und der Stadt Heidelberg
25	Mo.Ki "unter 3"

26	Mo.Ki "unter 3" _Gesundheits-und Ernährungswochen
27	Muttersprachliche Elternbegleiterinnen in Kindertageseinrichtungen
28	PAT-Mit Eltern Lernen
29	peb_Lale - iss bewusst & sei aktiv!
30	PEKIP
31	picobello-Haushaltstraining
32	pro familia
33	pro familia Plus_Familienhebammen
34	pro familia Plus_Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten
35	Schreibbabyambulanz Berlin
36	Sicherer Start-Chancen geben
Lebenswelt Schule	
1	aid-Ernährungsführerschein
2	Anschub.de
3	Anschub.de_besser leben-mehr bewegen
4	Bewegte Schule Niedersachsen
5	Bio kann jeder - für eine ausgewogene Ernährung von Kindern und Jugendlichen
6	Bus mit Füßen
7	CHILT
8	Cuisinet
9	Ess-Kult-Tour
10	Fit für Pisa Plus
11	Fit-4-Future
12	Fitte Schule
13	Flizmobil Grundschule
14	Früh in Form - gesunde Ernährung als Schulfach an Grundschulen
15	Ganztags leicht(er)leben
16	GeKoKids
17	DAK-Initiative Gemeinsam gesunde Schule entwickeln
18	Gesund Leben Lernen

19	Gesund macht Schule
20	gugs- gesund und glücklich in Schulen
21	GUT DRAUF- - Ernährung, Bewegung, Stressregulation
22	HealthyPEP
23	Klasse in Sport
24	Klasse 2000
25	Komm mit in das gesunde Boot
26	Koordinationsstelle "Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen im Primarbereich(OGS)"
27	Lila Kuh und Anti-Matsch-Tomate
28	MediPäds
29	optiSTART
30	Partizipation - Wege der Gesundheitsförderung in der Sekundarstufe 1
31	Praevikus - Gesundheitsförderung im Lebensraum Schule
32	Schmexperten 5 und 6
33	Schmexperten in der Lernküche
34	Schülergesundheitstage
35	ScienceKids
36	Skipping - Seilspringen macht Schule
37	TOPP - Teenager ohne pfundige Probleme
38	TORERA
39	Trinken im Unterricht
40	Wir frühstücken
Lebenswelt Kommune	
1	Adebar - Beratung und Begleitung für Familien
2	Aktionsplan 2011-2014
3	Baby-Führerschein - Hamburg
4	Bärenstark
5	Bernburg bewegt
6	Bewegte Kommune - Kinder

7	Bewegung durch Vernetzung Würzburg
8	Bille in Bewegung
9	BLiQ - Bewegtes Leben im Quartier
10	BodyGuard
11	BodyGuard Mainz, Projekt "Get-up & Cool down"
12	DoKi. Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.
13	DoKids. Mehr bewegen und mehr trinken von Kindheit an
14	Echt schön! Ein Projekt für Jugendliche in München über die Lust und Last mit dem Aussehen
15	Ein Zuhause für Kinder
16	Ernährungsbildung und Bewegungsförderung
17	Fit im Leben - Mit Spaß und Karla dabei
18	Fit und stark durchs Leben Aktionstage für Kinder psychisch Kranker und Suchtkranker, für Kinder mit Migrationshintergrund und ihre Eltern
19	Gärten für Kinder
20	Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung Lurup
21	gesund & fit im Stadtteil, GesundheitsregionPLUS Fürth - aktiv & gesund in St. Leonhard/Schweinau Nürnberg
22	Gesund sind wir stark! In Berlin Kreuzberg
23	Gesunde Kinder in gesunden Kommunen
24	Gesundes Jugendzentrum ? Gesundheitsförderung in der Offenen Jugendarbeit – ein Programm für Jungen und junge Männer!
25	Gesundheit jetzt - in sozialen Brennpunkten!
26	Gesundheitsteams vor Ort - Mainz-Neustadt
27	Gesundheitsteams vor Ort - Trier-Nord
28	gewichtig!
29	GO Run For Fun
30	Gröpelinger Sportmeile
31	Grünau Bewegt Sich
32	Gruppentreffen für Eltern mit Migrationshintergrund zur Förderung der Gesundheit ihrer Kinder
33	GUT DRAUF im Multikulturellen Jugendzentrum - Ganzheitlich denken und handeln im Münchner Westend – Gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung für Kinder

	und Jugendliche
34	Interkultureller Mädchentreff - Eichstätt bei Ingolstadt
35	iss dich fit!
36	Käpt?n COOK
37	KIKS UP!
38	Kinder gestalten ihren Naschgarten
39	Kinder in Bewegung
40	Kinder unsere Zukunft, Bitz bewegt sich
41	Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten
42	Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung (Koba) im Rahmen des 'Pakt für Prävention' in Hamburg
43	LiBa - Lokale Initiative Barleben
44	Macy - Köln
45	Medizinische Versorgung und gesundheitsfördernde Angebote in der Gütersloher Suppenküche und der Kinderküche "die Insel"
46	MICK - Mädchen kicken mit
47	mittendrin
48	Mo.Ki - Monheim für Kinder
49	Ohne wenn und aber
50	PAPI - Paderborner Adipositas Prävention und Intervention
51	Prävention durch Sport und Aufklärung – Ein Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund in Ingolstadt
52	Präventionsnetzwerk Ortenaukreis
53	Präventionsprogramm Lenzgesund
54	Querfeldein – Marburg
55	Rezept für Bewegung
56	Rezept für Bewegung Bayern
57	Rothenburgsort in Bewegung- im Rahmen des KoBa-Projektes
58	Sport- und Bewegungsangebote für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche
59	Sportprojekt ReStart
60	Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund

61	Steh auf...Mach mit...Lauf los!!!
62	Street Jumper
63	Trampolinspringen für Kinder und Jugendliche
64	Unser Platz in Berlin Marzahn
65	Waiblingen-Süd Vital
Lebenswelt KiTa	
1	"Das schmeckt gut!"
2	„Prevention through Activity in Kindergarten Trial“ (PAKT)
3	AGIL in Aachen - Aktiver, gesünder is(s)t leichter
4	Anerkannter Bewegungskindergarten, inkl. Pluspunkt Ernährung
5	Bernburg bewegt
6	Birnen-Bert und Süße-Susi - gesunde Ernährung für Kindergartenkinder
7	Bunt und Gesund
8	Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit und Bewegung in KiTas
9	Errichtung eines Trinkbrunnens
10	Es bewegt sich was in Malstatt
11	Hillesheim: Fit im Leben – mit Spaß und Karla dabei!
12	Aktionsplan Holsteinische Schweiz 'ganztags leicht(er)leben'
13	Gesund und fit im Kreis Olpe
14	Gesunde und glückliche Kinder
15	Gewichtig
16	GOHO BEWEGT SICH
17	ich kann kochen, Train-the-Trainer-Ausbildung
18	Jolinchen-Kids
19	KiCo- Kita-Coaches IN FORM
20	KiG2 Kinder im Gleichgewicht, regional unterschiedliche Angebote
21	KIKS UP, Netzwerkbildung
22	KiMo Kindergarten mobil (war nicht in der Liste mit den 139 Interventionen aufgeführt)
23	Kinderleicht-Quartier Horst
24	Kita gesund und lecker

25	Paderborner Adipositasprävention und Intervention (PAPI)
26	Springmaus' - Kindergarten in Bewegung
27	Templin – die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt gehört zu besser essen - mehr bewegen
28	TigerKids
29	Toy Box
30	Übergewichtsprävention und Förderung gesunder Ernährung bei Kindern durch Verhältnisprävention
31	Clevere Eltern - fitte Kinder
32	IDEFICS-Studie
33	Kinder in Kitas (KIT), unklar, ob Studienphase schon beendet wurde
34	besser-essen-mehr-bewegen (Ganztags leicht(er)leben)
35	„Steh auf, mach mit, lauf los...!“
36	Bewegter Kindergarten
37	Bewegung macht stark für die Schule
38	Bewegungsfreundliche Kindertagesstätte
39	Bille in Bewegung (war nicht in der Liste mit den 139 Interventionen aufgeführt) gehört zu Besser essen - mehr bewegen
40	BLiQ - Bewegtes Leben im Quartier - Berlin
41	Ernährungserziehung in Kita und Grundschulen
42	Fit Kid - Gesund essen Aktion in Kitas von der DGE
43	Fit macht schlau
44	Fitness für Kids
45	fitnetz - das gesunde Netzwerk, ist ein Netzwerk, das Zertifikate vergibt und Konzepte entwickelt
46	Gesund und stark mit Rick und Rack
47	Gesundheitsförderung in der Kita 'Knirpsenland'
48	Gi-Kitas "Gesund aufwachsen in Kitas"
49	Grünau bewegt sich
50	hüpfdötchen
51	Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf
52	Joschi hat`s drauf

53	Kids vital
54	Kinder fit machen
55	Kinder unsere Zukunft, Blitz bewegt sich
56	Kindertagesstätte Regenbogen
57	Kita Kids IN FORM – Gut essen in der Kita
58	KITA Vital
59	KNAXIADE
60	Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten
61	Komm mit in das gesunde Boot - Kindergärten
62	Lebenslust - Leibeslust
63	Lernen durch Genießen - Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche
64	Lokale Initiative Barleben (LIBa)
65	LOTT-JONN- Kindergarten in Bewegung, Gut essen lernen
66	Mach mit – bleib fit!
67	Mach mit bei Felix Fit
68	Marburger Gesundheitsnetzwerk mittendrin
69	Mauer bewegt sich
70	Prima Leben
71	Programm Schulmilch und Schulobst (war nicht in der Liste mit den 139 Interventionen aufgeführt)
72	Starke Wurzeln
73	Zuckerfreier Vormittag
74	die Waage halten (war nicht in der Liste mit den 139 Interventionen aufgeführt)
75	Abenteuer Kleinmarkthalle
76	Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten
77	Aktive Kita
78	AnGel
79	BaukastEN
80	DoKi. Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.
81	früh übt sich - MINIFIT

82	Netzwerk Gesunde Kita im Land Brandenburg
83	Regionen mit peb
84	Adipositas bei Menschen mit Intelligenzminderung
85	Gesund groß werden
86	Gesundheitsförderung im Vorschulalter
87	Unversorgte Kinder
88	Kindertagesstätte "Weg ins Leben"
89	Fit von klein auf
90	Ernährungsbildung mit Kasimir
91	Erwin & Rosi auf der Suche nach der verlorenen Sommersprosse
92	Vitamin - Detektive

Anlage 3: Fragebogen für die Online-Befragung

+

Liebe Fachakteurinnen und Fachakteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention,

diese Onlinebefragung ist Teil des SkAP-Projektes (Systematisierung konzeptioneller Ansätze der Prävention von Kinderübergewicht).

In diesem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) begleiteten Projekt werden Interventionen zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter (z.B. im Bereich Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit) aus den Lebenswelten Familie, Kita, Schule und Kommune nach einem einheitlichen Raster analysiert und zusammengefasst.

Nach kurzen Hinweisen zur Teilnahme gelangen Sie hier direkt zum Fragebogen. Bei Fragen steht Ihnen Dr. Kevin Dadaczynski (dadaczynski@leuphana.de) gerne zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und verbleiben mit herzlichen Grüßen.

Das SkAP Projektteam bestehend aus:

Leuphana Universität Lüneburg (Prof. Dr. Peter Paulus & Dr. Kevin Dadaczynski)

Medizinische Hochschule Hannover (Prof. Dr. Ulla Walter & Katrin Volkenand)

Deutsche Sporthochschule Köln (Prof. Dr. Eike Quilling & Dr. Katharina Pucher)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Waldemar Süß & Julia Ludwig)

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig.

Die Ergebnisse werden anonymisiert verarbeitet, d.h. nur im Gruppenzusammenhang berichtet. Es werden keine Namen oder keine Institutionen genannt.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und ausschließlich von wissenschaftlich qualifizierten MitarbeiterInnen des SkAP Projektteams ausgewertet.

Die Übertragung der Daten erfolgt über eine verschlüsselte Verbindung durch den Einsatz des sicheren und beim Internetbanking erprobten Verschlüsselungsprotokolls „https“ . Dabei werden alle Daten, die zwischen Browser und Server über das Internet ausgetauscht werden, in nicht entzifferbare Zeichenfolgen zerstückelt. Dritten ist es dadurch technisch unmöglich, die Kommunikation zwischen Browser und Server zu verstehen.

Im Fragebogen verwenden wir durchgehend den Begriff "Intervention" und verstehen hierunter einen Sammelbegriff für Programme, Projekte, Maßnahmen und Angebote.

Sollten Sie mehrere relevante Interventionen anbieten (z.B. eine Intervention im Setting Kita und eine Intervention im Setting Schule), bitten wir Sie, den Fragebogen mehrfach auszufüllen.

Bitte beachten Sie, dass wir anhand der Ergebnisse keine Bewertung der Qualität Ihrer Intervention vornehmen, sondern lediglich die Interventionslandschaft charakterisieren und beschreiben wollen.

Die folgenden Fragen erfassen ganz verschiedene Aspekte Ihrer Intervention, die nicht von allen Interventionen gleichermaßen erfüllt werden. Wir bitten Sie daher, ehrlich anzugeben, wenn einzelne Aspekte für Ihre Intervention nicht zutreffen. Dies ist KEIN Qualitätsmanko. Mit Ihren Antworten helfen Sie, ein realistisches Bild der aktuellen Präventionslandschaft zu zeichnen.

Bitte beantworten Sie jede Frage. Sie unterstützen hiermit die Aussagekraft der Ergebnisse.

+

Bitte geben Sie den Namen Ihrer Intervention an.

||

Wird die Intervention derzeit angeboten/durchgeführt?

- ja, wird aktuell angeboten
- nein, ist ausgelaufen am (bitte Monat und Jahr eintragen, z.B. 05/2013) |

Wo wird/wurde Ihre Intervention umgesetzt?

- in einzelnen Einrichtungen (z.B. eine einzelne Schule oder Kita)
- im Quartier/Stadtteil oder Sozialraum
- in einzelnen Kommunen
- innerhalb eines Bundeslandes
- bundesweit
- staatenübergreifend (z.B. in Grenzregionen)

Bitte geben Sie an, in welchen Lebenswelten Ihre Intervention durchgeführt wird/wurde.

- Familie
- Kita
- Schule
- Kommune (bzw. Quartier/Stadtteil oder Sozialraum)
- sonstige, bitte angeben: |

Bitte geben Sie an, welche Methoden bei Ihrer Intervention zum Einsatz kommen/kamen.

- Peer-Ansatz
- Kurs/Training (z.B. Unterrichtsprogramm)
- Multiplikatoren-schulung
- Coaching-Ansatz
- Beratungsangebot
- Informationsmaterial
- Organisationsentwicklung
- Strukturentwicklung (Gestaltung von Gebäuden, Infrastruktur)
- sonstige, bitte nennen |

Bitte geben Sie die Gesamtdauer Ihrer Intervention an.

+

Wie viele geplante Kontakte gab/gibt es mit der Zielgruppe innerhalb eines typischen Interventionsdurchlaufes?

Bitte geben Sie den zeitlichen Umfang Ihrer Intervention so genau wie möglich an.

Handelt es sich bei Ihrer Intervention um ein offenes oder geschlossenes Angebot?

offen, bitte kurz ausführen: |

geschlossen, bitte kurz ausführen: |

Bitte geben Sie an, wer die Intervention durchgeführt hat/durchführt.

Intervention wird von der Lebenswelt (z.B. Kita) selbst durchgeführt

Intervention wird von Akteuren außerhalb der Lebenswelt (z.B. Fachexperten) durchgeführt

Intervention wird sowohl von der Lebenswelt selbst als auch von Akteuren außerhalb der Lebenswelt durchgeführt

Bitte geben Sie an, welche inhaltlichen Themen durch Ihre Intervention adressiert wurden/werden.

Ernährung, bitte kurz ausführen: |

Bewegung (einschl. der Prävention von Inaktivität), bitte kurz ausführen: |

psychische Gesundheit, bitte kurz ausführen: |

sonstiges, bitte kurz ausführen: |

+

Bitte geben Sie an, welchen grundlegenden Ansatz Ihre Intervention verfolgt.

- Intervention zielt auf das individuelle Verhalten (einschließlich des individuellen Wissens und der Einstellungen)
- Intervention zielt auf die Rahmenbedingungen und Verhältnisse der Lebenswelt
- Intervention zielt sowohl auf das individuelle Verhalten als auch auf die Verhältnisse der Lebenswelt

Ist die Prävention von Übergewicht/Adipositas explizit als Ziel formuliert?

- ja nein

Wurden/werden nach Beendigung Ihrer Intervention weitere Maßnahmen angeboten/durchgeführt?

- ja, bitte kurz nennen: |
- nein

Bitte beschreiben Sie kurz das theoretische Konzept Ihrer Intervention.

|

Ist das theoretische Konzept für außenstehende Personen einsehbar?

- ja, bitte Link oder Quelle angeben: |
- nein

Bitte geben Sie an, für welche Altersgruppe(n) Ihre Intervention konzipiert ist.

- 0 bis
- 1 bis
- 3 bis
- 6 bis
- 10 bis
- 13 bis
- 18 Jahre und älter

Werden Mütter, Väter bzw. Eltern explizit durch Ihre Intervention adressiert?

ja, bitte kurz angeben, inwiefern: |

nein

Werden Multiplikatoren durch Ihre Intervention adressiert?

Professionelle, bitte ausführen: |

Semi-Professionelle (d.h. geschulte Personen), bitte ausführen: |

Nicht-Professionelle (d.h. Peers, Laien), bitte ausführen: |

keine Multiplikatoren

Liegen Ihrer Intervention Haupt- und Teilziele zugrunde?

ja, bitte Link oder Quelle angeben: |

ja, aber nicht für andere Person einsehbar

nein

Berücksichtigt Ihre Intervention die besonderen Bedürfnisse und Ausgangslagen von Jungen und Mädchen?

ja, bitte kurz ausführen: |

teilweise, bitte kurz ausführen: |

nein

Finden in Ihrer Intervention gesundheitsbezogene Leitlinien und Empfehlungen ihre Anwendung?

ja, bitte kurz angeben: |

nein

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die Zielgruppe an Ihrer Intervention beteiligt war/ist.

	keine Beteiligung	geringe Beteiligung	mittlere Beteiligung	hohe Beteiligung
Die Zielgruppe war an der Entwicklung der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zielgruppe ist/war an der Umsetzung der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zielgruppe ist/war an der Weiterentwicklung/Verbesserung der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Kooperationspartner an Ihrer Intervention beteiligt waren/sind.

	keine Beteiligung	geringe Beteiligung	mittlere Beteiligung	hohe Beteiligung
Kooperationspartner waren an der Entwicklung der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperationspartner werden/wurden bei der Umsetzung der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperationspartner werden/wurden bei der Evaluation der Intervention beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kooperationspartner werden/wurden nach Ablauf der Intervention als Anbieter weiterführender Maßnahmen beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, inwiefern Ihre Intervention evaluiert wurde/wird.

	intern	extern	weder noch
Prozessevaluation (Evaluation der Umsetzung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergebnisevaluation (Evaluation der Wirkungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, welche Aspekte im Rahmen der Ergebnisevaluation untersucht wurden.

- Wissen bezüglich Gesundheit (z.B. zu gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität)
- Einstellungen bezüglich Gesundheit (z.B. Selbstwirksamkeit, Intentionen)
- Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährungs- oder Bewegungsverhalten)
- direkte Gesundheitsergebnisse (BMI, gesundheitliches Befinden, körperliche Parameter wie Bluthochdruck)

Sind die Ergebnisse der Evaluation Ihrer Intervention einsehbar?

- ja, bitte Link oder Quelle angeben: |
- nein

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Abschließend möchten wir Sie bitten, uns die schriftlichen Unterlagen (Manuale, Konzeptpapiere, Veröffentlichungen, Verstetigungskonzepte) zu Ihrer Intervention zu senden. Neben der Anbieterperspektive haben wir hiermit die Möglichkeit, Ihre Intervention aus einer externen Perspektive heraus zu analysieren und zu beschreiben.

Wir wären Ihnen daher dankbar, wenn Sie alle relevanten Unterlagen (die Informationen bezüglich der im Fragebogen gestellten Fragen bieten) an folgende Personen zu senden:

Interventionen im Setting Familie:
 Dr. Katharina Pucher
 Deutsche Sporthochschule Köln
 E-Mail: k.pucher@dshs-koeln.de

Interventionen im Setting Kita:
 Katrin Volkenand
 Medizinische Hochschule Hannover



E-Mail: Volkenand.Katrin@mh-hannover.de

Interventionen im Setting Schule:
Dr. Kevin Dadaczynski
Leuphana Universität Hannover
E-Mail: dadaczynski@leuphana.de

Interventionen im Setting Kommune:
Julia Ludwig
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
E-Mail: j.ludwig@uke.de

Andernfalls können Sie die Seite jetzt schließen

