



# Definition und Kriterien guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Arbeitsergebnis 6.1

## Arbeitspaket 6: Gesunde Lebenswelten durch integrierte Ansätze

Leitung: OGYEI

Beteiligte Partner: NCPHA, MoH BG, NIHD, FAU, DGE, ATEITH, OEFI, MoH I, ISS, SPKC, MISA, SUM, UBB, UVZSR, NIJZ, AECOSAN, DGS FR



Der Inhalt dieses Arbeitsergebnisses stellt lediglich die Ansichten des Verfassers/der Verfasserin dar und unterliegt seiner/ihrer alleinigen Verantwortung; es kann nicht davon ausgegangen werden, dass er die Ansichten der Europäischen Kommission und/oder der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (CHAFEA) oder eines anderen Gremiums der Europäischen Union widerspiegelt.

Die Europäische Kommission und die Exekutivagentur übernehmen keine Verantwortung für den Gebrauch der darin enthaltenen Informationen



Die Deutsche Beteiligung an JANPA wurde, im Rahmen der Initiative IN FORM, vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und vom Bundesministerium für Gesundheit, gefördert



Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

**Über IN FORM:** IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: [www.in-form.de](http://www.in-form.de)

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Ernährung  
und Landwirtschaft

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

<b>Vollständige Bezeichnung der Gemeinschaftsaktion (Joint Action)</b>	Joint Action on Nutrition and Physical Activity
<b>Akronym der Gemeinschaftsaktion</b>	JANPA
<b>Finanzierung</b>	Die Gemeinschaftsaktion wurde durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Union (2014–2020) gefördert
<b>Zuwendungsvereinbarung</b>	Grant agreement n°677063
<b>Startdatum</b>	01.09.2015
<b>Dauer</b>	27 Monate

## DOKUMENTENMANAGEMENT

<b>Arbeitsergebnis</b>	Arbeitsergebnis 6.1 “Definition und Kriterien zu Präventionsmaßnahmen von Übergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen”
<b>Arbeitspaket und Aufgabe</b>	Arbeitspaket 6; Aufgabe 6.1
<b>Leitung</b>	OGYEI
<b>Weitere Mitwirkende</b>	NCPHA, MoH BG, NIHD, FAU, DGE, ATEITH, OEFI, MoH I, ISS, SPKC, MISA, SUM, UBB, UVZSR, NIJZ, AECOSAN, DGS FR
<b>Fälligkeitsdatum für das Arbeitsergebnis</b>	M3
<b>Tatsächlicher Monat der Einreichung</b>	M4
<b>Darstellung</b> <i>R: Dokument, Bericht</i> <i>DEC: Websites, Patentanmeldung, Videos, etc.</i> <i>SONSTIGE</i>	R
<b>Verbreitungsebene</b> <i>PU: öffentlich</i> <i>CO: vertraulich, nur für Mitglieder des Konsortiums (einschließlich der Kommissionsdienststelle)</i>	PU



## INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	1
1. EINLEITUNG .....	2
2. METHODIK.....	3
3. DEFINITION UND KRITERIEN GUTER PRAXIS.....	5
3.1 Definition guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen .....	5
3.2 Kriterien guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtung und Schulen .....	5
ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN .....	10
LITERATUR .....	12



## ZUSAMMENFASSUNG

Die Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG SANTE) der Europäischen Kommission stellte im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms durch die Agentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmitteln (CHAFEA) eine Förderung bereit, um 25 Mitgliedsländer und Norwegen in einer zweijährigen Gemeinschaftsaktion zu Ernährung und Bewegung zusammenzubringen. Das Ziel der Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA) ist es, den Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2020 zu stoppen.

Als Bestandteil des JANPA-Arbeitspakets 6 „Gesunde Lebenswelten durch integrierte Ansätze“ der Gemeinschaftsaktion wurden eine Definition und eine Reihe von Kriterien entwickelt, auf deren Grundlage Beispiele guter Praxis identifiziert wurden. Diese Beispiele guter Praxis umfassen Entwicklung, Implementierung sowie Monitoring und Evaluation von präventiven Maßnahmen und politischen Regelungen, die das Ziel verfolgen Übergewicht im Kindes- und Jugendalter zu reduzieren und Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu fördern.

Dieser Bericht präsentiert die Definition und Kriterien guter Praxis von Maßnahmen bzw. politischen Regelungen zur Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter und beschreibt deren Entstehungsprozess.



## 1. EINLEITUNG

Dieses Dokument ist das Arbeitsergebnis des Arbeitspakets 6 der zweijährigen Gemeinschaftsaktion, die im September 2015 unter dem Titel „Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA)“ gestartet wurde.

Das Hauptziel der Arbeitsgruppe 6 „Gesunde Lebenswelten durch integrierte Ansätze“ ist es, ein gesundheitsförderndes Umfeld in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu schaffen. Die Erreichung dieses Ziels soll durch die Bereitstellung von Leitlinien für präventive Maßnahmen und politische Regelungen unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund ist es das Bestreben der Arbeitsgruppe bestehende Projekte guter Praxis der im Arbeitspaket 6 beteiligten Länder anhand eines standardisierten Protokolls zu sammeln und zu analysieren. Die erste Aufgabe des Arbeitspakets 6 war die Erstellung einer Definition und die Auswahl von Kriterien guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Anhand der ausgewählten Kriterien werden Beispiele guter Praxis identifiziert sowie einzelne Elemente der gesammelten Beispiele guter Praxis bewertet.

Kinderübergewicht ist eine ernstzunehmende Herausforderung für das europäische Gesundheitswesen. Dementsprechend ist es nicht überraschend, dass es eine große Zahl an lokalen und nationalen Maßnahmen und politischen Regelungen gibt, die durch die Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen oder Schulen versuchen, dem Anstieg von Übergewicht und Adipositas entgegenzuwirken.<sup>1</sup>

Einige Maßnahmen haben sich als wirksamer für die Prävention von Übergewicht und/oder der damit einhergehenden Risikofaktoren erwiesen, als andere und können so als Beispiele guter Praxis an Entscheidungsträger herangetragen werden. Um Beispiele guter Praxis zu identifizieren sowie ihre Charakteristiken zu beschreiben und zusammenzufassen, wurde eine Liste von Kriterien entwickelt.

Ziel der Aufgabe 6.1 „Definition und Kriterien guter Praxis“ ist es, einen Rahmen für die systematische Beurteilung der Qualität von Maßnahmen, politische Regelungen und Programmen zu erstellen. Mithilfe der Kriterien werden im Arbeitspaket 6 Maßnahmen und politische Regelungen identifiziert, die als Beispiele guter Praxis angesehen und als Beispiel für zukünftige Initiativen zur Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung bzw. zur Prävention von Übergewicht dienen können. Diese Kriterienliste kann zudem zur Verbesserung von bestehenden Maßnahmen bzw. politischen Regelungen genutzt werden.

---

<sup>1</sup> Community Based Initiatives targeting childhood obesity (2012). Final results of Specific contract – No SC 2010 62 51, Implementing Framework Contract No EAHC/2010/Health/01



## 2. METHODIK

Die Aufgabe 6.1 wurde vom 15. September bis zum 15. Dezember 2015 umgesetzt.

Zur Erfüllung der Aufgabe führten die im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner eine **Literaturrecherche zu bestehenden Definitionen und Kriterien guter Praxis** in der Gesundheitsförderung durch. Die Arbeitsgruppe 6 identifizierte 33 relevante Dokumente (siehe *Literaturverzeichnis*). Das Ergebnis der Literaturrecherche ist eine Definition guter Praxis und die Identifikation von 47 Kriterien, die in die folgenden Kategorien unterteilt wurden: 1. Charakteristika der Intervention (16 Kriterien), 2. Durchführung (17 Kriterien) und 3. Monitoring und Evaluation (14 Kriterien).

Auf die Literaturrecherche folgte eine **Delphi-Befragung** der im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner, um über die Relevanz und Priorität der identifizierten Kriterien zu entscheiden. Auf Grundlage einer modifizierten Delphi-Methode<sup>2</sup> wurden zwei Online-Konsultationen durchgeführt.

Gewöhnlich (d. h. bei der RAND-Methode) beginnt der Delphi-Prozess mit einem offenen Fragebogen, der an ein ausgewähltes Expertenpanel gegeben wird, um spezifische Informationen zum Thema oder Bereich zu erhalten. Im anschließenden Prozess beurteilen die Teilnehmer die relative Wichtigkeit der einzelnen Begriffe und ändern gegebenenfalls Formulierungen oder Inhalt ab. Der Prozess ist so konzipiert, dass durch einen mehrfachen Durchlauf ein Konsens erzielt wird.

Die modifizierte Delphi-Methode entsprach in Bezug auf die Vorgehensweise (ein mehrstufiger Durchlauf mit ausgewählten Experten) und die Intention (Erzielung eines Konsenses) der allgemeinen Delphi-Methode. Der Hauptunterschied lag darin, dass der Prozess mit einer sorgfältig getroffenen Auswahl von Begriffen begonnen wurde. Die ausgewählten Begriffe stammten sowohl aus Literaturreviews als auch aus Interviews mit ausgewählten Experten.

Die größten Vorteile dieser Modifikation gegenüber der allgemeinen Delphi-Methode sind (a) eine gesteigerte Rücklaufquote in der ersten Befragungsrunde und (b) die solide Grundlage durch den Rückgriff auf bestehende Forschung.

**Im ersten Durchgang** beinhaltete der Online-Fragebogen eine vollständige Liste der aus der Literaturrecherche hervorgegangenen Kriterien. Die im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner wurden darum gebeten anhand einer 5-Punkte-Skala (1= irrelevant bis 5= sehr relevant) zu bewerten, wie relevant die einzelnen Kriterien zur Evaluation von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen sind. Im ersten Durchgang konnten zusätzliche Kriterien zu dieser Liste hinzugefügt werden, wenn aus Sicht der Experten etwas von hoher Relevanz fehlte, und bestehende Kriterien überarbeitet werden. Parallel dazu wurden die Teilnehmer der Delphi-Befragung aufgefordert eine Definition zu Beispielen guter Praxis in der Prävention von Kinderübergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu kommentieren.

Im ersten Durchgang nahmen 11 von 18 im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner teil. Die Relevanz jedes Begriffs wurde anhand der durchschnittlich erreichten Bewertung festgelegt. Für die Analyse wurde die Skala in zwei Gruppen unterteilt: Lag die durchschnittliche Punktzahl zwischen 1 und 3, wurde das Kriterium als irrelevant eingestuft. Kriterien, die im Durchschnitt mit mehr als 3 Punkten bewertet wurden, wurden als relevant eingestuft.

---

<sup>2</sup> C Hsu und BA Sandford (2007). The Delphi Technique: Making Sense Of CConsensus. Practical Assessment, Research & Evaluation. Vol 12, No 10, August 2007.





Da im ersten Durchgang alle Kriterien mit durchschnittlich mehr als 3 Punkten bewertet wurden, wurden alle Kriterien in die zweite Stufe übernommen. Zusätzlich wurden einige Kriterien abgeändert und weitere hinzugefügt. Auch die Definition von guter Praxis wurde auf Grundlage der Kommentare überarbeitet.

**Im zweiten Durchgang** wurden die im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner darum gebeten, die relative Priorität der einzelnen Kriterien zu beurteilen. Hierfür wurde eine 10-Punkte-Skala zur Verfügung gestellt (1-3= geringe Priorität, 4-7= mittlere Priorität, 8-10= hohe Priorität). Die Priorität der einzelnen Kriterien wurde durch die durchschnittlich erreichte Punktzahl festgelegt. In der zweiten Erhebungsphase antworteten ebenfalls 11 der 18 im Arbeitspaket 6 beteiligten Partner auf den Online-Fragebogen.



### 3. DEFINITION UND KRITERIEN GUTER PRAXIS

#### 3.1 Definition guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen

Als Beispiel guter Praxis wird eine Maßnahme bezeichnet, die sich in der Praxis bewährt (z. B. durch eine Prozessevaluation) sowie zu guten Ergebnissen geführt hat (z. B. ermittelt durch eine Leistungs- und Ergebnisevaluation) und sich daher als Modell eignet.

Eine nachhaltige und effiziente Praxis verfolgt klare Ziele, fokussiert eine klare Zielgruppe und strebt eine langfristige Befähigung zur eigenständigen Fortführung an. Dabei greift sie auf bereits bestehende Strukturen zurück und stößt auf eine große Zustimmung der Zielgruppe. Eine solche Praxis verdient es, verbreitet und von einer größeren Bedarfsgruppe übernommen zu werden.

Das Thema Adipositasprävention in Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Schulen bedarf strukturierter Maßnahmen, die durch gesunde Ernährung und/oder Bewegung das Ziel verfolgen, Übergewicht/Adipositas und seine Begleiterkrankungen zu verhindern. Solche Maßnahmen sollte es vor allem in Kitas und Schulen geben, wobei, wenn möglich, auch Eltern und/oder Gemeinden oder Freizeitaktivitäten einzubeziehen sind.

#### 3.2 Kriterien guter Praxis für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtung und Schulen

Die Tabelle 1 fasst die 47 potentiellen Kriterien aus der Literaturrecherche in drei Kategorien zusammen

Tabelle 1. Liste der Kriterien aus der Literaturrecherche

---

<b>Kategorien von Beispielen guter Praxis</b>	
Kriterien guter Praxis	
<b>1. Charakteristika der Intervention (16 Kriterien)</b>	
1.1 Ziele	
1.1.1 Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert.	
1.2 Relevanz	
1.2.1 Evidenzbasiertes Konzept	
1.2.2 Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt (hat einen positiven Einfluss auf Individuen und/oder eine Gemeinschaft)	
1.2.3 Kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge (und Hindernisse) wurden beurteilt und berücksichtigt	
1.2.4 Eine Bedarfsanalyse und/oder Gemeinschaftsanalyse der Zielgruppe wurde durchgeführt [1]	
1.3 Gut beschrieben (eindeutig definiertes Ziel, Zielgruppe, Zielverhalten, Ansatz und Intervention sind in einem Leitfaden oder Protokoll dargelegt) [1]	
1.4 Innovative Idee und/oder Methodik	
1.5 Sektorübergreifend (involviert Fachleute aus verschiedenen Bereichen)	
1.6 Zielgruppe	

---



---

## Kategorien von Beispielen guter Praxis

### Kriterien guter Praxis

---

- 1.6.1 Die Zielgruppe ist eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status)
- 1.6.2 Die Familie wird einbezogen [5] (die Eltern sind bei den Maßnahmen für die Kinder involviert)
- 1.6.3 Das Projekt hat eine kommunale Komponente [3]
- 1.6.4 Besonderer Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen (Bemühungen werden unternommen, um diesen Gruppen den Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen zu erleichtern - niederschwelliger Zugang) [1]
- 1.6.5 Beteiligungsansatz (Endnutzer werden in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)
- 1.7 Werte werden respektiert (ethische Verantwortung, Ungleichheiten, Geschlechtersensibilität)
- 1.8 Übertragbarkeit (kann leicht in einem anderen Kontext eingesetzt werden)
- 1.9 Reproduzierbarkeit (kann zu einem anderen Zeitpunkt unter denselben Bedingungen wiederholt werden) [2]

### 2. Durchführung (17 Kriterien)

- 2.1 Eine Pilotstudie wurde durchgeführt
- 2.2 Große Reichweite in der Bevölkerung [1]
- 2.3 Gemeinschaftsaufgabe (relevante/betroffene Personengruppen sind beteiligt)
- 2.4 Engagement von Vermittlern/Multiplikatoren, um die Teilnahme der Zielgruppe zu fördern (z. B. lokale Ärzte und Lehrer werden auf ein kommunales Beratungsangebot hingewiesen) [6]
- 2.5 Hohe Beliebtheit und Zufriedenheit der Teilnehmer [7]
- 2.6 Nachhaltigkeit
  - 2.6.1 Die Zielgruppe soll befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können)
  - 2.6.2 Die Maßnahmen beziehen vorhandene Strukturen mit ein
  - 2.6.3 Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe [6]
  - 2.6.4 Die Fortsetzung des Projekts ist personell und durch Folgefinanzierung gesichert [6]
- 2.7 Verhältnisbezogene Faktoren werden einbezogen (d. h. Faktoren außerhalb des individuellen Verhaltens)
- 2.8 Technische Durchführbarkeit (leicht zu erlernen und durchzuführen) [2]
- 2.9 Bei der Durchführung werden spezielle, auf die Aspekte der Chancengleichheit ausgerichtete Maßnahmen durchgeführt [6]
- 2.10 Steuerung und Transparenz
  - 2.10.1 Klare Strukturen für Management und Entscheidungsfindung werden etabliert und beibehalten
  - 2.10.2 Dokumentation von wesentlichen Maßnahmenpunkten ist öffentlich zugänglich (mindestens als Internet-Link)
  - 2.10.3 Eindeutig festgelegte Finanzierungsquellen (klare Richtlinien zur Annahme von Sponsoring und Bewältigung von Interessenkonflikten) [4]
- 2.11 Wirksame Bekanntmachung
  - 2.11.1 Relevante Personengruppen werden bei der Verbreitung gezielt angesprochen
  - 2.11.2 Geeignete Verbreitungsmethoden

### 3. Monitoring und Evaluation (14 Kriterien)

- 3.1 Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden
  - 3.2 Die Evaluationsmethoden sind genau beschrieben
  - 3.3 Regelmäßiges Überprüfen der Ergebnisse mit validen, vorab festgelegten Indikatoren (mit Prozess-, Output- und Outcome-Indikatoren)
  - 3.4 Externe und/oder interne Evaluation
  - 3.5 Nachuntersuchungen werden durchgeführt (mind. 6–12 Monate nach der Intervention)
  - 3.6 Kosten-Nutzen-Analysen werden durchgeführt
  - 3.7 Die Kosten sind eindeutig angegeben (nach Budgetpositionen) [5]
  - 3.8 Finanzierung (d. h. die Kosten sind kein Hindernis für eine Wiederholung und/oder Übertragung) [7]
-



---

## Kategorien von Beispielen guter Praxis

### Kriterien guter Praxis

---

- 3.9 Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurde umgesetzt und die Ziele weitestgehend erreicht [4]
  - 3.10 Das Monitoring zeigt eine akzeptable Beteiligung an der Maßnahme oder eine angemessene Durchsetzung der politischen Regelung [5]
  - 3.11 Der Effekt der Maßnahme ist nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in der Praxis relevant [5]
  - 3.12 Die Evaluation lässt auf einen signifikanten Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen [5]
  - 3.13 Negative Konsequenzen und/oder Risiken werden beurteilt [5] (einschl. Stigmatisierung) [4]
  - 3.14 Eine Analyse der Voraussetzungen für eine mögliche Verbreitung (Scale-up) sowie eine Auflistung voraussichtliche Hindernisse und Erleichterungen (z. B. Ressourcen, organisatorisches Engagement etc.) ist verfügbar [6]
- 

*Verweise siehe Literaturverzeichnis*

Im ersten Durchgang bewerteten die Experten die Relevanz jedes einzelnen Kriteriums, das im Durchschnitt bei > 3 lag. Hierbei wurden alle Kriterien im zweiten Durchgang in Bezug auf ihre Priorität bewertet. Die Teilnehmer hatten zusätzlich die Möglichkeit weitere, relevante Kriterien hinzuzufügen. Außerdem konnten sie Kommentare zu den einzelnen Kriterien oder Überarbeitungsvorschlägen abgeben. Die Experten änderten die Formulierung von fünf Kriterien und fügten ein Kriterium (Kriterium 1.6.3 in Tabelle 2) zur ursprünglichen Liste hinzu.

Die Experten der 11 Institutionen aus dem ersten Durchgang nahmen auch an der zweiten Runde der Erhebung teil. Im zweiten Durchgang wurden alle 47 Kriterien, plus ein hinzugefügtes Kriterium aus dem ersten Durchgang, d. h. insgesamt 48 Kriterien, einem Prioritätstest (1= niedrigste Priorität bis 10= höchste Priorität) unterzogen. Wie in der ersten Befragung wurde die durchschnittliche Punktzahl der einzelnen Kriterien ermittelt (1-3 niedrige Priorität, 4-6 mittlere Priorität und 7-10 hohe Priorität). Die Kriterien wurden im Folgenden innerhalb der drei Kategorien, absteigend anhand ihrer durchschnittlich erreichten Punktzahl aufgereiht.

Tabelle 2 zeigt die 48 Kriterien guter Praxis sowie die durchschnittlich erreichte Punktzahl der einzelnen Kriterien im zweiten Durchgang.



**Tabelle 2. Endgültige Auswahl der Kriterien, geordnet nach Kategorien und der von den am Arbeitspaket 6 beteiligten Partnern zugemessenen Priorität**

<b>1. Charakteristika der Intervention (16 Kriterien)</b>	<b>PUNKTZAHL</b> (1= niedrigste Priorität, 10= höchste Priorität)
1.2 Relevanz/ 1.2.2 Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt (hat einen positiven Einfluss auf Individuen und/oder eine Gemeinschaft)	<b>8,6</b>
1.1 Ziele/ 1.1.1 Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert	<b>8,1</b>
1.6 Zielgruppe/ 1.6.1 Die Zielgruppe ist eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status)	<b>7,8</b>
1.9 Reproduzierbarkeit (kann zu einem anderen Zeitpunkt unter denselben Bedingungen wiederholt werden)	7,6
1.3 Gut beschrieben (eindeutig definiertes Ziel, Zielgruppe, Zielverhalten, Ansatz und Intervention sind in einem Leitfaden oder Protokoll dargelegt)	7,5
1.6 Zielgruppe/ 1.6.5 Beteiligungsansatz (Endnutzer werden in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)	7,4
1.6 Zielgruppe/ 1.6.2 Die Familie wird einbezogen [5] (die Eltern nehmen bei den Maßnahmen für die Kinder involviert)	7,1
1.2 Relevanz/ 1.2.3 Kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge (und Hindernisse) wurden beurteilt und berücksichtigt	6,8
1.7 Werte werden respektiert (ethische Verantwortung, Ungleichheiten, Geschlechtersensibilität)	6,8
1.2 Relevanz/ 1.2.4 Eine Bedarfsanalyse und/oder Gemeinschaftsanalyse der Zielgruppe wurde	6,7
1.5 Sektorübergreifend (involviert Fachleute aus verschiedenen Bereichen)	6,5
1.6 Zielgruppe/ 1.6.3 Lehrkräfte einbeziehen	6,5
1.2 Relevanz/ 1.2.1 Evidenzbasiertes Konzept	6,4
1.6 Zielgruppe/ 1.6.6 Ansatz der Co-Creation (Endnutzer werden in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)	6,3
1.8 Übertragbar (kann leicht in einen anderen Kontext übernommen werden)	5,6
1.6 Zielgruppe/ 1.6.3 Hat eine kommunale Komponente	4,8
1.4 Innovative Idee und/oder Methodik	4,4
<b>2. Durchführung (17 Kriterien)</b>	
2.6 Nachhaltigkeit/ 2.6.2 Die Maßnahmen integrieren vorhandene Strukturen	<b>7,7</b>
2.6 Nachhaltigkeit/ 2.6.1 Die Zielgruppe soll befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können)	<b>7,5</b>
2.6 Nachhaltigkeit/ 2.6.3 Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe	<b>7,4</b>
2.5 Hohe Beliebtheit und Zufriedenheit der Teilnehmer	7,4
2.6 Nachhaltigkeit/ 2.6.4 Die Fortsetzung des Projekts ist personell und durch Folgefinanzierung gesichert	4,4
2.11 Effektive Verbreitung/ 2.11.1 Relevante Personengruppen werden bei der Verbreitung gezielt angesprochen	7,4
2.4 Engagement von Vermittlern/Multiplikatoren, um die Teilnahme der Zielgruppe zu fördern (z. B. lokale Ärzte und Lehrer werden auf ein kommunales Beratungsangebot hingewiesen)	7,0
2.10 Steuerung und Transparenz/ 2.10.3 Eindeutig festgelegte Finanzierungsquellen (klare Richtlinien für das Programm zur Annahme von Sponsoring und Bewältigung von Interessenkonflikten)	7,0
2.11 Effektive Verbreitung/ 2.11.2 Geeignete Verbreitungsmethoden	6,8
2.9 Bei der Durchführung werden spezielle, auf die Aspekte der Chancengleichheit ausgerichtete Maßnahmen durchgeführt	6,7
2.8 Technische Übertragbarkeit (leicht zu erlernen und durchzuführen)	6,4
2.3 Gemeinschaftsaufgabe (relevante/betroffene Personengruppen sind beteiligt)	6,0
2.10 Steuerung und Transparenz/ 2.10.1 Klare Strukturen für Management und Entscheidungsfindung werden etabliert und beibehalten	6,0
2.2 Große Reichweite in der Bevölkerung	5,9
2.7 Verhältnisbezogene Faktoren werden einbezogen (d. h. Faktoren außerhalb des individuellen Verhaltens)	5,9
2.10 Steuerung und Transparenz/ 2.10.2 Dokumentation von wesentlichen Maßnahmenpunkten ist öffentlich zugänglich (mindestens als Internet-Link)	5,9
2.1 Eine Pilotstudie wurde durchgeführt	4,3



### 3. Monitoring und Evaluation (14 Kriterien)

3.12 Die Evaluation lässt auf einen signifikanten Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen	8,3
3.9 Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurde umgesetzt und die Ziele weitestgehend erreicht	8,1
3.1 Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden	7,6
3.10 Das Monitoring zeigt eine akzeptable Teilnahmebeteiligung an der Maßnahme oder eine angemessene Durchsetzung der politischen Regelung	7,5
3.11 Der Effekt der Maßnahme ist nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in der Praxis relevant	7,5
3.2 Die Evaluationsmethoden sind genau beschrieben	7,4
3.4 Externe und/oder interne Evaluation	6,7
3.13 Negative Konsequenzen und/oder Risiken werden beurteilt (einschl. Stigmatisierung)	6,6
3.3 Regelmäßiges Überprüfen der Ergebnisse mit validen, vorab festgelegten Indikatoren (mit Prozess-, Output- und Outcome-Indikatoren)	6,1
3.5 Nachuntersuchungen werden durchgeführt (mind. 6–12 Monate nach der Intervention)	5,6
3.7 Die Kosten sind eindeutig angegeben (nach Budgetposten)	5,5
3.14 Eine Analyse der Voraussetzungen für ein mögliches Scale-up sowie eine Auflistung voraussichtliche Hindernisse und Erleichterungen (z. B. Ressourcen, organisatorisches Engagement etc.) ist verfügbar	5,3
3.8 Finanzierung (d. h. die Kosten sind kein Hindernis für eine Wiederholung und/oder Übertragung)	5,0
3.6 Kosten-Nutzen-Analysen werden durchgeführt	4,8

\*Nach der zweiten Befragung erreichten vier Kriterien der Kategorie „2. Durchführung“ die gleiche Punktzahl (7,4). Nach gemeinsamer Beratung von Experten des Arbeitspakets 6 wurde Kriterium 2.6.3 als das wichtigste dieser Kriterien benannt.



## ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

Das Ziel der Aufgabe 6.1 des JANPA-Arbeitspakets 6 war die Entwicklung einer Definition und einer Reihe von Kriterien zur Identifizierung von Beispielen guter Praxis zur Prävention von Übergewicht bei Kindern in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Zur Bestimmung einheitlicher Kriterien guter Praxis und einer Definition wurde eine modifizierte Delphi-Befragung unter Beteiligung von 11 Partnerinstitutionen des Arbeitspakets 6 durchgeführt. Den Experten wurde eine Liste von Kriterien guter Praxis vorgelegt, die aus einer Literaturrecherche hervorging und in drei Kategorien unterteilt war. Die drei Kriterien setzten sich aus 1. Charakteristika der Intervention, 2. Durchführung und 3. Monitoring und Evaluation zusammen. In zwei aufeinanderfolgenden Durchläufen bewerteten die Experten die Kriterien in Bezug auf ihre Relevanz und relative Wichtigkeit.

Die Arbeitsgruppenteilnehmer waren sich darüber einig, dass zu viele Kriterien guter Praxis die Chance Maßnahmen zu finden einschränken würde. So wurde entschieden die drei am besten bewerteten Kategorien auszuwählen und diese als Kernkategorien zu bezeichnen. Im Folgenden sind die neun Kernkriterien aufgeführt:

---

### Charakteristika der Intervention

- Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt
- Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert
- Die Zielgruppe ist eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status)

---

### Durchführung

- Die Maßnahmen integrieren vorhandene Strukturen
- Die Zielgruppe soll befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können)
- Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe

---

### Monitoring und Evaluation

- Die Evaluation lässt auf einen bedeutenden Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen
  - Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurden umgesetzt und die Ziele weitestgehend erreicht
  - Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden
- 

Eine Maßnahme oder politische Regelung guter Praxis muss alle diese neun Kernkriterien erfüllen.



Um die Definition einer guten Praxis mit den bewerteten Kriterien zu vereinheitlichen, wurden die neuen „Kernkriterien“ zu einer abschließenden Definition zusammengefasst:

Als Beispiel guter Praxis wird eine Maßnahme bezeichnet, die sich in der Praxis bewährt (z.B. durch eine Prozessevaluation) sowie zu guten Ergebnissen geführt hat (z.B. ermittelt durch eine Leistungs- und Ergebnisevaluation) und sich daher als Modell eignet.

Es ist eine nachhaltige und effiziente Praxis, die klare Ziele verfolgt sowie eine klare Zielgruppe fokussiert und langfristig eine Befähigung zur eigenständigen Fortführung anstrebt. Dabei greift sie auf bereits bestehende Strukturen zurück und stößt auf eine große Zustimmung der Zielgruppe. Eine solche Praxis verdient es, verbreitet und von einer größeren Bedarfsgruppe übernommen zu werden.

Die dargestellte Kriterienliste wird für weitere Arbeiten des Arbeitspakets 6, insbesondere die Aufgabe 6.2 „Sammlung und Übersicht von integrierten Ansätzen in Kindertageseinrichtungen und Schule“, genutzt und unterstützt auf dieser Basis die Mitgliedsländer bei der Entwicklung von Maßnahmen guter Praxis. Außerdem dient es der Verbesserung von bestehenden Maßnahmen und politische Regelungen zur Bekämpfung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter.





## LITERATUR

1. World Health Organization Regional Office for Europe (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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/149740/e95686.pdf).
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (March 2014). Good practice template.
3. Wang *et al.* Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis. Comparative Effectiveness Review No. 115. (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10061-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC081-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2013.
4. King *et al.* Best practice principles for community –based obesity prevention: development, content and application. *Obesity Reviews* (2011) 12: 329-338
5. Horodyska *et al.* Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: an umbrella review. *BMC Public Health* (2015) 15:19. <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1354-9>
6. CHRODIS Joint Action. WP4 PLATFORM FOR KNOWLEDGE EXCHANGE. Task 1: selecting CHRODIS criteria to assess good practice in interventions related to chronic conditions. INTERIM REPORT 1: Delphi Panel on interventions in the area of health promotion and primary prevention of chronic diseases. [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TPMZHQ47aJcJ:www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/08/INTERIM-REPORT-1\\_Delphi-on-Health-promotion-and-prevention-1.pdf+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TPMZHQ47aJcJ:www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/08/INTERIM-REPORT-1_Delphi-on-Health-promotion-and-prevention-1.pdf+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu)
7. McNeil *et al.* Methods of defining best practice for population health approaches with obesity prevention as an example. *Proceedings of the Nutrition Society* (2006) 65: 403-411
8. World Health Organization (2012). Population-based approaches to childhood obesity prevention. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO\\_new\\_childhoodobesity\\_PREVENTION\\_27nov\\_HR\\_PRINT\\_OK.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf)
9. Centers for Disease Control and Prevention (1999). Framework for Program Evaluation in Public Health. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4811.pdf>
10. Community Based Initiatives targeting childhood obesity (2012). Final results of Specific contract – No SC 2010 62 51, Implementing Framework Contract No EAHC/2010/Health/01 (Lot 1) [http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/report\\_cbis\\_childhood\\_obesity\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/report_cbis_childhood_obesity_en.pdf).
11. Dadaczynski *et al.* (2010). HEPS Inventory Tool- An inventory tool including quality assessment of school interventions on healthy eating and physical activity. <http://www.niigd.ru/pdf/21.pdf>.
12. American Public Health Association and the National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education (2010). Preventing Childhood Obesity in Early Care and Education Programs. [http://cfoc.nrckids.org/StandardView/SpcCol/Preventing\\_Childhood\\_Obesity](http://cfoc.nrckids.org/StandardView/SpcCol/Preventing_Childhood_Obesity)
13. Federal Centre for Health Education (2008): The treatment of overweight and obese children and young people in Germany.
14. World Health Organization (2013). Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action. Policy summary [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/193092/PHAN-brochure\\_ENG.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/193092/PHAN-brochure_ENG.pdf)
15. Naylor *et al.* (2015). Implementation of school based physical activity interventions: A systematic review. *Preventive Medicine* 72 (2015) 95–115.
16. The Canadian best practice portal <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/chronic-diseases/>



17. Quint-essenz: Swiss quality criteria for health promotion and prevention programmes. [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)
18. World Health Organization (2009). Interventions on Diet and Physical Activity: What Works. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>.
19. Centers for Disease Control and Prevention (2010). Draft Best Practices Definition, Criteria, and Associated Terms 9/15/10  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x9hWS4BD180J:www.cdc.gov/niosh/z-draft-under-review-do-not-cite/draftwrt/pdfs/Draft-Best-Practice-Definitions-adnd-Criteria-for-review-9-21-10.docx+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu>
20. Dietitians Association of Australia (2012). Best Practice Guidelines for Treatment of Overweight and Obesity in Adults. <http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/bibliography/?lid=28373>
21. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention Strategies & Guidelines (2015)  
<http://www.cdc.gov/obesity/resources/strategies-guidelines.html>
22. KPMG- Health and Human Services (2014). Early childhood intervention – an overview of best practice. [http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiJmNq8q-bJAhUFvRQKHXLoC5YQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.communityservices.act.gov.au%2F\\_data%2Fassets%2Fpdf\\_file%2F0007%2F635695%2FEarly-Intervention-Best-Practice.pdf&usq=AFQjCNGKP\\_LoJ2ZFD8ewNakS5cdHytkfIA&bvm=bv.110151844,d.bGQ](http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiJmNq8q-bJAhUFvRQKHXLoC5YQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.communityservices.act.gov.au%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0007%2F635695%2FEarly-Intervention-Best-Practice.pdf&usq=AFQjCNGKP_LoJ2ZFD8ewNakS5cdHytkfIA&bvm=bv.110151844,d.bGQ)
23. Committee on an Evidence Framework for Obesity Prevention Decision Making; Institute of Medicine of the National Academies (2010). Bridging the Evidence Gap in Obesity Prevention: A Framework to Inform Decision Making. <http://www.nap.edu/catalog/12847/bridging-the-evidence-gap-in-obesity-prevention-a-framework-to>
24. M.A.T. Flynn *et al.* Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with ‘best practice’ recommendations. The International Association for the Study of Obesity (2006). Obesity reviews 7 (Suppl. 1), 7–66
25. Standing Committee on Childhood Obesity Prevention; Institute of Medicine of the National Academies (2012). Alliances for Obesity Prevention: Finding Common Ground: Workshop Summary. <http://www.nap.edu/catalog/13305/alliances-for-obesity-prevention-finding-common-ground-workshop-summary>
26. Wanda Jose Erika Bemelmans *et al.* (2014). Overview of 71 European community-based initiatives against childhood obesity starting between 2005 and 2011: general characteristics and reported effects. BMC Public Health 2014, 14:758 Page 2 of 16 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/758>
27. Committee on Obesity Prevention Policies for Young Children; Institute of Medicine of the National Academies (2011). Early Childhood Obesity Prevention Policies. <http://www.nap.edu/read/13124/chapter/1>
28. Committee on Evaluating Progress of Obesity Prevention Efforts Food and Nutrition Board; Institute of Medicine of the National Academies (2013). Evaluating Obesity Prevention Efforts: A Plan for Measuring Progress. <http://www.nap.edu/catalog/18334/evaluating-obesity-prevention-efforts-a-plan-for-measuring-progress>
29. Institute of Medicine of the National Academies (2014). The Current State of Obesity Solutions in the United States: Workshop Summary. <http://www.nap.edu/catalog/18742/the-current-state-of-obesity-solutions-in-the-united-states>
30. Committee on Physical Activity and Physical Education in the School Environment; Institute of Medicine of the National Academies (2013). Educating the Student Body: Taking Physical Activity and Physical



Education to School. <http://iom.nationalacademies.org/Reports/2013/Educating-the-Student-Body-Taking-Physical-Activity-and-Physical-Education-to-School.aspx>

31. Martin *et al.* (2006). A Six-Step Model for Evaluation of Community-based Physical Activity Programs. *Prev Chronic Dis.* 2006 Jan; 3(1):A24. Epub 2005 Dec 15.

32. Committee on Childhood Obesity Prevention; Institute of Medicine of the National Academies (2010). Perspectives from United Kingdom and United States Policy Makers on Obesity Prevention: Workshop Summary <http://www.nap.edu/catalog/12861/perspectives-from-united-kingdom-and-united-states-policy-makers-on-obesity-prevention>

33. Vine *et al.* (2013). Review Article- Expanding the Role of Primary Care in the Prevention and Treatment of Childhood Obesity: A Review of Clinical and Community-Based Recommendations and Interventions. *Journal of Obesity* Volume 2013, 2013; 2013:172035. doi: 10.1155/2013/172035. Epub 2013 Apr 28.